



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

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO ESCOLAR: INCLUSÃO E
EQUIDADE**

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

Autora: Maria Eugénia da Costa da Cunha Fernandes

Orientador: Professor Doutor Tito Laneiro

Número da candidata: 30002289

Outubro de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

A minha inteira e especial gratidão ao meu marido, o meu maior apoio incondicional, o meu pilar, companheiro dos meus sonhos e das minhas escolhas. Ao meu filho, pelo seu amor e compreensão, sei que sente um orgulho enorme, em eu ser a sua mãe, um exemplo para a sua vida.

À minha família, a minha mãe, a minha sogra, a minha cunhada e a minha querida tia Judite pelo apoio e incentivo à concretização dos meus objetivos. À Luísa, pela amizade e apoio desde o primeiro momento que iniciei esta caminhada.

A todos os meus amigos, que, longe ou perto me apoiaram.

Quero agradecer as pessoas incríveis que conheci na licenciatura pela partilha de materiais e discussões valiosas, à Cândida e Vanessa pela empatia, amizade e apoio, até aos dias de hoje.

Um agradecimento com um sentimento de afortunada, pela turma maravilhosa de que fiz parte, um sentido de interajuda, partilha de conhecimentos em prol do sucesso de todos.

À Carolina, Fernanda, Susana, Gabriel, gratidão pelo SER maravilhoso que vocês são, pela amizade, cumplicidade e acima de tudo confiança.

Agradeço ao corpo docente da licenciatura e do mestrado em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa que, ao longo destes 5 anos de formação académica, foram pessoas presentes na minha vida para o meu crescimento académico e pessoal.

Agradecimento ao professor Doutor João Hipólito pelos seus contributos teóricos. Um agradecimento ao meu professor Doutor Tito Laneiro pelo apoio incansável como pessoa e professor em cada momento, cada encontro, cada aula nos seus ensinamentos na ajuda à concretização de cada etapa das minhas aprendizagens.

A minha eterna gratidão à professora Iolanda Galinha, pelas dicas, sugestões e conhecimentos, despertando sempre o melhor de mim. À professora Rute Brites, pela compreensão empática e transmissão de conhecimento, sempre pronta a ajudar com base na Abordagem Humanista, gratidão por ser um exemplo.

À minha orientadora de estágio por toda a ajuda e orientação. Ao professor Tito Laneiro, orientador deste relatório de estágio, que pelos contratempos ao longo deste tempo, me transmitiu leveza e auxílio com o mesmo.

Tempo de Travessia

“Há um tempo que é preciso
abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo
e esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares

É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

Resumo

A Inclusão e a Equidade são um direito fundamental no acesso à educação proporcionando oportunidade a cada criança e jovem, independente da sua necessidade educativa específica na promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Desta forma, o presente relatório pretende descrever o trabalho de estágio académico desenvolvido em contexto escolar no âmbito do mestrado em psicologia clínica e de aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa.

O enquadramento teórico pretende contextualizar a importância da abordagem humanista, segundo o quadro teórico da Abordagem Centrada na Pessoa desenvolvida por Carl Rogers aplicada na intervenção terapêutica em contexto escolar.

Do mesmo modo, é descrito a atuação do psicólogo inserido no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), em conformidade com os princípios da inclusão educativa e social na promoção da igualdade de oportunidades.

A Declaração de Salamanca e o Decreto-Lei nº54/2018, visam a promoção do apoio à integração na vida escolar, a participação social e a autonomia à inclusão das crianças e jovens em ambientes estruturados e adaptados, na aplicação de metodologias de intervenção interdisciplinares e instrumentos de avaliação em resposta às Necessidades Educativas Específicas (NEE) de cada aluno.

Apresentamos dois casos clínicos, o primeiro consigna um acompanhamento psicológico individual, e o segundo é referente a uma avaliação psicológica.

Palavras-chave: Inclusão e Equidade; Comunidade escolar; Psicologia clínica; Acompanhamento psicológico; Abordagem Centrada na Pessoa.

Abstract

Inclusion and equity are a fundamental right of access to education, providing opportunities for every child and young person, regardless of their specific educational needs, to promote a fairer and more inclusive society.

In this way, this report aims to describe the academic internship work carried out in a school context as part of the master's degree in clinical and counselling psychology at the Autonomous University of Lisbon.

The theoretical framework aims to contextualise the importance of the humanistic approach, according to the theoretical framework of the Person-Centred Approach developed by Carl Rogers applied to therapeutic intervention in a school context.

It also describes the role of the psychologist in the Inclusion Resource Centre (IRC), in accordance with the principles of educational and social inclusion in promoting equal opportunities.

The Salamanca Declaration and Decree-Law no. 54/2018 aim to promote support for integration into school life, social participation and autonomy for the inclusion of children and young people in structured and adapted environments, applying interdisciplinary intervention methodologies and assessment tools in response to the Specific Educational Needs (SEN) of each student.

We present two clinical cases, the first of which involves individual psychological counselling and the second a psychological assessment.

Keywords: Inclusion and equity; School community; Clinical psychology; Psychological counselling; Person-centred approach.

Conteúdo

Resumo.....	IV
Abstract	V
Índice de Abreviaturas	VIII
Índice de Tabelas.....	X
Índice de Figuras	XI
Introdução	12
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	14
1.1. Contextualização do Local de Estágio	15
1.2. Trabalho Desenvolvido no Local de Estágio	16
1.3. Ética e Deontologia no Exercício da Psicologia.....	17
1.4. O Papel do Psicólogo em Contexto Escolar e o Levantamento das Necessidades ..	19
PARTE II – ENQUADRAMENTO TEORICO E REVISÃO DE LITERATURA ..	21
2.1. O Desenvolvimento Humano	22
2.2. Desenvolvimento Psico-Afectivo de Hipólito	23
2.3. A Escola na Terceira Infância e na Adolescência	25
2.3.1. A Terceira Infância	25
2.3.2. A Adolescência.....	27
2.4. Estilos Parentais.....	27
2.5. Terapia Centrada no Cliente	29
2.6. Psicologia Clínica em Contexto Escolar	31
2.7. Perturbações do Neurodesenvolvimento Infantil	33
2.7.1. Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	34
2.7.2. Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)	36
2.8. Instrumentos de Avaliação.....	38
2.9. Inclusão e Equidade nas Necessidades Educativas Especificas (NEE)	43
2.10. Decreto-lei 54/2018 de 6 junho	46
PARTE III – TRABALHO DE ESTÁGIO / CASOS CLÍNICOS.....	48
3.1. Observação.....	49
3.2. Entrevistas	50
3.3. Casos Clínicos	51
3.3.1. Estudo de Caso. A / Acompanhamento Psicológico.....	51
3.3.1.1. Entrevista Clínica e Anamnese.....	54
3.3.1.2. Acompanhamento Psicológico	58
3.3.1.3. Discussão Clínica e Reflexão do Caso à luz da Abordagem ACP	61

3.3.2.	Estudo do Caso B / Avaliação Psicológica.....	63
3.3.2.1.	Entrevista Clínica e Anamnese.....	65
3.3.2.2.	Observação do Comportamento Durante a Avaliação e Instrumentos de Avaliação	67
3.3.2.3.	Resultados da Avaliação Psicológica.....	68
3.3.2.4.	Discussão e Conclusão Clínica dos Resultados Apresentados	70
PARTE III– CONCLUSÃO		72
4.0.	Discussão e Reflexão Final	73
Referências Bibliográficas.....		76

Índice de Abreviaturas

AE - Agrupamento de Escolas

AP – Avaliação Psicológica

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APA - American Psychological Association

CAA - Centro de Apoio Aprendizagem

CID-11 - Classificação Internacional de Doenças 11ª Edição

CRI - Centro de Recursos para a Inclusão

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª edição

E.E. – Encarregada de Educação

EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

NEE – Necessidades Educativas Específicas

OPP – Ordem Psicólogos Portugueses

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PAE - Perturbação Aprendizagem Específica

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PEI – Programa Educativo Individual

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

RTP - Relatório Técnico-Pedagógico

TCC – Terapia Centrada no Cliente

TFH – Teste da Figura Humana

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

WISC – Wechsler Intelligence Scale for Children

WHO – World Health Organization

Índice de Tabelas

Tabela 1- Cronograma das Atividades.....	50
Tabela 2 - Cronograma da Avaliação psicológica	63

Índice de Figuras

Figura 1 - Genograma do Caso A	58
--------------------------------------	----

Introdução

O presente relatório de estágio tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) com base na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers.

O estágio académico na área da Psicologia Clínica e de Aconselhamento integra um papel fundamental e basilar na aquisição e consolidação de conhecimentos teórico-práticos, através da observação clínica e atuação na prática clínica à prática profissional, pretende-se descrever as aprendizagens adquiridas e as experiências de uma forma supervisionada em casos clínicos na Avaliação Psicológica (AP) e em Acompanhamento Psicológico com vista à formação de um Psicólogo.

Segundo a American Psychological Association (APA) (2023) a Psicologia clínica constitui uma área da psicologia da saúde que enfatiza a teoria biopsicossocial do indivíduo na promoção de mais saúde e na relação de ajuda com vista à resolução de problemas nas várias áreas da vida de uma pessoa, seja condição biomédica ou interpessoal.

Este estágio académico é desenvolvido sob orientação e supervisão da psicóloga da instituição e das docentes de seminário de estágio da Universidade Autónoma de Lisboa, o mesmo tem a duração total de 507 horas de trabalho direto e indireto.

O estágio académico está afeto a uma instituição de solidariedade social para a educação, reabilitação social, capacitação e inclusão do Distrito de Lisboa.

Desta forma, o projeto educativo tem o propósito de apoiar a inclusão de alunos sinalizados com necessidades educativas específicas de carácter permanente que frequentem as escolas regulares públicas ao abrigo do Decreto-lei nº54/2018 de 6 de julho, que se regem por normas e princípios da Direção Geral de Educação (DGS), que visa a inclusão nos processos de aprendizagem garantindo a equidade em resposta às necessidades dos alunos na faixa etária dos 6 aos 18 anos do 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo e secundária com necessidades educativas específicas de carácter permanente em parceria com as estruturas da comunidade escolar, à participação social na promoção de uma vida mais autónoma no desenvolvimento das potencialidades de cada criança e jovem/ aluno com vista a uma escola mais inclusiva.

O objetivo geral do estágio académico visa a promoção à inclusão na comunidade escolar e no meio social de crianças e jovens com necessidades educativas específicas de carácter permanente, que apresentem na sua maioria limitações e dificuldades na autonomia e na comunicação da sua aprendizagem académica.

A prática do estágio teve por base a modelo de compreensão e intervenção terapêutica, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers.

Pretendo, que o objetivo pessoal de aprendizagem do estágio acadêmico seja uma oportunidade de aprofundamento em conhecimentos da prática clínica bem como o desenvolvimento da aquisição de competências e habilidades através da aceitação dos entendimentos internos positivos e negativos, sempre em vista o meu crescimento como pessoa em aprendizagem com a relevância de que, o meu relacionamento intrapessoal e interpessoal contribua no futuro próximo para um melhor nível profissional.

O relatório de estágio estrutura-se em quatro partes principais, que pretende contextualizar e suportar as atividades desenvolvidas no mesmo.

Deste modo, a primeira parte mais introdutória do presente relatório integra a contextualização do local de estágio e o trabalho desenvolvido no mesmo, a Instituição promotora, a Ética e a Deontologia na psicologia e o papel que o psicólogo desempenha na respetiva instituição. A segunda parte pretende-se abordar o enquadramento teórico e a revisão da literatura das temáticas desenvolvidas no estágio. A terceira parte refere-se ao trabalho de estágio desenvolvido das atividades práticas observadas e realizadas, os dois casos clínicos, o acompanhamento psicológico e a avaliação psicológica, e por fim a quarta e última, como conclusão uma reflexão pessoal sobre a profissão de Psicólogo e o estágio no geral.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

1.1. Contextualização do Local de Estágio

A instituição promotora do estágio é uma instituição de solidariedade social para a educação e reabilitação para crianças inadaptadas do Distrito de Lisboa.

Tem como missão promover o bem estar das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência, habilitando-as de capacitação e *Skills* em prol de uma vida mais autónoma, conferindo uma equidade de oportunidades em sociedade co contexto académico, social e profissional, isto é, gerador de oportunidades inclusivas no funcionamento autónomo de uma plena cidadania, (CERCIMB, 2015).

Na década de setenta, na falta de resposta nas políticas publicas no que concerne os direitos à educação das crianças e jovens com deficiência, surgiram movimentos sociais liderados por pais no apelo à criação de infraestruturas de suporte educativo no direito à igualdade e inclusão social desta população alvo com deficiência, (CERCIMB, 2015).

Assim, desta inevitável necessidade em 1975, foi criada uma instituição de solidariedade social que visa a educação e reabilitação de cidadãos inadaptados, através de um grupo de pais, educadores e técnicos no sentido de dar resposta à população, que não encontrara solução no ensino regular, com o principal objetivo de integração na educação, reabilitação e inclusão das crianças, jovens e adultos com multideficiência, (CERCIMB, 2015).

Desde então, que a instituição foi crescendo nas suas valências:

- Uma Equipa de Intervenção Precoce da Moita (ELI Moita)
- Dois Centros de Recursos para a Inclusão (CRI - Barreiro e Moita)
- Dois Centros Educativos
- Dois Centros de Atividades Ocupacionais (CAO)
- Um Centro de Formação Profissional
- Uma Unidade Residencial

O objetivo prioritário da instituição é a promoção e integração de crianças, jovens e adultos com Necessidades Educativas Específicas (NEE), isto é, deficiência intelectual e multideficiências na comunidade escolar e profissional com vista a uma escola mais inclusiva nos domínios social e pessoal, (CERCIMB, 2015).

A instituição é pautada por valores e princípios, Respeito pela Pessoa, na relação de confiança entre os seus utentes, parceiros, colaboradores, estado, comunidade educativa e

comunicação social. A Qualidade e a Excelência um trabalho contínuo da qualidade dos serviços prestados. Na Cooperação através do esforço coletivo e do trabalho em rede. Responsabilidade Social na formação de uma sociedade mais justa e inclusiva. Pela Inovação e Empreendedorismo promotor do desenvolvimento de novas ideias nas áreas da reabilitação/habilitação, do ambiente e das tecnologias de informação e comunicação no contexto onde nos inserimos, e não menos importante na Responsabilidade Ambiental para a melhoria e qualidade do meio ambiente, através da sensibilização para a eficiência energética, a redução de desperdícios, a reutilização e o respeito pelos recursos naturais, (CERCIMB, 2015).

Desta forma, proporciona a possibilidade a todos de uma aquisição académica e facilitadora das aprendizagens, a envolvimento e promoção ao diálogo entre pais e filhos, técnicos de educação e saúde, bem como a articulação entre as Autarquias, Segurança Social de forma a dar apoio às famílias. Os seus principais parceiros são as Câmaras Municipais; Escolas; Jardins de Infância; Agrupamentos de Escolas; Centros de Saúde; Misericórdia entre outros, (CERCIMB, 2015).

1.2. Trabalho Desenvolvido no Local de Estágio

O estágio decorre em três escolas do Agrupamento de Escolas (AE) do Barreiro abrangidas pelo Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) do Barreiro, em avaliação psicológica e acompanhamento psicológico individualizado, bem como ao Centro de Apoio Aprendizagem (CAA) na Unidade de jovens com Necessidades Educativas Específicas (NEE).

Estas unidades, CAA são um espaço/sala dentro da escola que pretende dar apoio de forma segregada, integrada e estruturada em colaboração com a comunidade escolar, e como objetivo a promoção do apoio à integração na vida escolar, apoio na participação social e autonomia, bem como à inclusão das crianças e jovens nas atividades da escola e integração com a turma no sentido de promover ambientes estruturados e adaptados com metodologias de intervenção interdisciplinares e instrumentos de avaliação em resposta às necessidades específicas de cada aluno, todas inseridas na rede nacional de Centros de Recursos para a Inclusão, em conformidade com os princípios da inclusão educativa e social na promoção da igualdade de oportunidades, expressos na Declaração de Salamanca e no Decreto-Lei nº54/2018.

Na decorrência do estágio académico desde 24 de outubro de 2022, desenvolvido no gabinete de psicologia de cada escola abrangida pelo CRI, está uma psicóloga e uma estagiária académica no qual é desenvolvido um trabalho de acompanhamento e intervenção psicológica,

sendo o foco principal inicial a observação das necessidades psicológicas em contexto escolar nomeadamente na população da faixa etária dos 6 aos 15 anos. Nesta população encontram-se e segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª edição (DSM-V) (APA, 2013) as perturbações do neurodesenvolvimento, como as deficiências intelectuais nos défices cognitivos, a perturbação da comunicação nomeadamente da linguagem, a perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbações comportamentais como a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), a perturbação aprendizagem específica (PAE), porém ao longo do estágio académico observamos com mais frequência a PHDA, PEA e a PAE.

De acordo com estas problemáticas cognitivas, emocionais e comportamentais observamos nesta população em específico, a estima de si, o insucesso académico, a dificuldade na aprendizagem seja na leitura e/ou na escrita, a dificuldade na realização das tarefas, a instabilidade emocional, a dificuldade de concentração e atenção, a gestão à frustração e a dificuldade de socialização e aceitação entre os pares. A necessidade da criança e jovem de ser escutado, compreendido e aceite como ser individual em contexto social e familiar é premente.

A criança deve ser vista como um todo no seu processo académico ao nível psicobiossocial, uma vez que a criança não é o fracasso escolar, mas sim os fatores que induzem ao mesmo, como o emocional, físico, psicológico, social, cultural e pedagógico, isto é, fatores internos e externos aos discentes (Ramos, 2007 cit. in Amorim, 2011).

Desta forma, a ajuda psicológica profissional em contexto escolar pretende atribuir segurança e confiança para que os alunos possam expressar as suas preocupações e dificuldades, e de acordo com (Brito & Paiva, 2012) a criação das condições necessárias ao meio natural de autoexpressão, seja através da Ludoterapia ou do acompanhamento psicológico confere benefício na expressão de sentimentos internalizados como a acumulação de tensão, a frustração, a rejeição e ou insegurança, dando a oportunidade da criança tomar consciência do seu processo, e desta forma aprender a lidar com as suas emoções afim de atingir o seu equilíbrio emocional, descobrir a sua autonomia como pessoa e desenvolver o seu autoconceito num espaço livre e segurizante.

1.3. Ética e Deontologia no Exercício da Psicologia

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) as boas práticas promovem o bem-estar físico, psicológico, social, organizacional e comunitário das pessoas (OPP, 2016).

O Código Deontológico do psicólogo tem objetivos e aplicabilidade como um instrumento de trabalho orientador para os psicólogos portugueses. Desta forma, os cinco princípios gerais

ao qual o psicólogo se rege, pretende ser um guia de pressupostos estruturados de boa prática clínica, que pretende promover os princípios da ética, o sucesso para uma boa prática centrada nos princípios morais do ser humano, e o apoio de resolução de dilemas éticos na tomada de decisão para a intervenção psicológica, (OPP, 2016).

O primeiro princípio geral é constituído pelo respeito, pela dignidade e direitos da pessoa, este primeiro princípio refere que o psicólogo deve ter presente o respeito pela tomada de decisão de cada indivíduo e os direitos do mesmo na promoção da autonomia no exercício da prática clínica, (OPP, 2016).

O segundo princípio a competência, o psicólogo tem o dever de, na sua prática clínica ter como base de trabalho os princípios técnicos e científicos, partindo da premissa na aquisição de uma formação individual adequada e atualização constante profissional para o sucesso da relação interpessoal presente na intervenção psicológica, (OPP, 2016).

A responsabilidade, terceiro princípio, preconiza a tomada de consciência das repercussões e ressonâncias da sua prática para com os seus clientes, na profissão e da sociedade em geral. Desta forma, a responsabilidade é um compromisso presente na boa prática, pelo que deve contribuir para uma avaliação da fragilidade e vulnerabilidade de cada pessoa na promoção e dignificação da sua profissão, (OPP, 2016).

A integridade, como o quarto princípio, concerne de uma qualidade por parte do psicólogo, significa isto, fidelidade quanto aos princípios de conduta da profissão e de uma forma proactiva. É fundamental e sempre que possível evitar os conflitos de interesses, prevenindo o seu surgimento, porém quando se manifestam é crucial a sua resolução de acordo com os deveres profissionais, (OPP, 2016).

Por último, a beneficência e a não-maleficência, este princípio como promotor de proteção do bem-estar no nível biopsicossocial quanto aos interesses dos seus clientes, grupos e organizações, evitando lesar por ação ou omissão com vista sempre o apoio e a ajuda na prática clínica, (OPP, 2016).

Ademais, a Ética no código Deontológico no exercício da psicologia, do mesmo modo que os princípios gerais, inclui os princípios específicos como regras de conduta ética nos mais variados contextos no exercício da psicologia com o objetivo claro de promover a qualidade de vida e bem-estar das pessoas, famílias, grupos, organizações e comunidade na prática clínica, (OPP, 2016).

1.4. O Papel do Psicólogo em Contexto Escolar e o Levantamento das Necessidades

Segundo a DGS, o Decreto-Lei n.º 54/2018 (DGE, 2018) a relação de ajuda e o apoio é orientado no sentido da ação para a mudança de atitudes sociais na dignificação da criança ou jovem com deficiência enquanto cidadão de pleno direito.

A OPP (2011) refere que a Psicologia é uma ciência fundamentada em evidência científica alicerçada em metodologias, modelos, metodologias, técnicas e intervenções específicas nos mais diversos contextos da sua aplicação, como escolas, hospitais, clínicas, empresas, instituições. Desta forma, confere autonomia na capacitação de profissionais em estruturas adequadas com vista à prestação de serviços aos clientes da Psicologia,

O psicólogo da instituição em contexto escolar desempenha um papel fundamental no CRI, serviços especializados autorizados pelo ministério da educação em parceria com a instituição de solidariedade social e os agrupamentos de escolas do Barreiro, em conformidade com os princípios da inclusão educativa e social e a promoção de igualdade de oportunidades, expressos na Declaração de Salamanca e no Decreto-Lei nº54/2018, (CERCIMB, 2015).

A incrementação, implementação e aplicação de recursos físicos, materiais e humanos especializados através da intervenção especializada, avaliação e acompanhamento psicológico individualizado é adaptado às necessidades e características de cada criança ou jovem com NEE com o objetivo do sucesso académico, (DGE, 2018).

O Psicólogo enquanto técnico especializado é parte integrante do CRI, atua como elemento integrante da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI), na promoção e atribuição de novas metodologias e estratégias centrado no aluno, nas suas necessidades específicas e na sua interação com o meio onde se insere no desenvolvimento e otimização das suas potencialidades e competências, conjuntamente o apoio de retaguarda às famílias e professores, bem como a articulação com outros recursos da comunidade caso se justifique nomeadamente hospitais, outras instituições, isto é, outros profissionais, (DGE, 2018).

A identificação e referenciação dos alunos sinalizados com NEE de caráter permanente que frequentam as escolas regulares públicas ao abrigo do Decreto/lei nº54/2018 é iniciada e desenvolvida pela EMAEI e encaminhada para a coordenação do CRI, os casos são discutidos em reunião de equipa e priorizados em função das necessidades do aluno (DGE, 2018).

O psicólogo efetua a avaliação psicológica que, de acordo com (Simões, 2005) remete para um conjunto de testes psicológicos, técnicas e instrumentos aplicados ao indivíduo. Após

a sua realização e mediante o motivo do pedido dá seguimento ao acompanhamento psicológico nos diferentes agrupamentos das escolas aos alunos enquadrados pelo decreto-lei nº54/2018.

Ademais, o psicólogo enquanto elemento da equipa variável da EMAEI auxilia na elaboração do Relatório Técnico-Pedagógico (RTP) do aluno onde são implementadas as medidas de apoio à educação inclusiva, bem como técnico especializado de apoio ao Centro de Apoio à Aprendizagem nas unidades (CAA) define estratégias pedagógicas que fomentem a dinâmica entre os pares, alunos com deficiência intelectual e multideficiências, este trabalho colaborativo do Psicólogo aos docentes do AE ou de turma visa a aprendizagem e a participação dos alunos para o seu desenvolvimento de competências Intra e interpessoais e sociais.

As necessidades psicológicas observadas em contexto escolar na população da faixa etária dos 6 aos 15 anos, encontram-se e segundo o DSM-V (APA, 2013) as perturbações do neurodesenvolvimento, como as deficiências intelectuais nos défices cognitivos, a perturbação da comunicação nomeadamente da linguagem, a perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbações comportamentais como a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), a perturbação aprendizagem específica (PAE), porém, parece-nos pela observação e dos casos referenciados com mais frequência a PHDA, PEA e a PAE, as necessidades psicológicas mais frequentes.

Através da observação do levantamento das necessidades psicológicas cognitivas, emocionais e comportamentais em contexto escolar parece-nos pertinente a intervenção psicológica alicerçada na abordagem Centrada na Pessoa, que segundo Hipólito (2011) assenta fundamentalmente na “Tendência Formativa” pela capacidade autoatualizante do indivíduo com cerne na teoria organísmica, em que o ser humano é parte de um universo em comparação com os demais nas suas características singulares.

Desta forma, a ajuda psicológica profissional em contexto escolar pretende atribuir segurança e confiança para que os alunos possam expressar as suas preocupações e dificuldades bem como expressar e manifestar os seus sentimentos e emoções num espaço livre e segurizante com vista a atingir o seu equilíbrio emocional, descobrir a sua autonomia como pessoa e desenvolver o seu autoconceito. (Brito & Paiva, 2012).

**PARTE II – ENQUADRAMENTO TEORICO E REVISÃO
DE LITERATURA**

2.1. O Desenvolvimento Humano

O Ser humano concebe características inatas da personalidade que se manifestam ao longo do ciclo vital. O contexto familiar, social e cultural é determinante na mudança que possa acontecer da pessoa, através da aquisição de competências ou em comportamentos adquiridos ao longo da vida, isto é, o meio ambiente influencia o desenvolvimento do indivíduo desde o seu nascimento (Papalia & Feldman, 2013).

Matos, (2009) refere que o recém-nascido é dependente da sua progenitora a nível físico e neurologicamente imaturo, a sua sobrevivência ou o seu neurodesenvolvimento pode estar comprometido se as suas necessidades não forem satisfeitas. A pirâmide de Maslow demonstra que a necessidade humana suprida em cada fase do desenvolvimento humano prediz determinados comportamentos intrínsecos a si mesmo, (Araújo & Vieira, 2005), e conforme (Matos, 2009) reforça o cuidado pueril no neurodesenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, a promoção dos cuidados básicos como a alimentação, a higiene, termorregulação e a regulação das emoções.

Araújo & Vieira, (2005) afirma que o desenvolvimento humano da criança na premissa de uma relação entre a necessidade de segurança e de crescimento, a ausência da mesma pode causar prejuízos no seu bem-estar físico e psicológico, e segundo (Papalia et al., 2000) a criança desenvolve-se concomitantemente a nível físico, cognitivo e psicossocial.

O estudo do ser humano na teoria da psicologia do desenvolvimento e de acordo com (Papalia & Feldman, 2013) é alicerçado em oito períodos: o período pré-natal entre a concepção e o nascimento; a primeira infância, do nascimento aos três anos; a segunda infância, dos três aos seis anos; a terceira infância, dos seis aos 11 anos; a adolescência, dos 11 aos 20 anos; o início da vida adulta, dos 20 aos 40 anos; a vida adulta intermediária, entre os 40 e os 65 anos e a vida adulta tardia, a partir dos 65 anos até à morte. Estes vários períodos referem-se às várias fases do desenvolvimento do ser humano na dimensão física, cognitiva, emocional e social.

Segundo Hipólito (2011) o ser humano tem uma predisposição inata para uma tendência evolutiva complexificando-se ao longo do tempo num grau de elevada inter-relação. A teoria do desenvolvimento humano narra as principais etapas do desenvolvimento humano nas implicações psicopatológicas dos traumas biológicos, psicológico e social que ocorrem ao longo da vida. Desta forma, a teoria desenvolvimento Psicoafectivo contribuiu para uma compreensão e visão holística do ser humano nas potencialidades à atualização.

Xavier e Nunes (2011) refere que o desenvolvimento humano classificado como normativo pode ser considerado e visto como um julgamento de valor numa medida de bom ou

mau, mas como um marcador apenas científico com o objetivo de analisar e encontrar várias formas e expressões do desenvolvimento.

De acordo com Rogers (2003) o ser humano tem dentro de si um anseio em resolver os seus conflitos no qual a psicoterapia dá um contributo no sentido de proporcionar um ambiente em que a relação do individuo seja satisfeita em si mesmo e nas suas relações interpessoais, desta forma a psicoterapia é bem aceite pela comunidade em geral, (...)“a pessoa, cuja orientação filosófica procura mover-se em direção a um maior respeito pelos outros, encontra na abordagem centrada no cliente um desafio e uma realização da sua própria maneira de ver.” (p.21).

Xavier e Nunes (2011) dentre algumas teorias de desenvolvimento, descreve a teoria de desenvolvimento de Jean Piaget, o estudo da génese do conhecimento, assente na crescente construção do conhecimento do ser humano. Desta forma, Piaget menciona que o bebé traz nas suas estruturas de pensamentos vários níveis de complexidade que vão crescendo e complexificando-se ao longo da vida, como o pensamento lógico e abstrato.

2.2. Desenvolvimento Psico-Afectivo de Hipólito

Hipólito (2011) descreve uma teoria sobre o Desenvolvimento Psico-Afectivo da evolução da personalidade do ser humano numa visão que tem por base a abordagem centrada na pessoa e as principais etapas do seu processo do desenvolvimento humano, bem como as implicações psicopatológicas dos traumatismos que decorrem ao longo da vida (Hipólito, 2011, Nunes et. al, 2018).

Nesta perspetiva (Hipólito, 2011) a ACP é sustentada pela teoria da personalidade de Rogers, a Tendência Formativa, que segundo (Rogers, 2003) é o construto teórico que pretende caracterizar uma relação entre a personalidade, a conduta e o comportamento, e que de acordo com (Hipólito,2011) esta tendência formativa refere-se a uma predisposição inata que o ser humano tem para uma tendência evolutiva complexificando-se ao longo do tempo num grau de elevada inter-relação.

Hipólito (2011) narra as principais etapas do desenvolvimento humano nas implicações psicopatológicos dos traumas biológicos, psicológico e social que ocorrem ao longo da vida. Desta forma, a teoria desenvolvimento Psicoafectivo contribuiu para uma compreensão e visão holística do ser humano nas potencialidades à atualização.

De acordo com Nunes et al. (2018), é um processo progressivo e continuado de diferenciação e modelação do organismo numa adaptação positiva, integrando as experiências mais ajustadas às necessidades que ocorrem ao longo da vida.

Hipólito (2011), refere que de alguma forma alguns dos traumas do passado se enlaçam cuja gênese se encontra com a introjeção das condições de valor na infância do indivíduo, sendo que o organismo é suscetível a "traumas" que afeta as suas potencialidades e atualizações, dado que o processo de desenvolvimento do Ser é iniciado na célula primordial, esta contém informações genéticas e psicológicas até se tornar pessoa.

O ser humano é parte do universo como ser único com especificidades singulares que enquanto pessoa em desenvolvimento saudável, normativo e desejável dispõe de uma tendência à autorrealização, expressa na pirâmide das necessidades de Maslow (Maslow, 1954 cit. in Hipólito, 2013).

A partir da existência de condições ótimas de atualização na gestação, o sistema neurológico do ovo embrionário amadurece, dando origem ao self embrionário capacitando-o de informações genéticas guardadas no sentido de otimizar as suas potencialidades enquanto ser vivo, em oposição a ausência dessas mesmas condições pode comprometer a tendência atualizante, isto é, limitar ou mesmo dificultar o desenvolvimento das suas potencialidades, porém o desenvolvimento deste embrião é autónomo e não depende de intervenção exterior, dispondo de um locus de controlo interno durante o seu processo de complexificação até à sua nascença (Hipólito, 2011).

Após o nascimento o *Self* organismico desenvolve-se a par com o físico, começando a conhecer o mundo exterior e sentindo na totalidade as suas experiências sensoriais com o ambiente que o rodeia. Concomitantemente, pelos 8 meses de idade o bebé desenvolve a perceção das figuras significativas, a mãe, ou não significativas, as outras pessoas, pelo que surgem as condições de valor, e a vinculação pela necessidade de obter o amor da sua mãe (Hipólito, 2011).

As condições de valor presentes no bebé fomentam uma dissociação entre a experiência como ela sente (locus de controle interno) e a sua perceção, o que é percebido através dos outros (lôcus de controle externo), o *Self* percecionado e o *Self* desejado, esta dissociação pode criar tensões entre os dois *selves* com o surgimento de sintomas e quanto maior esta dissociação menor a estima de si, sendo que quando abrange a emoção e a cognição manifesta-se a falta de prazer na vida na pessoa, esta não é capaz de distinguir ou expressar as suas emoções e sentimentos (Hipólito, 2011).

No processo do desenvolvimento humano entre faixa etária entre os quatro e os oito anos idade, a criança manifesta a capacidade de discriminação, isto é, distingue entre o "real" e o "imaginário", a perceção da realidade e a fantasia (Hipólito, 2011).

Desta forma, Hipólito, (2011) refere que os traumas biológicos, psicológicos e sociais, contribuem significativamente para o aparecimento de sintomas ao longo da vida. Não obstante, esses traumas podem interferir na capacidade de discriminação, porém expressa-se em sintomas somáticos e neuróticos. Todavia, se o desenvolvimento da criança se apresentar de uma forma normativa, sadia em condições ótimas de atualização biopsicossociais e com o amor presente, as condições de valor, esta irá no sentido de otimizar as suas potencialidades.

Assim, a psicopatologia pode ser compreendida à luz dos traumas ocorridos ao longo da vida, partindo do pressuposto que as forças de autocura, as potencialidades e a atualização dessas potencialidades, expressões da tendência à hipercomplexificação da pessoa, sendo que os sintomas são indicadores para alcançar a homeostasia do organismo (Hipólito, 2011).

2.3. A Escola na Terceira Infância e na Adolescência

2.3.1. A Terceira Infância

Segundo Borges (1987) no final do século XIX o desenvolvimento infantil foi uma preocupação da academia científica no estudo dos construtos psicológicos e sociais que até então não eram valorizados, a criança era considerada uma serva do adulto. Desde a década de sessenta pela Teoria de Piaget que a criança é vista nos seus processos de desenvolvimento nas dimensões física, cognitiva e psicossocial que corrobora com (Papalia & Feldman, 2013) com a mesma classificação, isto é, o desenvolvimento humano abrange três domínios correlacionados, o desenvolvimento físico, o cognitivo e o desenvolvimento psicossocial.

De acordo com Papalia e Feldman (2013) a terceira infância compreende a faixa etária entre os seis e os onze anos. Para os autores, o conceito de criança é abrangente, subjetivo, culturalmente diferenciado e percebido, não existindo um ponto exato de mudança, porém cada povo e cultura destaca-se por um marco ou rituais de passagem da criança para a vida adulta.

Papalia e Feldman, (2013) refere que na abordagem Piagetiana a criança dos 7 anos aos 11 anos tem formado o pensamento lógico, descrito de Período de Operações Concretas, o estágio dos processos mentais na qual a criança é capaz de resolver problemas concretos, que segundo (Xavier e Nunes, 2011) as operações matemáticas, a soma, subtração, multiplicação e ordenação de objetos em série, bem como a capacidade de correlacionar diferentes formas de pensamentos diferenciados, pelo que na dimensão afetiva a criança já é capaz de trabalhar em grupo.

Lamm et al. (2006) menciona que no desenvolvimento cognitivo encontram-se implícitas alterações físicas associadas ao crescimento da criança, o córtex pré-frontal começa a

desenvolver-se, responsável pelo planeamento, julgamento e tomada de decisões, e (Xavier e Nunes, 2011) refere também que ao nível cognitivo é a fase que surge uma nova competência, as operações reversíveis, um pensamento lógico a partir de uma realidade concreta a partir de situações vividas no presente ou no passado.

Papalia & Feldman (2013) refere que a terceira infância no nível físico a criança demonstra boas habilidades motoras e o crescimento é mais lento comparativamente com as fases de desenvolvimento anteriores, (Xavier e Nunes, 2011) o desenvolvimento físico capacita a criança em participar em diversas atividades lúdicas diferenciadas.

De acordo com Cunha (2000) a faixa etária dos 3 aos 11 anos é designada de faixa intermédia. A criança apresenta um comportamento mais ansioso, nomeadamente de padrões de personalidade passiva, agressivo, impulsivo no seu autoconceito ao nível social em contexto escolar, (MacKinnon & Yudofsky, 1988, p.63 cit. in Cunha 2000). Associado a este comportamento em ambiente escolar, começa a experienciar os conflitos e a triangulação com os progenitores, iniciando esta forma a sua identidade como, “Ser” individual na sociedade, já (Bertrand & Guillement, 1994) menciona que determinados comportamentos são compreendidos pela criança envolto no seu meio ambiente, enquanto outras crianças percebem sob a forma de reflexos ou costumes, pelo que, a personalidade da criança gera determinados comportamentos pelos fatores biológicos e psicológicos.

Segundo Luna et al. (2004) o pensamento lógico e concreto contribui para desenvolvimento dos processos psicológicos como a memória e a linguagem, fundamentais no processo de aprendizagem na entrada do ano letivo da criança.

O desempenho escolar (Papalia & Feldman, 2013) é influenciado pelo meio ambiente cultural e familiar em que a criança vive, intrínsecas às características de personalidade. Os pais influenciam na regulação e motivação da criança através das suas atitudes proativas, como mostrar interesse pela vida académica dos seus filhos, ajudar nas tarefas e na organização das suas atividades, responsabilizando-os, porém, o comportamento parental pode ser distinto, uns pela motivação externa, como recompensa de bens materiais, outros pela motivação interna pelo elogio, em prol do sucesso no desempenho escolar.

Para Xavier e Nunes, (2011) a participação dos pais na educação dos filhos é fundamental na transmissão de regras e limites. Nesta fase de desenvolvimento ao nível psicossocial o autoconceito evolui bastante. A criança despende de energia nas atividades socialmente aceites.

2.3.2. A Adolescência

Segundo Papalia & Feldman (2013), a adolescência compreende a faixa etária dos doze aos 20 anos, é uma fase que impõe grandes mudanças ao nível biopsicossocial, fase esta, a mais longa entre a infância e a idade adulta.

De acordo com Borges (1987) a adolescência confere várias frentes no desenvolvimento do jovem, implícito uma metamorfose da sua identidade sexual e corporal ou de imagem, que passa para os seus pares. No nível cognitivo começa-se a desenvolver o seu pensamento formal, já no seu relacionamento interpessoal podem ocorrer mudanças com as figuras parentais e por fim a relação intrapessoal na afirmação do seu EU em contexto escolar, social e familiar.

Cunha (2000) refere também que nesta fase de desenvolvimento ocorrem importantes e significativos eventos nas várias dimensões, social, emocional, físico e sexual, e (Xavier e Nunes 2011) descreve o desenvolvimento físico nesta fase da puberdade como um crescimento com muitas transformações físicas, como o peso, a altura, aumento da massa muscular, bem como do aparelho reprodutor.

De acordo com Cunha (2000) a identificação pelos pares e grupos de pessoas ou amigos tem um papel fundamental na imagem, liderança e fama. Os conflitos interpessoais, as necessidades familiares, os comportamentos desviantes, o desempenho académico e a experiência sexual são dinâmicas intrínsecas à adolescência com impacto na vida do jovem.

Segundo Leone (1998) a adolescência é um processo contínuo no desenvolvimento do indivíduo que advém da aquisição de competências adquiridas nas fases anteriores, e que segundo (Martins, 2012) apresentam-se em três diferentes fases de desenvolvimento a infância, adolescência e adulto, (Leone, 1998) com o objetivo de atingir a maturidade completa aos vinte anos de idade e necessária para a sua autonomia enquanto ser único inserido na sociedade atual. Segundo (Martins, 2012) os comportamentos sociais podem ser de origem educacional, parental, conjugal, profissionais ou outros, e as diferentes formas de interação social são académicas, de resolução de conflitos e iniciar e manter as relações.

Martins (2012) refere que o ambiente escolar é promotor destas mesmas interações sociais, pelo que proporciona ao jovem a possibilidade de desenvolver competências, comportamentos e aprendizagem para um bom ajustamento psicológico no seu futuro.

2.4. Estilos Parentais

Os estilos parentais referem-se a práticas educativas e habilidades sociais de progenitores ou educadores e Tutores no que diz respeito ao relacionamento interpessoal com os filhos (Lawrenz et al., 2020), e de acordo com (Zanetti & Gomes, 2009) o papel parental estabelece

perante os filhos uma hierarquia na transmissão de valores culturais concedendo assim aos pais um poder de autoridade.

De acordo com Papalia & Feldman, (2013) o Modelo tripartido desenvolvido por Baumrind descreve três estilos parentais, o autoritário, o permissivo e o democrático. O estilo Autoritário, este estilo de educação manifesta-se pela obediência e o controlo, estes filhos apresentam uma tendência de desconfiança, retração e insatisfação. O estilo Permissivo destaca a autorregulação e autoexpressão, isto é, existe a probabilidade de os pais serem pouco exigentes, deixando a criança em autogestão, ao contrário do estilo autoritário, estes não são controladores, pelo que os filhos tendem a ser imaturos na idade escolar. Terceiro e último, o estilo Democrático, concomitantemente evidencia a singularidade e incute os valores sociais, são pais carinhosos que preiam a confiança sobre os filhos, estas criança tendem a ser mais autónomos, satisfeitos pelo meio ambiente segurizante que os pais lhes proporcionam.

Posteriormente, (Maccoby e Martin, 1983 cit. in Lawrenz et al., 2020) identificaram um quarto estilo parental, o estilo Negligente, pais que não se empenham nem se comprometem afetivamente em relação à vida dos filhos. Este estilo parental em contexto escolar tem implicações negativamente no desenvolvimento psicossocial das crianças e na adolescência com grande probabilidade de desenvolverem sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994 cit. Lawrenz et al., 2020), apresentando uma tendência para o insucesso académico e dificuldade em conseguir desenvolver estratégias adaptativas em relação à escola (Pinquart, 2016; Masud, Thurasamy,&Ahmad, 2014; Weber, Brandenburg, &Viezzer, 2003 cit. in Lawrenz et al., 2020).

Dias (2011) refere que a família é uma unidade social num conjunto de pessoas dentro de um sistema inter-relacional e dinâmico entre o microsistema e o macrosistema, a relação do individuo e a sociedade. Deste modo, influência no desempenho da criança e da própria família inseridos no mundo.

O conceito de família (Dias, 2011) à luz da abordagem sistémica e da comunicação, é um sistema de interação e integração, porém nas últimas décadas da época moderna surge como um novo olhar e visão mais liberal e emocional, opondo-se ao conceito das famílias mais tradicionalista de padrões assentes no poder e no controle, bem como ao nível do próprio poder político. Na sociedade moderna desenvolveu-se um processo singular e diferenciador em oposição ao controle dominado por um poder segregador (Carneiro, 1987 cit. in Zanetti e Gomes, 2009).

Um estudo com a população portuguesa (Pires & Paz, 2016) numa escola pública sobre os estilos parentais em relação ao desenvolvimento e à educação dos educandos, os resultados

mostram que, o estilo parental autoritativo tem uma relação significativa com melhor desempenho escolar, já os estilos permissivo e autoritário demonstram piores resultados no desempenho acadêmico.

Assim, Dias, (2011) refere que a mudança na evolução parental tem vindo a crescer num novo paradigma de dinâmicas familiares, através de novas competências e funcionamento, valores e conceitos, influenciados pela globalização mundial, resultado de um processo adaptativo na construção de relações familiares mais equilibradas com o meio social.

2.5. Terapia Centrada no Cliente

Rogers (2009), a Psicologia Humanista surge no século XX com Carl Rogers, considerada a terceira força da psicologia. Nos meados dos anos 20 Rogers inicia o seu trabalho em filosofia da educação (Hipólito, 2011) assente na abordagem do existencialismo, centrada na relação, na pessoa.

Em 1940 o modelo da Terapia Centrada no Cliente (TCC) apareceu com os primeiros escritos das técnicas e dos procedimentos (Ribeiro & Laneiro, 2020).

Rogers (2009), através da prática clínica na área Psicopedagógica no trabalho com crianças com ênfase na relação terapêutica de orientação infantil, Carl Rogers, psicólogo, tornou-se uma referência da psicologia fenomenológica-existencial, deste modo Rogers (Hipólito, 2011) revelou uma nova forma de pensamento no processo terapêutico, a terapia centrada no cliente com foco na eficácia das técnicas terapêuticas como a reformulação e clarificação com base numa atitude empática na devolução de uma resposta de compreensão empática por parte do terapeuta. Mais tarde, baseado nos seus princípios do modelo TCC foram aplicados em áreas não terapêuticas nomeadamente na educação, em grupos de encontro e organizações. Assim, nos anos 40 Rogers apresenta a ACP na terapia centrada no cliente, evidenciando os conceitos de aconselhamento” e de psicoterapia numa orientação não-diretiva

Segundo Hipólito (2011) a abordagem centrada na pessoa assenta fundamentalmente na tendência formativa, pela capacidade autoatualizante do indivíduo com cerne na teoria organísmica, o ser humano é parte de um universo em comparação com os demais nas suas características singulares. Em 1967, o pensamento Rogeriano é dado a conhecer à academia de psicologia em Portugal, um contributo que chega até aos dias de hoje à comunidade académica e científica.

De acordo com Simms (2011), a ACP na TCC propõe dar sentido às dificuldades apresentadas pelo cliente durante o processo terapêutico com vista a uma aliança terapêutica. Deste modo, contribui para uma relação de confiança numa perspetiva colaborativa do

psicólogo e do cliente, com o objetivo de que este encontre compreensão e ajuda, orientado para a significação da sua própria experiência.

Segundo Nunes et. al (2018) a TCC assenta em três pilares a tendência atualizante, a orientação não-diretiva e as seis condições necessárias e suficientes.

Nunes et. al (2018) o primeiro pilar é a tendência atualizante, os seres humanos movem-se em direção à realização dos seus potenciais no sentido do crescimento e da atualização, (Ribeiro & Laneiro, 2020) pelo que esta tendência pressupõe uma necessidade semelhante ao nível mais baixo na pirâmide de Maslow, as necessidades básicas como a alimentação, o ar e a segurança, bem como a tendência à mudança, assim sendo, conceitos da tendência atualizante como o autoconceito, o eu ideal, a consciência e a negação das experiências positivas enfatizam a teoria de Rogers, O segundo conceito, a não-diretividade, permite à pessoa viver a sua experiência, aprender por si mesmo nas suas descobertas com o objetivo de o aluno construir o seu próprio caminho a fim de encontrar soluções que lhe pareçam mais adequadas, de acordo com sua própria avaliação, assente numa atitude não diretiva, no qual o individuo tem o poder de se dirigir a si mesmo.

Deste modo, o psicólogo é considerado um guia no processo da relação de ajuda, na TCC para que evite o esmorecimento do aluno promovendo o auto empoderamento. O terceiro conceito assenta nas seis condições necessárias e suficientes com o objetivo na mudança terapêutica. Estas seis condições necessárias e suficientes reunidas no Diagnóstico Relacional com o objetivo de compreender o funcionamento psicológico da pessoa, os seus pensamentos, sentimentos, emoções e comportamentos no aqui e agora (Nunes et al., 2018).

A primeira condição necessária é o contato psicológico, duas pessoas permanecem em contato numa frequência estável, sem variações e o ritmo das sessões se mantém constante para que a terapia seja um processo. A segunda condição é a incongruência do cliente, sendo que possa existir dúvidas e conflitos quanto à problemática pelo seu estado de vulnerabilidade, seja ansiedade, frustração, instabilidade emocional, baixa autoestima. A terceira é a congruência do terapeuta refere que o terapeuta assuma uma atitude congruente e integrada na relação, a quarta é o cuidado incondicional positivo em que o terapeuta tem em relação ao cliente uma aceitação positiva incondicional com o objetivo de o cliente se sentir compreendido e aceite como ele o é, um ser individualizado, bem como os seus sentimentos sem avaliações ou julgamentos num espaço livre e caloroso em que o cliente/aluno coloque as suas fraquezas e potencialidades. A quinta é a compreensão empática pelo que o terapeuta tem uma compreensão empática do quadro de referência interno do cliente com relação aos seus conflitos, e por fim a sexta

condição refere-se ao ponto de vista relacional entre o cliente e o terapeuta, em que ambos constroem uma relação a partir do que o cliente assume na terapia (Nunes et al., 2018).

Para Pinheiro e Batista (2018) a TCC no aluno de Carl Rogers propõe uma visão centrada na sabedoria interna do indivíduo, através de condições necessárias como livre-arbítrio, autonomia, para que este detenha o conhecimento num processo de mudança com significado na premissa de aprendendo fazendo.

2.6. Psicologia Clínica em Contexto Escolar

As perturbações mentais em crianças e adolescentes é preditor de, num futuro da vida adulta afetar o desenvolvimento e a autonomia com impacto negativo ao nível familiar, social e educacional, (Santos, 2021).

Fonseca (2009) menciona que uma nova abordagem a partir de uma visão holística, ecológica, orgânica e sistémica da pessoa contribui no sentido de ajuda como um pilar fundamental de desenvolvimento da Psicologia Humanista na construção da personalidade do ser.

Segundo Rogers (1957) a aceitação, o respeito e a compreensão são promotores e facilitadores de aprendizagem no processo terapêutico do aluno com o objetivo de que este encontre compreensão e ajuda, orientado para a significação da sua própria experiência, desta forma Rogers enfatiza a importância da terapia centrada no cliente em contexto escolar.

De acordo com Leal (2006) a psicologia em contexto educativo contempla a observação do comportamento, a avaliação psicológica (Hutz, 2015 cit. in Dias-Viana & Gomes, 2019) com objetivo de levantamento de hipóteses do desempenho e funcionamento cognitivo, emocional e interpessoal (Leal, 2006) e o acompanhamento psicológico das crianças e jovens fundamentada em evidência científica. O papel do psicólogo em contexto escolar contribui para o progresso do aluno no processo de aprendizagem a nível emocional, psicológico e intrapessoal e interpessoal na promoção de autonomia e no sucesso escolar.

OPP (2018) afirma que o psicólogo tem uma importância significativa em contexto escolar com impacto positivo na comunidade escolar, resultando de uma melhoria na satisfação com a vida, na regulação emocional dos alunos, na promoção de estratégias de resolução de conflitos e no decréscimo de episódios de bullying.

Segundo Ribeiro & Laneiro (2020), (...) “a realidade é para o indivíduo as somas das suas perceções, o que serve de suporte no momento terapêutico, pois, poderá ajudar a compreender a natureza do mundo em que o indivíduo vive” (p.6).

Assim, a intervenção dos psicólogos na comunidade escolar promove uma melhoria significativa ao nível da satisfação com a escola e com a vida em geral, pois melhora a regulação emocional, diminui situações de *bullying* e violência, assim como melhora as estratégias aplicadas para a resolução de problemas. Esta intervenção também tenta reduzir as dificuldades de aprendizagem e também as de foro emocional como questões de ansiedade e depressão (OPP, 2015).

Nunes et al. (2018) refere que a Terapia Centrada no Cliente (TCC) centra-se nas atitudes do terapeuta para que exista o crescimento psicológico na relação terapeuta-cliente, o cliente precisa perceber que existe por parte do terapeuta, congruência, empatia e um olhar positivo incondicional com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica e de confiança.

Partindo desta abordagem humanista e inspirado no modelo de Terapia Centrada no cliente, a intervenção psicológica em contexto escolar no estágio académico com crianças e jovens tem por base este modelo (Nunes et al., 2018) assente nos três pilares fundamentais na relação de ajuda.

Segundo as autoras Brito e Paiva (2012), na década de 40 a psicóloga Axline desenvolveu a Ludoterapia não diretiva que se regeu no modelo de Carl Rogers pela abordagem centrada na pessoa. Axline pioneira em Ludoterapia não diretiva, refere que a Ludoterapia representa uma possibilidade de a criança crescer sob excelentes condições tendo como a brincadeira o seu meio natural de autoexpressão através do brinquedo, jogo ou da produção gráfica, com o objetivo no benefício na expressão dos seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, rejeição e ou insegurança dando a oportunidade da criança tomar consciência do seu processo.

Brito e Paiva (2012) considera a Ludoterapia não diretiva uma prática de intervenção que fomenta a confiança na criança e as suas competências e habilidades para que a terapia alcance o sucesso. Partindo deste conceito e de acordo com as necessidades psicológicas dos alunos e como prática de intervenção psicológica, pretendo aplicar a Ludoterapia Rogeriana de forma a proporcionar a autoexpressão de uma forma lúdica, num ambiente livre através do manuseamento de jogos pedagógicos ou desenho livre como ferramenta não diretiva, que segundo (Brito & Paiva, 2012) tem o objetivo de a criança explorar o seu autoconceito, as suas preocupações e angústias, bem como tomar a responsabilidade das suas atitudes e manifestar a sua personalidade como uma forma natural de comunicação através dos pensamentos, sentimentos e emoções.

Partindo deste conceito e de acordo com as necessidades psicológicas dos alunos e como prática de intervenção psicológica de forma a proporcionar a autoexpressão de uma forma lúdica, num ambiente livre através do manuseamento aplicamos os jogos pedagógicos ou

desenho livre como ferramenta não diretiva, que segundo (Brito & Paiva, 2012) tem o objetivo de a criança explorar o seu autoconceito, as suas preocupações e angústias, bem como tomar a responsabilidade das suas atitudes e manifestar a sua personalidade como uma forma natural de comunicação através dos pensamentos, sentimentos e emoções.

Quanto ao *setting* em contexto escolar e de acordo com a EMAEI e a coordenação do CRI, os casos são discutidos em reunião de equipa e priorizados baseado na necessidade e na problemática do aluno, desta forma é sugerido que ocorra uma sessão semanalmente fora do horário escolar do aluno que visa manter uma continuidade do processo terapêutico ao longo do ano escolar com vista à diminuição do sofrimento do mesmo. É fundamental proporcionar um espaço seguro e acolhedor de confidencialidade, baseado nas regras e limites.

2.7. Perturbações do Neurodesenvolvimento Infantil

Segundo o DSM-V (APA, 2013), as perturbações do neurodesenvolvimento apresentam-se nos primeiros anos de vida de um indivíduo, e os défices causados pelas perturbações do neurodesenvolvimento podem ser suficientemente severos para causar prejuízo nas áreas importantes do funcionamento do indivíduo, nomeadamente nas áreas pessoal, académico, social e familiar com limitação na aquisição de competências, habilidades e conhecimento.

Segundo Santos (2021) as perturbações do neurodesenvolvimento podem ter correlação entre o comportamento familiar e eventos a nível intrapessoal e interpessoal, como uma doença, uma perda familiar, um divórcio ou a nível financeiramente, sendo que a pessoa pode ser afetada no seu funcionamento diário e emocional, causador de sofrimento.

Matos (2009) refere que o neurodesenvolvimento define-se por um conjunto de competências por meio das quais a criança interage com o meio envolvente adequada à sua faixa etária ou fase de desenvolvimento num processo contínuo, nomeadamente na aquisição de habilidades de motricidade global, a manipulação, as competências sensoriais como a visão e a audição, a comunicação e a linguagem, os comportamentos, as funções cognitivas verbal e não verbal, os afetos e as emoções. Desta forma, as perturbações do neurodesenvolvimento envolvem fatores ambientais, genéticos ou de condição médica sendo recorrente comorbidade de outras perturbações à perturbação de neurodesenvolvimento específica (Pinho et al., 2016) que assentam em anomalias neurológicas e permanentes.

De acordo com Santos (2021) existem crianças e jovens em que o diagnóstico de perturbação mental não é notado pelos adultos que a rodeiam, dado que o seu funcionamento aparenta ser normativo, porém gerador de sofrimento para os mesmos.

Segundo Araújo (2014) o diagnóstico é apresentado a partir de testes padronizados de coeficiente intelectual, bem como de uma avaliação por uma equipa multidisciplinar tendo em conta sempre os domínios social, funcional e conceptual.

Santos (2021) em contrapartida, refere que existem crianças e jovens que apresentam um comportamento problemático sem que seja aparentemente gerador de sofrimento, o que à partida poderá advir de uma dificuldade em determinar um quadro psiquiátrico.

Santos (2021) refere que a evidência científica aponta para um acréscimo nas perturbações do neurodesenvolvimento em crianças e adolescentes de 15-30% em amostras pediátricas, constituindo um verdadeiro flagelo.

Segundo a classificação do DSM-V, da Academia Americana de Psiquiatria, (APA, 2013), as perturbações do neurodesenvolvimento incluem as deficiências intelectuais nos défices cognitivos, as perturbações da comunicação como a perturbação da linguagem, as perturbações da fluência sensoriais como a surdez ou a cegueira, as perturbações do espectro do autismo, as perturbações comportamentais como a PHDA, a perturbação específica da aprendizagem e as perturbações motoras como a paralisia cerebral.

2.7.1. Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) de acordo com DSM-V, é uma perturbação do neurodesenvolvimento mais comum na infância e comumente diagnosticado, e em muitos casos está presente na vida adulta, que pode causar prejuízo no funcionamento ao nível profissional, social e académico. Estima-se que a prevalência no diagnóstico de PHDA seja 5% em crianças e 2,5% em adultos (APA, 2013).

Segundo o DSM-V (APA, 2013) a PHDA é determinado por sintomas e comportamentos com impacto negativo que prejudicam o funcionamento da criança nas atividades escolares e sociais como a desatenção e desorganização, pela falta de capacidade em executar ou terminar uma tarefa, uma aparente falta de escuta, facilidade em distrair-se ou foco exagerado, bem como a hiperatividade e /ou impulsividade apresentando atividade motora excessiva, inquietação, dificuldade em permanecer sentada, intromissão em atividades de outros e a falta de capacidade de aguardar pela sua vez tomando atitudes precipitadas. Os critérios de diagnóstico de PHDA é o padrão persistente de desatenção e/ou de hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento da criança. A presença de seis ou mais dos seguintes sintomas de falta de atenção e/ou de hiperatividade-impulsividade devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade variável com impacto negativo nas atividades sociais e académicas:

- Défice de Atenção:
 - a) Frequentemente não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras atividades lúdicas
 - b) Com frequência tem dificuldade em manter a atenção/concentração em tarefas ou atividades
 - c) Parece não ouvir quando se dirigem diretamente, uma distração aparente
 - d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, perde o foco facilmente
 - e) Tem dificuldades em organizar tarefas e atividades
 - f) Com frequência evita, sente aversão ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental

- Hiperatividade/Impulsividade
 - a) Quando está sentado movimenta excessivamente as mãos e os pés
 - b) Frequentemente levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado
 - c) Apresenta uma impaciência, corre ou salta excessivamente em situações inadequadas
 - d) Tem dificuldades de aquietar em atividades que requerem calma
 - e) Tem dificuldade em estar quieto por longos períodos
 - f) Fala em excesso
 - g) Responde antes das perguntas terem acabado
 - h) Tem dificuldade de esperar pela sua vez
 - i) Interrompe com frequência nas atividades dos outros.

A PHDA sobrepõe-se a perturbações no geral definido por “de externalização”, tais como a perturbação de oposição desafiante e de conduta, porém estes sintomas para a sua avaliação psicológica devem estar presentes em mais de um ambiente, como a casa, escola ou outros, assim para critério de diagnóstico está associado um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfira no funcionamento ou desenvolvimento (APA 2013).

De acordo com Papalia & Feldman (2013) a PHDA é uma combinação de diferentes sintomas, isto é, a criança hiperativa pode não ser desatenta, e só estar diagnosticado perturbação de hiperatividade, ao invés, uma criança desatenta pode não apresentar um quadro

de hiperatividade, apresenta apenas déficit de atenção, porém (Barkley, 1998a cit. Papalia e Feldman, 2013) a PHDA está diagnosticado em 85% dos casos.

Segundo um estudo de Castro e Sousa (2018) com objetivo de analisar as estratégias pedagógicas mais usadas para a eficácia do sucesso acadêmico em crianças do ensino básico com PHDA, verificou-se que colocar a criança junto à mesa do professor pode trazer mais foco e menos dispersão, outra estratégia é a formação dos docentes para compreender esta perturbação, fomentar atividades lúdicas e dinâmicas com regras bem definidas e com pouco tempo de duração. Os recursos audiovisuais podem ser estimulantes para a criança pela fácil assimilação, no entanto a importância de descanso entre atividades é importante para a autorregulação da criança, a organização dos materiais escolares como testes, cadernos ou ler um texto é fundamental usar cores para sublinhar ou etiquetar os materiais.

Conforme o DSM-V, o primeiro ano pré-escolar, a pré-escola, surge o primeiro aparecimento de comportamento a hiperatividade. No 1º e 2º ciclo do ensino básico a desatenção fica mais exacerbada, já na adolescência o comportamento associado à hiperatividade tende a regredir, porém pode apresentar um funcionamento de nervosismo e/ou impaciência (APA,2013).

2.7.2. Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

Carvalho (2016), a palavra autismo provém do grego “autos” que significa eu, e “ismo” que caracteriza um indivíduo que está envolvido em si mesmo, de forma invulgar.

Segundo Lima & Laplane (2016) a APA em 2013 sugeriu uma nova terminologia para os Transtornos globais do desenvolvimento descrito no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª edição (APA, 1994) com classificação do amplo espectro de distúrbios em cinco subtipos comportamentais: o Transtorno autista (autismo clássico); Transtorno de Asperger; Transtorno desintegrativo da infância (síndrome de Heller); Transtorno de Rett; Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação.

De acordo com Caminha et al. (2016) a nova denominação é Transtorno do Espectro do Autismo com uma nova classificação e novas orientações. Deste modo, os cinco transtornos referidos no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª edição, com exceção do transtorno de Rett, formam um conjunto nesta nova e única denominação.

Carvalho (2016) menciona que a PEA é caracterizada por défices na “comunicação, socialização e padrões de comportamento restritos e repetitivos.

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), descreve a PEA por um conjunto de défices persistentes na capacidade de iniciar e manter a interação e a comunicação social, por

uma série de padrões de comportamento, interesses ou atividades repetitivos e inflexíveis que são atípicos ou excessivos.

Segundo o DSM-V esta nova denominação gera uma mudança no conceito do transtorno ou perturbação, que altera de três domínios nomeadamente o prejuízo qualitativo na interação social, na comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades para dois domínios nomeadamente os déficits sociais e de comunicação e interesses fixados e comportamentos repetitivos. O objetivo desta alteração pretende facilitar o diagnóstico através de traços ou características em grau de severidade, desta forma seja identificado e aplicado os apoios necessários para o desenvolvimento (APA, 2013).

De acordo DSM-V (APA, 2013) apresenta cinco critérios para o diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo:

- Critério A, a presença de défices persistentes na comunicação social e na interação social, manifestado pelo menos por dois dos seguintes critérios: défices na reciprocidade socioemocional, défices nos comportamentos comunicativos não-verbais e défices nas relações interpessoais.
- O critério B, comportamentos restritos e repetitivos, manifestados por pelo menos dois dos seguintes critérios: movimentos motores, uso de objetos ou fala repetitivos, a insistência no comportamento verbal e não-verbal e em rotinas, o interesse restrito em intensidade ou foco, e/ou o interesse anormal a estímulos sensoriais.
- Critério C, que corresponde à possibilidade destes sintomas estarem presentes numa fase inicial do desenvolvimento da pessoa.
- Critério D, que corresponde à possibilidade destes sintomas causarem prejuízos significativos no funcionamento do indivíduo.
- critério E, que corresponde à possibilidade de as perturbações não serem melhor explicadas por uma deficiência intelectual ou por um atraso global do desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde (2019), descreve a Perturbação do Espectro do Autismo por um conjunto de défices persistentes na capacidade de iniciar e manter a interação e a comunicação sociais e por uma série de padrões de comportamento, interesses ou atividades repetitivos e inflexíveis que são atípicos ou excessivos.

Também, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 11ª edição (CID) designado de Distúrbio do espectro do autismo, é caracterizada por défices persistentes que

causam prejuízo na vida de uma criança, do jovem ou adulto domínio pessoal, familiar, educacional ou profissional. No espectro do autismo, a pessoa pode apresentar diferentes funcionamentos a nível intelectual e nas habilidades linguísticas, pela dificuldade ou ausência na capacidade social de iniciar e manter interação social recíproca com os pares. Apresenta padrões de comportamento e interesses restritos, rígidos e repetitivos. Por norma ocorre na primeira infância, porém poderá manifestar-se mais tarde (WHO, 2018).

Segundo Matos (2009) a PEA está englobada nas perturbações do neurodesenvolvimento. São descritas e classificadas por três áreas do desenvolvimento, como a perturbação de interação social, a perturbação na comunicação em vários contextos, associado a padrões de comportamento e atividades que tendem a ser restritos e repetitivos, com interesses peculiares e estereotipados, e segundo os autores (Papalia e Feldman, 2013) podem apresentar comportamentos obsessivos, nomeadamente girar o corpo em si mesmo e/ou balançar bater com a cabeça e nas mãos. Para a autora surge aos 2 anos e 6 meses de vida com predominância no sexo masculino.

Para Ferreira (2011), o autismo encontra-se no centro das perturbações do espectro. A condição mais próxima do autismo é a Síndrome de Asperger, que é semelhante pela sintomatologia sendo que o deficit na linguagem é transversal ao espectro do autismo, (Matos, 2009) assim, o Síndrome de Asperger caracteriza-se na interação social e padrões de comportamentos repetitivos e restritos com estereotipias (Lima, 2018) diferenciando-se da Perturbação do Autismo pela ausência de défice linguístico.

Segundo De Souza (2019) em todo o mundo a PEA aumentou significativamente e, (Gomes et al., 2015) mundialmente os dados epidemiológicos apontam para uma prevalência no sexo masculino. Pela sua elevada prevalência, estima-se que em oitenta oito nascimentos, um apresenta PEA. Em 2010, no Brasil a PEA estima-se em 500 mil indivíduos, e (Lima, 2018) em 2015 um estudo europeu menciona que 1% das crianças seja portadora de PEA.

Lima (2018) em 2005 um estudo realizado em Portugal indica que 1 em cada 1000 crianças em idade escolar sejam portadoras de Perturbação do Espectro do Autismo.

Matos (2009) afirma que, por norma estas crianças apresentam uma inteligência normativa ou mesmo acima da média, pelo que é aconselhado realizar o diagnóstico antes da entrada na escola, assim refuta ou corrobora com as hipóteses levantadas.

2.8. Instrumentos de Avaliação

Entrevista Clínica

De acordo com Ferreira (2015), a entrevista clínica na área da Psicologia Clínica constitui um instrumento fundamental dentro do método clínico com o objetivo claro na recolha de informações de caráter geral, mas também específico, que permite melhor compreensão do indivíduo ou alunos em contexto escolar. Ainda de acordo com a autora, o método clínico consiste num conjunto de técnicas como a observação clínica, a entrevista clínica, a anamnese, a avaliação psicológica e intervenção (Lobato & Al, 2020) este procedimento clínico centra-se na individualidade e em pressuposto, um olhar centrado na pessoa.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com os encarregados de educação (mãe), do caso A e do caso B, respetivamente acompanhamento psicológico e avaliação psicológica, seguindo um guião de entrevista previamente elaborado. com o objetivo de recolha de informação do desenvolvimento infantil da criança ou jovem e história familiar/vida, o que facilitou à posterior a elaboração da anamnese. Este tipo de entrevista recorre a questões abertas e fechadas, o que pode ser uma mais-valia para a obtenção de informação que, certamente, beneficiará os processos seguintes.

Sendo a entrevista clínica uma das ferramentas mais importantes para o trabalho clínico, é fundamental saber escutar o relato do entrevistado/cliente de forma que se torne eficaz na sua aplicabilidade. Para tal, o terapeuta deve possuir competências pessoais e técnicas seguindo o código deontológico (Lobato & Al, 2020).

Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III)

De acordo com Simões (2002) a escala de Inteligência de Wechsler para crianças, Terceira Edição (WISC – III; Wechsler, 1991) é o instrumento de avaliação psicológico mais utilizado na medida de inteligência de crianças e adolescentes.

Simões (2002) este instrumento de avaliação aferido para a população portuguesa pretende medir a capacidade intelectual, cognitiva individual e, (Dias-Viana & Gomes, 2019) a resolução de problemas em crianças de 6 anos e 11 meses a 16 anos e 11 meses.

Ainda segundo Simões (2002) a WISC-III permite realizar a partir dos resultados da prova aplicada à criança e adolescente, um estudo de comparação a partir de um padrão estabelecido de forma a considerar o desempenho cognitivo dos pontos fortes e pontos fracos e levantamento de hipóteses.

Conforme Dias-Viana e Gomes, (2019) a WISC-III permite avaliar as competências cognitivas através de treze (13) subtestes, agrupados em escalas, a escala de Quociente de Inteligência (QI) Total, a escala de QI Verbal e a escala de QI de Realização ou não verbal.

Os subtestes que compõem a WISC-III (Cunha, 2000)

- Subtestes verbais: **Informação** Mede o conhecimento adquirido e armazenado na memória a longo prazo; **Aritmética** avalia a capacidade de concentração e o cálculo mental nas operações numéricas, a compreensão de enunciados verbais, o que implica memória de trabalho verbal e auditiva; **Vocabulário** Mede o léxico aprendido e o conhecimento semântico; **Semelhanças** avalia a capacidade de associar conceitos lógicos verbais ou em categorias, até um nível mais exigente, o raciocínio abstrato; **Compreensão** mede o conhecimento de padrões de comportamento como normas e regras sociais, o julgamento em situações sociais, composto fundamentalmente por duas categorias de medição, o raciocínio prático e o abstrato através de provérbios; **Memória de Dígitos** mede a memória imediata verbal envolve a capacidade de escuta e de atenção (ordem direta). Mede a memória de trabalho verbal, a flexibilidade mental e a reversibilidade de algarismos (ordem inversa).
- Subtestes de realização: **Complemento de Gravuras** Avalia a memória a longo prazo visual e a capacidade de discriminação dos aspetos essenciais dos não-essenciais. **Disposição de Gravuras** Mede a capacidade organizativa e perceptiva de dispor uma sequencia lógica e correta com significado de um evento; **Cubos** é um subteste verbal, avalia a capacidade organizativa e de processamento visomotor-espacial, o que requer uma competência para a resolução de problemas através da decomposição de elementos do modelo a reproduzir, a capacidade de análise e síntese; **Código** avalia a capacidade de concentração, atenção seletiva e flexibilidade mental através da correspondência entre números e símbolos e de memorização correta dessas associações; **Composição de Objetos** Mede a capacidade de organizar um todo a partir de diferentes partes. **Pesquisa de Símbolos** Avalia a capacidade de discriminação perceptiva, atenção, memória de trabalho num curto espaço de tempo; **Labirintos** mede a coordenação visomotora.

Teste da Atenção D2

Brickenkamp (2007) é o autor do teste de Atenção D2. Segundo o manual técnico adaptado à população portuguesa da autoria de Carla Ferreira e António Menezes Rocha, este permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração da pessoa. Este teste também

permite medir a velocidade de processamento da informação, a precisão e aspetos qualitativos de acordo com o desempenho de forma a compreender o funcionamento emocional, cognitivo e social da criança ou jovem. Está indicado para crianças a partir dos 8 anos e o seu tempo de aplicação é variável entre 8 e 10 minutos dispondo de 20 segundos por cada linha orientado o tempo pelo técnico que estiver a aplicar.

Este teste é um instrumento com uma ampla utilização em vários contextos de intervenção psicológica nomeadamente nas escolas, na neuropsicologia e organizacional. Assente em vários estudos empíricos e cientificamente testados, o teste d2 revela-se um teste com boa fiabilidade e aplicabilidade e mostra uma consistência interna elevada (*Alpha de Cronbach*) de 0.94. O procedimento baseia-se em procurar em cada linha da esquerda para a direita a letra 'd' que pode ter dois traços em cima, dois traços em baixo e sem traço, e ainda letras p que não são consideradas. Desta forma, a tarefa consiste em procurar as letras iguais ao exemplo , ou seja, letra d com dois traços (Brickenkamp, 2007).

A cotação apresenta seis resultados (Brickenkamp, 2007)

- Total de Caracteres processados (TC) - Corresponde à quantidade de caracteres nas 14 linhas; avalia a rapidez e o processamento da informação na execução.
- Total de Acertos (TA) - Corresponde ao número de caracteres apontados corretamente nas 14 linhas; é o indicador que avalia a eficácia e a precisão na realização da tarefa.
- Total de Eficácia (TC-E) - É a subtração dos caracteres processados e o total de erros; mede o desempenho global.
- Índice de Concentração (IC) - É a subtração entre total de acertos e o total de erros tipo 2; mede a capacidade de concentração.
- Índice de Variabilidade (IV) - Indica o diferencial entre o número máximo e o número mínimo dos caracteres processados; Avalia a consistência na execução da tarefa durante a realização do teste.
- Percentagem de Erros (E%) - Corresponde à percentagem dos erros gerados ao longo da tarefa; Avalia a qualidade do desempenho, a precisão e a meticulosidade.

Teste do Desenho da Família

Segundo Corman (2003) o desenho como técnica projetiva no estudo da personalidade das crianças tem sido (Cunha, 2000) uma forma de ajuda na expressão dos seus sentimentos, emoções e conflitos.

Deste modo, Campos (1993) menciona que o teste do desenho da família tem como objetivo entender o funcionamento da criança no meio ambiente familiar na avaliação da dimensão emocional e as características de personalidade.

A técnica do desenho é uma forma facilitadora para a criança expressar o seu mundo interior e exterior. Este teste projetivo é um instrumento que fornece informações fundamentais na compreensão na dinâmica, estrutura e representação familiar, isto é, a forma e o lugar como a criança se projeta, se vê e se insere no seio familiar (Campos, 2013).

De acordo com Corman (2003) para sua aplicação é necessário lápis e papel. Pede-se à criança para desenhar uma família, que não tem de ser a sua. Se a criança desenhar uma família imaginária solicita-se a tarefa para desenhar a sua família, e posteriormente analisa-se a interpretação e realiza-se a comparação. Após a criança ter desenhado, é solicitado à criança que mencione quais as personagens desenhadas, qual o seu papel na família, o nome, a idade e o sexo de cada personagem, bem como é perguntado pelo psicólogo qual a sua relação com cada um deles com as seguintes questões; (O que estão a fazer? Quem manda mais ou quem manda menos? Quem é o mais simpático e o menos? Quem é o mais feliz e o menos feliz? entre outras) com o objetivo de perceber qual o significado das figuras projetado nos desenhos (Corman, 2003).

Teste do Desenho da Figura Humana de Goodenough e Machover (TFH)

De acordo com Harris (1963) o teste do Desenho da Figura Humana de Goodenough pretende avaliar a maturidade intelectual através dos processos cognitivos e emocionais, de abstração nas dificuldades de aprendizagem em crianças entre os 3 e os 10 anos de idade. É uma técnica projetiva que tem como objetivo entender os conceitos, as ideias, os processos expressos no desenho da figura humana.

Segundo Harris (1963) a prova consiste em desenhar três figuras, um homem, uma mulher e o próprio a “Si mesmo”. Na medida de avaliação quantitativa e correção tem como suporte 30 fases evolutivas, que são analisados e interpretados como ausentes ou presentes, o homem com 73 itens, a mulher com 71 e o próprio com 73 itens. São somados para se chegar a uma pontuação final, através dos itens que são ou não esperados, que são comuns ou incomuns tendo em conta a idade da criança.

Campos (1993) na avaliação da medida qualitativa de Karen Machover foi cotado de acordo com cinco critérios de avaliação, que incluem partes do corpo (cabeça, rosto, braços, olhos, sobrancelhas e pestanas, cabelos, bigode e barba, óculos, nariz, boca, orelhas, queixo,

pescoço, ombros, braços, mãos, dedos, tronco); proporção entre os desenhos feitos; posição da figura desenhada; figura não inteira; sucessão partes desenhadas.

O desenho é uma forma da criança expressar a sua criatividade e facilitador para a tarefa, dado que o reconhecimento da figura masculina ou feminina é lhe familiar. O Desenho da Figura Humana é um instrumento de avaliação não-verbal e objetiva, apenas é necessário papel e um lápis e de baixo custo. Nesta técnica é possível analisar o conceito do corpo humano presente nos sujeitos avaliados bem como analisar a sua personalidade e o nível de cognição na projeção do autoconceito atitudes para com alguém do seu meio ambiente, projeção da imagem ideal do eu e significados simbólicos (Harris, 1963).

Harris (1963) é um teste adequado a crianças em que a escrita ou a oralidade podem estar comprometidos, sendo útil como meio de comunicação e de fácil aplicação e cotação.

As dimensões avaliadas são (Silva et al., 2017)

- Indicadores emocionais e aspetos de desenvolvimento que são capazes de influenciar características nos desenhos das crianças.
- Perspetiva cognitiva, interpreta o desenho como uma medida de avaliação do desenvolvimento cognitivo da criança, por meio da pontuação da presença e qualidade de itens apresentados
- Avaliação projetiva, o desenho é uma forma de manifestação dos aspetos inconscientes e expressivos da personalidade.

2.9. Inclusão e Equidade nas Necessidades Educativas Específicas (NEE)

Segundo Freire (2008) Portugal tem vindo a tentar adotar novas abordagens no desenvolvimento para a educação inclusiva em contexto escolar.

Sanches & Teodoro (2006) refere que no final dos anos 80, a Lei de Bases do Sistema Educativo constituiu um objetivo fundamental que visa as NEE com vista à criação de condições essenciais para as crianças no desenvolvimento de competências, e que de acordo com o Decreto-lei 319/91, de 23 de agosto os conceitos de Necessidades Educativas Especiais vieram alterar os critérios médicos por critérios pedagógicos na avaliação dos alunos. Assim, o Regime Educativo Especial que contempla várias medidas de suporte à inclusão e aprendizagem que consta no Plano Educativo Individual e de um Programa educativo (Artº 15º e 16º) os alunos podem ser abrangidos pelo mesmo.

Desde o 25 abril de 1974 que o conceito Inclusão e Equidade tem sido refletido e considerado nas políticas públicas no que concerne à educação no nosso país, (Seabra et al., 2020).

Para Freire (2008) o conceito de inclusão é transversal nos vários domínios da nossa sociedade seja social, político e educacional, e segundo a autora a conceptualização de inclusão é definida pelo benefício de todo e qualquer indivíduo de fazer e ser parte ativa na comunidade, dignificando-o como um SER único de características singulares, interesses e necessidades, bem como no desenvolvimento para as suas potencialidades e competências.

De acordo com Lima e Laplane (2016) as políticas públicas e privadas tem contribuído para a inclusão escolar. Deste modo, a prática inclusiva no ensino regular nomeadamente no ensino especial tem sido promotora do aumento da escolarização para todos.

Miller (2022) descreve a equidade como uma responsabilidade individual, coletiva, institucional e social nomeadamente uma abordagem comunitária de sistema micro para um macro sistema.

Seabra et al. (2020) parte da premissa que a equidade e a inclusão têm um papel fundamental em termos educativos, afastando-se de perspetivas focadas somente no apoio aos alunos com deficiência ou dificuldades de aprendizagem, enfatizando uma atenção a todas as diferenças e com a procura de justiça educacional de forma mais ampla.

De acordo com Sierens et al. (2020) a equidade social na educação pode advir de uma igualdade de oportunidades no ingresso ao ensino pré-escolar para todas as crianças, que proporciona (Melhuish & Barnes, 2012 cit. in Sierens et al., 2020) benefícios gerais e vantagens na educação pré-escolar e sociedade em geral (Burger, 2010 cit. in Sierens et al., 2020), significa isto que, estes benefícios positivos e dentro do conceito equidade as crianças desfavorecidas em relação às mais favorecidas beneficiam no ensino pré-escolar.

Entre 2014 e 2018, Wanti, Wesselink, Biemans e den Brok apresentaram uma análise de revisão de literatura de uma investigação sistemática dos fatores que validam o acesso e a equidade no ensino superior, maioritariamente em três continentes Europa, Austrália e América, pelo que o artigo indicou que a família, as finanças, o governo e a educação são fatores importantes para o sucesso na educação, (Miller, 2022).

Segundo Meireles et al. (2007) e descrito pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) em 1977 a evolução do Ser Humano em cinco estádios na associação como a deficiência observada à época. O primeiro estádio, o filantrópico define-se pelas características de como um indivíduo é visto como anormal e excluído da sociedade, segundo estádio o direito à integração visto como atual estádio integrado na sociedade e não caracterizado, assistência pública a ajuda aos mais vulneráveis, os direitos fundamentais e a igualdade de oportunidade a relação entre o meio ambiente e a pessoa como preditor de sucesso académico e social.

Por conseguinte, em 2006 a proteção dos direitos das pessoas com deficiência tornou-se mais abrangente na convenção internacional da organização das nações unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência, através do artigo 1º, este refere que, uma pessoa com deficiência de natureza física, mental, sensorial ou intelectual de longo prazo, pode ter participação na sociedade usufruindo das mesmas condições das demais pessoas (Miranda e Filho, 2017).

Desta forma, Miranda & Filho (2017) e de acordo com UNESCO em 2006, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com deficiência rege-se por princípios gerais, como a participação plena e efetiva na sociedade civil; a igualdades de oportunidades e condições; a não discriminação e exclusão de todas as formas.

Segundo a UNESCO (2009) a inclusão é promotora de participação social e aprendizagem que visa atender às necessidades educativas e diferenciadas de cada pessoa.

De acordo com Meireles et al. (2007) numa perspectiva de mudança de paradigma com foco no modelo educativo, a inclusão de alunos, em oposição aos critérios unicamente visto como modelo médico. Em 1978 é publicado o relatório Warnock direcionado às crianças e jovens com deficiência física e psicológica em Inglaterra, Escócia e País de Gales. Este documento tem como proposta a criação de um currículo específico para a aprendizagem académica de forma a garantir o sucesso escolar e a integração na comunidade escolar, com o objetivo de atender às necessidades educativas específicas e apoiar as crianças e jovens em situação de deficiência.

Conforme Baptista (2006), o referido relatório Warnock Report de 1978 acima mencionado, teve um papel importante na definição e conceito de NEE, com propostas e princípios orientadores para uma visão inclusiva na sociedade em geral.

De acordo com Sanches & Teodoro (2006) a Declaração de Salamanca refere o conceito de NEE "necessidades educativas especiais" à deficiência como uma dificuldade académica numa dada altura do percurso escolar de todas as crianças e jovens. Deste modo, (Sanches, 1996) a criança referenciada com NEE tem de ter uma resposta educativa específica na promoção da sua autonomia para o seu desenvolvimento infantil e inclusão na comunidade.

Especiais (1994), e expresso na Declaração de Salamanca em 1994 pela UNESCO e segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos todas as crianças devem ter acesso à educação. Todo e qualquer individuo com NEE tem toda a legitimidade de manifestar a sua vontade ao acesso à educação, bem como a adaptação às suas necessidades para o seu desenvolvimento de competências académicas, (Sanches, 1996) durante o seu percurso académico, bem como a necessidade de intervenção individualizada.

Segundo a World Helath Organization (WHO) (2002) as estratégias para a educação são essenciais ao absentismo até ao ensino secundário. Face à problemática que a comunidade escolar enfrenta (Ainscow & Ferreira, 2003; Clark et al., 1997; UNESCO, 1994, 2003b cit. in Freire, 2008) esta tem revelado ao longo do tempo a pertinência de uma resposta para uma dificuldade, a exclusão na educação, porém (Sasaki 1997b cit. in Maldonado 2002) refere que a educação inclusiva na pós-modernidade é fundamental no processo de mudança numa sociedade segregada e discriminada.

Deste modo, Ferreira (1998) refere que a educação na sua generalidade deve ser de integração em oposição à segregação a fim de mitigar o complexo problema da deficiência no ensino escolar.

2.10. Decreto-lei 54/2018 de 6 junho

Em Portugal, com o surgimento do Decreto-lei 54/2018, este constituiu um novo paradigma nas políticas educativas e publicas com uma proposta de alteração na lei que visa oportunidades para toda a comunidade escolar, (Monteiro et al., 2020).

Partindo desta premissa o Decreto-lei 54/2018 de 6 junho tem como pilar primordial as *guidelines* para atender às mais variadas necessidades dos processos de ensino, atendendo às características e necessidades individuais de cada aluno. Desta forma, permite uma maior inclusão e equidade dos alunos, tendo como suporte uma aprendizagem mais adaptada e adequada para a integração na comunidade educativa na promoção da autonomia. As intervenções das equipas multidisciplinares fomentam a implementação de estratégias e de acompanhamento para a diferenciação curricular, (DGE, 2018).

...numa escola inclusiva onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social. Esta prioridade política vem concretizar o direito de cada aluno a uma educação inclusiva que responda às suas potencialidades, expectativas e necessidades no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em

efetivas condições de equidade, contribuindo assim, decisivamente, para maiores níveis de coesão social (p.2918)¹

Segundo o Decreto-Lei nº54/2018 (DGE, 2018), conforme (Anexo A) o modelo de educação inclusiva previsto nas medidas adicionais mencionado no Programa Educativo Individual (PEI) é um documento que visa a operacionalização às adaptações curriculares, sendo o Relatório Técnico-Pedagógico (RTP) um documento que refere a tomada de decisão as essas mesmas medidas de suporte à inclusão e aprendizagem.

Conforme o 2º artigo do decreto-lei nº54/2018 a aplicação das medidas de gestão curricular nomeadamente as Acomodações Curriculares, as Adaptações Curriculares Não Significativas e as Adaptações Curriculares Significativas atribui a importância no sucesso académico do aluno, numa abordagem multinível pelos princípios de uma visão holística, integrada e sistémica com vista a uma atuação de prevenção orientada para o desenvolvimento das competências sociais com eficácia nos processos científicos e pedagógicos, numa tomada de decisão de intervenção universal num processo colaborativo entre a escola e a comunidade. Este modelo é estruturado por níveis de intervenção, as medidas de suporte à inclusão e à aprendizagem na sua frequência e intensidade em decorrência do levantamento das necessidades dos alunos (DGE, 2018).

As medidas universais no nível 1 representam serviços ou práticas que visam a aprendizagem universal, isto é, para todos os alunos que decorrem ao longo do ano letivo com objetivo de avaliação comum de sucesso para todos. As medidas seletivas de nível 2 referem-se a serviços ou práticas a alunos com insucesso escolar e/ou em risco que necessitem de uma resposta em intervenções de pequenos grupos. As medidas adicionais de nível 3 pertencem a medidas desenhadas no sentido do desenvolvimento de intervenções e metodologias no tipo mais elevado de intensidade e frequência, em resposta às necessidades de acompanhamento individualizado, isto é, de cada aluno (DGE, 2018).

¹ (Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho, p. 2918)

**PARTE III – TRABALHO DE ESTÁGIO / CASOS
CLÍNICOS**

3.1. Observação

Em primeiro lugar, o estágio teve início a 24 outubro de 2022 com a visita à instituição de solidariedade social afeta às escolas publicas da área do Barreiro. Segue-se a apresentação e visita da estrutura escolar bem como o *Setting*, pelo que no âmbito do CRI, o atendimento de Psicologia decorre no gabinete de Psicologia da escola. De acordo com a EMAEI e a coordenação do CRI, os casos são discutidos em reunião de equipa e priorizados com base na necessidade e na problemática do aluno. Segue-se a visita formal às salas de aula nas várias escolas onde decorre o estágio num primeiro contato com as respetivas salas para conhecimento das diferentes áreas de intervenção, a apresentação da diretora de turma e as professoras dos respetivos casos que estão referenciados.

Ao longo das primeiras cinco semanas, efetuou-se a observação da prática clínica de um psicólogo clínico em contexto escolar nomeadamente em escolas públicas do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico, bem como do CAA, esta fase de observação é fundamental e basilar para a aquisição a novas aprendizagens no que concerne a prática clínica, concomitantemente a leitura de documentos essenciais para o conhecimento da história, missão e valores da instituição promotora de estágio, bem como todo o documento do Decreto Lei 54/2028. Tomei conhecimento dos processos de referenciação e identificação de medidas de suporte da aprendizagem e inclusão.

O estágio académico é constituído por observação direta, uma entrevista clínica aos pais, a avaliação psicológica com a aplicação de um conjunto de instrumentos psicométricos e projetivos que possibilitem uma melhor compreensão dos processos psicológicos com o objetivo de aprofundar o conhecimento do individuo. As primeiras sessões são de observação direta. No fim de cada sessão há um momento de discussão do caso entre a psicóloga orientadora do local de estágio e a estagiária, com o objetivo do aprofundamento de conhecimentos e da prática clínica inspirado na abordagem humanista numa visão holística do ser humano.

Na avaliação psicológica um dos instrumentos a aplicar é a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III) que segundo (Cavalini & Alves, 2011) constitui um instrumento muito utilizado pelo conjunto de subtestes em vários domínios independentes que avalia importantes áreas do funcionamento intelectual da criança e jovem como a deficiência mental, a inteligência superior, a hiperatividade com défice de atenção e a dificuldade de aprendizagem em crianças com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses, bem como o acompanhamento individualizado orientado à problemática e necessidade

psicológica do aluno.

No final de cada trimestre escolar processa-se à elaboração de relatórios técnico pedagógicos aos pedidos de identificação com a participação da orientadora de estágio sempre que solicitada, pelo que contribui para a aprendizagem do trabalho burocrático em contexto escolar, este RTP é entregue ao encarregado de educação e posteriormente ao diretor de turma do aluno em avaliação ou acompanhamento psicológico.

Os momentos de observação aconteceram ao longo de todo o estágio nomeadamente nos CAA de duas escolas públicas. O meu trabalho enquanto estagiária académica, em contexto escolar, esteve sempre presente a supervisão da minha orientadora, seja nos acompanhamentos e/ou nas avaliações psicológicas.

3.2. Entrevistas

Após este período de observação clínica em contexto escolar, deu-se início a entrevistas com os encarregados de educação dos respetivos alunos identificados para acompanhamento psicológico e mais tarde para avaliação psicológica, no entanto ao longo do estágio foi possível observar algumas entrevistas realizadas pela orientadora de estágio. Os encarregados de educação foram sempre informados previamente e solicitado autorização para a minha presença como estagiária académica.

De acordo com Leal (2010) a entrevista é considerada um instrumento de recolha de informação pertinente na relação terapêutica com o objetivo de inteirar e ter conhecimento do percurso de vida de uma pessoa para o entendimento do seu processo terapêutico.

Tabela 1- Cronograma das Atividades

Mês de realização	Lista de Atividades
outubro e novembro 2022	-Observação psicopedagógica de acompanhamento psicológico em três escolas/CRI no Barreiro - Elaboração do Projeto de Estágio
dezembro 2022 a maio 2023	- Início do acompanhamento psicológico de um caso clínico A - Observação dos comportamentos dos alunos com NEE, quinzenalmente, na Unidade CAA

	- Supervisão mensal com a orientadora de local de estágio - Elaboração do RTP/Trimestralmente
Janeiro a junho 2023	- Elaboração do relatório de estágio - Supervisão com a orientadora de estágio
março 2023	Entrevistas com Encarregados Educação
Junho 2023	- Início de um caso clínico B de Avaliação Psicológica • Aplicação de teste psicométrico a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças WISC-III • Teste da Atenção D2 • Teste do Desenho da Família • Teste do Desenho da Figura Humana Goodenough
Julho 2023	- Elaboração de relatórios de técnico pedagógico

3.3. Casos Clínicos

3.3.1. Estudo de Caso. A / Acompanhamento Psicológico

Apresentação do Caso Clínico

O jovem. A, frequentou o 1º e 2º ciclo no Brasil. Aquando da matrícula em Portugal e de acordo com o seu percurso escolar no Brasil, conclui-se que o aluno deveria ser integrado no 8ºano escolaridade em 2020/2021, porém a mãe do A, nomeadamente a Encarregada de Educação (E.E) apresentou uma solicitação para que o A repetisse o 7ºano, alegando que percebia um atraso em relação á maturidade do seu filho. Assim, a escola integrou o A no 7ºano fundamentado na Portaria nº699/2006 de 12 julho de 2006.²

A mãe do A, aquando da matrícula 2020/2021 informou que o A tinha NEE, nomeadamente Síndrome de Asperger. Relata que o A teve um acidente de viação com quatro dias de vida e que da decorrência do mesmo o A ficou com sequelas a nível neurológico, desde então, que o A é acompanhado nas especialidades Psicologia, Neuropediatria, Psiquiatria,

² O Decreto-Lei n. 227/2005, de 28 de dezembro, define o novo regime de concessão de equivalências de habilitações de sistemas educativos estrangeiros a habilitações do sistema educativo português, ao nível dos ensinos básico e secundário.

Psicomotricidade e Terapia Ocupacional no Brasil. Entregou à escola um relatório datado de 2019 por um neuropediatra que acompanha o A no Brasil, com referência que foi avaliado com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, e que segundo o neuropediatra, o A apresenta dificuldade de interação social, prosódia, agitação psicomotora, diminuição de contato visual, desatenção, comprometimento da coordenação visomotora e visoespacial, dificuldade para entender piadas e ironia, muita dificuldade com raciocínio lógico e abstrato, interesse obsessivo em jogos. Mais informou que, o A faz uso de Risperidona de 1mg à noite e Depakote de 500mg à noite, e segundo a E.E. ainda se mantém.

Já em Portugal, durante a frequência na escola, o A apresenta manifesta as dificuldades apresentadas pela E.E. e mencionada no relatório do neuropediatra. Deste modo, foi elaborado o processo de identificação das Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão e dado a conhecer à EMAEI.

A EMAEI deliberou que fosse feita a avaliação pedagógica especializada. Após esta avaliação, esta corrobora com as informações fornecidas pela E.E., pelo que o A revela dificuldades ao nível da atenção e concentração, dificuldades de memorização e na elaboração da escrita. Também, apresenta dificuldade no cálculo aritmético e no raciocínio lógico e abstrato.

Pelos resultados obtidos na avaliação pedagógica, foi deliberado que o A deve beneficiar de ajuda especializada contemplado no Decreto-Lei nº 54/2018 de 6 julho, com benefício das medidas de suporte à aprendizagem e inclusão, designadamente as Medidas Universais do Artº 8: alíneas a) Diferenciação pedagógica; b) Acomodações curriculares; d) Promoção do comportamento pro-social e e) Intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos, também, abrangido pelas Medidas Seletivas – Artº 9: alíneas b) As adaptações curriculares não significativas; c) O apoio psicopedagógico; d) A antecipação e reforço das aprendizagens ,e, e) O apoio tutorial.

Ao Abrigo do Despacho Normativo nº 10-A/2018, de 19 de junho, o A deve usufruir do artigo 28ª Adaptações ao processo de avaliação, de redução de turma, bem como de Acompanhamento Psicológico, pelo que deu início a acompanhamento psicológico no ano letivo 2021/2022 com a psicólogo da escola, nomeadamente a minha orientadora de estágio.

Neste ano letivo 2022/2023 o aluno continua a beneficiar de acompanhamento psicopedagógico.

As sessões foram realizadas com uma periodicidade semanal e com a duração de cinquenta minutos, fora do horário escolar do aluno. As sessões marcadas num total de 18 (dezoito) sessões, sendo que 5 (cinco) foram de observação e 12 (doze) de acompanhamento

psicológico, 1 (uma) falta por o aluno ter esquecido da sessão. Houve uma pausa entre as férias de Natal e o mês inteiro de janeiro, por ter estado de férias com o pai no Brasil, regressando a 30 janeiro 2023.

De forma a ter oportunidade de conhecer melhor a história de vida do A e a atual dinâmica familiar, foi solicitado novamente uma entrevista clínica/anamnese à mãe e explicado que esta é no âmbito do estágio académico. Esta realizou-se em março de 2023 com a presença da mãe.

O acompanhamento psicológico tem por base científica a Abordagem Centrada na Pessoa e fundamentou-se nos princípios da Ludoterapia Centrada na Criança.

O *Setting* é realizado numa sala da escola, pequena, com janelas para o pátio da escola, esta sala serve de armazém com vários materiais administrativos da escola, e moveis, o *setting* nada apelativo, porém não sendo o ideal para um *Setting* terapêutico, é o possível na escola publica.

As primeiras sessões é para estabelecer a relação terapêutica.

Os dados pessoais que possam identificar a criança ou os seus progenitores não serão aqui referidos, por questões éticas e deontológicas.

Motivo do Pedido

O jovem A teve acompanhamento psicológico no ano transato 2021/2022 com a psicóloga da escola nomeadamente a minha orientadora de estágio. Este ano letivo 2022/2023 o aluno continua a beneficiar de acompanhamento psicopedagógico a pedido da Diretora de Turma e da E.E., o motivo do pedido, o jovem A ainda apresenta dificuldades de integração com os pares e rejeição à escola por falta de motivação. Deu início ao acompanhamento psicológico novamente com a mesma psicóloga. Deste modo, é-me atribuído este caso no âmbito do meu estágio académico sob a supervisão da minha orientadora de estágio. Após sessões de observação clínica, observamos que ainda apresenta dificuldades de integração com os pares e a rejeição à escola pela falta de motivação. No corredor da escola onde aguardava para ser chamado para a sessão é bastante evidente e notório uma expressão de rigidez emocional. O jovem A demonstra desmotivação relativamente à escola principalmente na matemática, referindo que não vai ser engenheiro e que não precisa de aprender geometria, “isto não serve para nada” (sic), o que o deixa numa angústia intrapessoal e interpessoal nas aprendizagens nomeadamente na disciplina de matemática “... a escola não sabe lidar comigo” (sic). O objetivo terapêutico neste ano letivo visa a promoção do sucesso escolar e a promoção de competências no domínio social.

3.3.1.1. Entrevista Clínica e Anamnese

Identificação

Nome: Caso A

Idade: 15 anos

Sexo: Masculino

Escolaridade: 9º ano Básica 2,3 Secundário de Stº António

O A é um jovem adolescente, 15 anos, do sexo masculino, caucasiano, de nacionalidade brasileira, que frequenta o terceiro ciclo do ensino básico, 9ºano. Vive em Portugal desde 2020 com a mãe e o padrasto.

Exame estado mental

O A, encontra-se vígil, colaborante e orientado no tempo e espaço, parece demonstrar um humor depressivo, pela visão negativa de si. Apresenta uma aparência cuidada, possui uma estatura física média e robusta, um olhar desviante. Mostra-se colaborante e cooperante com alguma amabilidade, apresenta um discurso com um fluxo lentificado, por vezes sem entoação afetiva, Aprosodia e Ecolalia, repetição de palavras ou frase curta. Além disso, demonstra um pensamento descarrilamento durante as suas conversas, pensamento elaborado passando para outro sem qualquer relação com primeiro, e com dificuldade ou quase ausência em explicar o seu significado ou semântica. Apresenta um humor depressivo e um temperamento ansioso, caracterizado por uma tríade cognitiva, a visão negativa de si mesmo, dos outros que o rodeiam e do futuro.

História Doença Atual

A Sintomatologia atual que o A apresenta no acompanhamento psicológico é a desmotivação e rejeição à escola. Atualmente está a tomar Risperidona 2mg á noite pelos sintomas apresentados na escola e em casa, como alterações de conduta e ouve vozes. Nas alterações de condutas segundo a diretora de turma “quase todos os dias pede um formulário na escola e anda no recreio com esse mesmo formulário a pedir aos alunos ou pessoas para preencherem alegando que o tratam mal verbalmente, de seguida entrega na secretaria”(sic).

História Clínica

A, nasceu no brasil e foi uma criança desejada pelos seus pais, filho único. A gravidez decorreu de uma forma tranquila e segundo a mãe “...foi uma gravidez calma e um tempo muito bom” (sic), sempre com acompanhamento sistemático do obstetra, gestação com trinta e oito

semanas, sem complicações no decorrer do parto, nasceu de cesariana com quatro quilos e segundo a mãe foram quatro dias com uma boa adaptação ao meio ambiente familiar e rotinas.

Quando A, tinha quatro dias de vida sofreu um acidente de viação com os pais. A, foi observado clinicamente no hospital, mas enviaram para casa com medicação. Durante dois dias apresentou sintoma de convulsões em casa e voltou ao hospital, realizaram uma Tomografia Axial Craniana e como resultado o diagnosticado foi um Traumatismo Craniano. Foi internado de imediato e esteve em coma induzido durante quarenta e cinco dias para desfazer o edema cerebral. Segundo a mãe, ele teve uma boa recuperação e após dois meses de internamento volta para casa. Referido pela mãe que a dinâmica familiar se alterou, a mãe refere “Começaram os problemas familiares, íamos fazer grande viagem até Rio Janeiro, viagem esta que eu não queria fazer dado ele ser recém-nascido, e o pai insistiu, até hoje eu me culpo e culpo o pai do A ” (sic).

Nas aquisições de desenvolvimento infantil o A, alimentou-se de leite materno até aos 10 meses, a passagem para a papa foi com 8 meses e para os sólidos mastigáveis foi fácil com 12 meses, sempre comeu de tudo, pelo que não apresentou qualquer dificuldade na passagem para a alimentação sólida. O controle dos esfíncteres foi aos 2 anos, desde que utilizou o bacio e aos 3 anos largou as fraldas. A higiene do sono sempre foi tranquila, e segundo a mãe ainda hoje tem facilidade em adormecer, Aos 5 anos passou para o seu quarto individual, este evento aconteceu quando foi morar só com a mãe e a avo materna. A, começou a gatinhar aos 8 meses, e segundo a mãe, “ sempre com um membro fora de contato com o chão ” (sic). Posteriormente, iniciou a marcha com 14 meses de idade. Nunca sorria, referido pela mãe “achei muito estranho, de início achava que o meu bebé não era muito simpático, depois ao longo dos meses, não era normal para o desenvolvimento dele” (sic). As primeiras vocalizações com 12 meses, mas a mãe não se lembra quais foram. Não realizava qualquer tipo de imitação nem dos pais, nem de outros, esteve em casa com a mãe até 12 meses, e segundo a mãe “ Achava muito estranho o A sentava sempre aos cantos da sala e não assistia a televisão mesmo sendo desenhos animados e não brincava”(sic), a mãe relata que este comportamento aconteceu até aos 2 anos. Aos 12 meses de idade frequenta a creche, não brincava e não interagia/socialização com os pares e citado pela mãe “ O mesmo comportamento em criança é igual agora em adulto, hoje só tem um amigo” (sic). Os pais face ao ritmo de desenvolvimento da criança: só se aperceberam a partir dos 12 meses. Quanto a separação ou angústia de separação, a ida para a creche, segundo a mãe, nunca foi percebida por ela em que de alguma forma tivesse impacto no A. Não se adaptou à creche e passado uns meses voltou para a casa, a mãe deixou de trabalhar para ficar com o A até aos 4 anos, idade que foi para a pré-primária. Aos 6 anos, entrou para o 1º ciclo e

iniciou um comportamento agressivo o que se prolongou no tempo até 7ºano. Aos 7 anos começa a aperceber que é diferente dos outros pares e segundo a mãe o A pergunta “Mãe, porque é que eu sou assim?” (sic).

Em 2020 veio para Portugal, a frequentar o 7º ano letivo 2020/2021. Apresentou o mesmo comportamento agressivo, rejeição à escola, dificuldade na socialização entre pares. É feito pedido de Acompanhamento Psicológico e beneficia das medidas de suporte à aprendizagem. Inicia acompanhamento psicológico em 2021, e o seu comportamento de agressividade apresenta melhoramento significativo. O ano letivo 2022/2023 continua a beneficiar de acompanhamento psicológico pelo motivo da rejeição à escola e desmotivação.

Atualmente as atividades / tempos livres são passados em casa a jogar videojogos. No ano transato teve uma atividade desportiva, o futebol, porém como ficava no banco começou a não querer comparecer aos treinos A mãe referiu que pretende matricular este ano, mas A não quer ir.

História Familiar

A mãe do A tem 43 anos, é de nacionalidade brasileira, é licenciada em Educação, e de momento está a tirar uma licenciatura em Sociologia, está atualmente desempregada, vive com um companheiro de nacionalidade inglesa desde que vieram para Portugal em 2020, já eram namorados ainda no Brasil, mas não viviam juntos. A avó materna do A reside no Brasil com 74 anos, o avô materno do A, morreu quando este tinha 3 anos, foi internado com Esquizofrenia e era alcoólatra. O pai do A, de 57 anos, vive no Brasil, foi diagnosticado com Epilepsia, é camionista de profissão. O avô paterno do A também tinha Epilepsia.

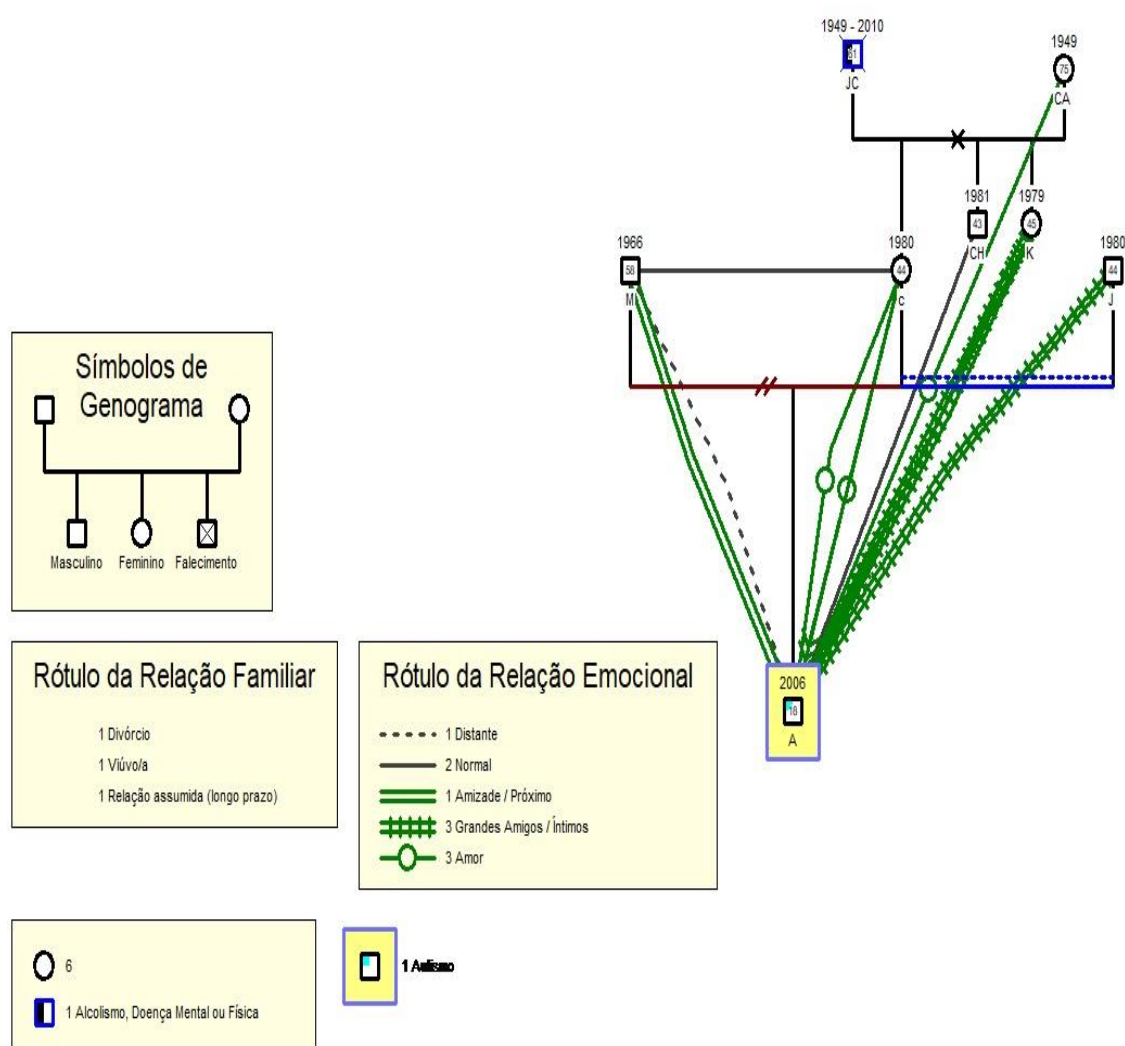
Os seus progenitores são divorciados há 11 anos. O divorcio aconteceu quando o A tinha 4 anos. A mãe do A foi viver para a casa da avo materna no Rio Janeiro, o Pai ficou a morar em Porto alegre a 1500km do Rio Janeiro, residência da avó materna. Desde os 4 anos que o A vive com a mãe e a avo materna, o pai ia visitar o A semestralmente, e segundo a mãe “depois do divorcio o A via o pai semestralmente, tanto pela distância de residência que ocorreu depois do divorcio como pela profissão do pai”. Esta refere que a relação do A com o pai é distante, no entanto próxima e segundo a mãe “Todos os meses o A fala via internet com pai e quando vai de férias ao Brasil normalmente semestralmente no Natal e em julho, está 1 mês com o pai” (sic), e segundo a mãe tem uma boa relação com o pai e com ela, considera-se uma mãe presente. Também, tem uma boa relação com o padrasto, é quem Joga com ele em casa. Têm um nível económico médio alto.

Em 2020 o A, a mãe e o namorado vieram para Portugal, os motivos foram tanto profissional por parte do companheiro da mãe, Consultor na área de equipamentos

farmacêuticos, bem como o outro motivo e mais importante segundo a mãe, o comportamento muito agressivo do A nas escolas do Brasil e segundo a mãe “com a realidade da sociedade do brasil com violência, eu tinha muito medo que acontecesse alguma coisa ao A, pelo seu comportamento agressivo na aula e com os colegas” (sic).

Atualmente, vive com a mãe, sua representante legal e o companheiro da mesma. O A Tem dois tios maternos, uma tia que reside perto da residência do A, é o suporte familiar, e o tio materno que vive no Brasil e do qual tem contato.

Figura 1 - Genograma do Caso A



3.3.1.2. Acompanhamento Psicológico

O Acompanhamento Psicológico teve como objetivo terapêutico a tentativa de diminuição do sofrimento com base na abordagem humanista, centrada na Pessoa de Carl Rogers.

As cinco sessões de observação ocorrerem entre o mês de outubro e novembro, pelo que o caso clínico A de acompanhamento psicológico foi atribuído no mês de dezembro com termino em maio de 2023.

Realizado em 12 sessões. A sessão tem como Setting o gabinete de Psicologia da escola, num tempo de atendimento de 50 minutos.

Foi realizada a entrevista com a mãe do jovem A em março de 2023, o A não quis estar presente. Foi feito sumários ao longo das sessões realizadas com a descrição e registros das mesmas (Consultar Anexo B). Também, foi elaborado o Relatório de Acompanhamento Psicológico respectivamente do 1º período, 2º período e 3º período escolar (Consultar Anexo C).

Deste modo, é-me atribuído este caso no âmbito do meu estágio académico sob a supervisão da minha orientadora de estágio. O objetivo terapêutico neste ano letivo visa a promoção do sucesso escolar e a promoção de competências no domínio social.

Após algumas sessões de observação clínica, observamos que ainda apresenta dificuldades de integração com os pares e a rejeição à escola pela falta de motivação. No corredor da escola onde aguardava para ser chamado para a primeira sessão é bastante evidente e notório uma expressão de rigidez emocional. Na sessão o jovem A demonstra desmotivação relativamente à escola principalmente na matemática, referindo que não vai ser engenheiro e que não precisa de aprender geometria, “Isto não serve para nada...”(sic), o que o deixa numa angústia intrapessoal e interpessoal nas aprendizagens nomeadamente na disciplina de matemática “... a escola não sabe lidar comigo” (sic). A queixa do A é a desmotivação à escola e a dificuldade de interação com os colegas, refere que “Não gosto da escola, não quero estar aqui, ninguém me compreende, a escola não sabe lidar comigo” (sic).

Ao longo das sessões trabalhamos sentimentos como a frustração e a desmotivação face à dificuldade de aprendizagem em oposição à exigência da matéria nomeadamente matemática/geometria). A Desmotivação, tristeza e falta de compreensão que o A sente pelos pares na comunidade escolar, trabalhamos através de resposta compreensão empática e devolução de sentimentos. Observamos que as primeiras sessões foram de longos períodos de silêncio, que nos pareceu em processamento cognitivo ao rececionar a resposta de compreensão empática, no entanto também observamos que, existe uma Dissociação entre cognição e emoção e naqueles minutos algo acontece dentro dele, a expressão muda, o olhar muda, o corpo curva.

Também, achamos pertinente trabalhar a autorregulação por apresentar algum comportamento mais desadequado, como querer sair da sessão sem qualquer motivo, abrir a janela e gritar para o pátio, repetir várias vezes a vontade de não querer estar na sala. De acordo com Bandura (1996), a autorregulação refere-se à capacidade de regularmos o nosso próprio comportamento, que ao longo da vida o indivíduo estabelece objetivos para si próprio, restringindo assim as discrepâncias entre suas realizações e seu objetivo, porém, essas discrepâncias quando estão ausentes o indivíduo consegue estabelecer novos e diferentes objetivos para si próprio. Surge assim uma discrepância entre onde a pessoa se encontra e onde deseja estar. Para tal, as nossas habilidades e esforços vão no sentido de precisarmos atingir os

objetivos a que nos propusemos. É o chamado processo de Autorregulação. Bandura afirma que este processo é afetado por fatores ambientais, ou seja, externos ao indivíduo, mas também por fatores internos (Feist et al., 2015).

Na 4ª sessão trouxe novamente o tema da matemática e do desgosto pela professora de matemática e da dificuldade de ter amigos “Não gosto da professora matemática” (sic). A linguagem corporal nesta sessão foi diferente, sentou-se de frente para mim. Nesta sessão observamos que foi o ponto de viragem na nossa relação terapêutica, a aceitação por parte do A, que estou ali para o escutar, e da autoaceitação das suas dificuldades e sentimentos relativamente à escola, “eu não sei socializar com as pessoas, eu não sou saudável porque não aprendo matemática” (sic), estabeleceu-se a aliança terapêutica, a comunicação não verbal foi notória, o A começou a ficar mais descontraído, menos rígido, a sua postura corporal mudou, expressou-se sempre de frente para mim, pelo que não era habitual nas sessões anteriores. De acordo com Brodley (1997) a atitude não diretiva, no qual o indivíduo tem o poder de se dirigir a si mesmo bem como o terapeuta é considerado um guia no processo da relação de ajuda contribui na promoção do auto empoderamento da pessoa.

Este tema foi trabalhado durante algumas sessões, ele precisa de validação do que sente em relação à professora de matemática, zanga, revolta, chateação, incomodo, raiva, porém voltou a mencionar que não precisa da escola, muito menos da geometria, “não vou ser engenheiro e a matéria não serve para nada” (sic). Sente-se angustiado, frustrado e ansioso pela dificuldade que sente nas aprendizagens. Apresenta algumas estereotipias, como tapar as orelhas, colocar as mãos na cabeça, estereotipias estas que aparecem em quase todas as sessões.

Também, é notório a dificuldade em se orientar no tempo e de se organizar, precisa de se estruturar, ter o dia controlado, o contrário desorienta-o, estamos a trabalhar o planeamento do dia, trabalhamos estratégias como: ter um relógio de pulso; fazer um horário para colocar no frigorífico e casa; outro para colocar na mochila, outra na carteira onde tem o cartão da escola. O facto de ter um calendário em casa em que todos os dias possa ver a data, orienta-o também na sessão. Começamos a iniciar a sessão com a orientação do tempo e do espaço, faz parte dos parâmetros do exame estado mental como: Data, local, hora e organização do dia, ele refere que assim sabe o que fazer.

Também, foi proposto trabalhar o absentismo escolar ao longo das sessões, porque ele refere “eu quero desistir da escola ou mudar de escola, mas a minha mãe não quer que eu mude de escola e que eu tenho que tirar um curso superior” (sic). Na 10ª sessão, o A refere que mesmo não gostando da escola, vai continuar para o próximo ano letivo com o objetivo de “preciso do 12º ano para ir trabalhar e ganhar dinheiro para quando acabar a escola, mas não sei o que

escolher, a minha mãe diz que quer que seja engenheiro, se não ...não vou ser ninguém” (sic). Foi proposto uma sessão com a Psicóloga da escola de Orientação Vocacional, ao qual expus por email, como me foi solicitado, referindo a importância de uma avaliação de orientação vocacional para o A.

3.3.1.3. Discussão Clínica e Reflexão do Caso à luz da Abordagem ACP

Segundo a teoria do Desenvolvimento Psicoafectivo de (Hipólito, 2011) as implicações psicopatológicas dos traumas que ocorrem ao longo da vida, favorece uma compreensão e uma visão holística do indivíduo nas suas potencialidades à tendência atualizante. Partindo desta premissa e por base na evidência científica da Abordagem Centrada na Pessoa, este estudo de caso é analisado e conceptualizado à luz desta abordagem humanista.

No caso do jovem A, temos um Evento Crítico e o Trauma nas Potencialidades pelo o traumatismo craniano, o acidente traumático proveniente do acidente de viação quando o A tinha 4 dias de vida, que de alguma forma pode explicar alguns dos traumas e comportamento no desenvolvimento biopsicossocial, um trauma de origem biológica com consequências sociais, biológicas e psicológicas, cuja génese manifesta-se na introjeção das condições de valor ao longo da sua vida com a mãe, Condições valor introjetadas do A pela sua mãe na premissa (tu só tens valor para mim, se....), causa sofrimento e angustia, o pai é muito distante, mas a mãe é excessivamente protetora e exigente, a Estima de si, o valor de si, ele sente que não tem valor como ele é para a sua mãe, bem como na aceitação pelos pares “Eu não sei socializar com as pessoas, eu não sou saudável porque não aprendo matemática...” (sic), Autoaceitação, sente que para ser amado pela mãe tem que ter um bom futuro e ter dinheiro, referido várias vezes ao longo das sessões do acompanhamento psicológico.

Ele está em sofrimento por se sentir diferente, não ter o mesmo nível de aprendizagem como os seus pares, quer no desenvolvimento emocional, cognitivo e social, apresenta também problemas graves e persistentes ao nível do rendimento e do progresso académico, que apesar de colaborar nas atividades sugeridas, apresenta frequentemente sintoma de insegurança relativamente às suas capacidades. Refere que já é grande e não sente que tem autonomia, porém o Conteúdo Latente é manifestado através da dependência demonstrada ao longo das sessões, fomos trabalhando algumas competências de encorajamento, e a frustração. Ao longo das sessões, é referido várias vezes que se sente deficiente, provocando nele muita frustração. Locus Controlo Externo é evidente ao longo das sessões, menciona que ninguém o compreende e que os outros não gostam dele, “ eles falam mal de mim, chamam-me de maluco” (sic), causando

um sentimento de inferioridade em relação aos seus pares, expresso num Locus Controlo Interno “ Eu sou deficiente”, a desvalorização de si mesmo.

A Dissociação entre o *Self* Real vs. *Self* Desejado é expresso verbalmente “ as pessoas não me compreendem” (sic), com a consciencialização que de facto tem dificuldade em socializar. O *Self* Desejado do A é referido através do desejo de querer estar num mundo onde não houvesse pessoas. Os Sintomas Presentes orgânicos e neurológicos, apresenta um humor deprimido, persistente, delírio persecutório.

A psicopatologia parece-nos que pode ser explicada pelo evento critico e traumático do acidente e das sequelas físicas precoces no cérebro do A, assim as Condições Ótimas de Atualização está no apoio de todos os intervenientes que o ajudam a ultrapassar as suas dificuldades da vida dele, como a mãe (psico-afetivo), a professora e diretora de turma, o professor apoio, o pedopsiquiatra, a psicóloga, o internamento no coma induzido, e apesar das suas limitações, com todos os apoios em seu redor, ele vai conseguindo pelas suas (Hipólito, 2011) potencialidades em direção à atualização dessas potencialidades, colocando em ação as forças de autocura. Ainda de acordo com o autor (Hipólito, 2011), refere que segundo Carl Rogers, a vida manifesta-se através de uma tendência formativa constante e crescente com especificidades única e própria do individuo, a tendência atualizante, implícito no desenvolvimento do ser humano.

Na discussão das hipóteses levantadas de diagnostico do caso A, este encontra-se em sofrimento e vulnerabilidade emocional, cognitiva e psicológica. Verifica-se um atraso no desenvolvimento intelectual e segundo DSM-V classifica-se por Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) com Défice intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Num conjunto de sintomas e comportamento observados são descritos como dificuldade de interação social, défice de reciprocidade socioemocional, pouco contato visual, incapaz de compreender o outro, dificuldade em envolver em jogos imaginativos, (só joga UNO) não quer mais nenhum, interesses restritos, evitamento à mudança, porem quando está passear com a mãe e o padrasto ele acaba por gostar, relatado pelo A, assim sugere-nos neste contexto provável de Perturbação do Espectro do Autismo com comorbilidade de Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção, apresenta dificuldade na compreensão e resolução de problemas e memorização de conceitos, regras e formulas matemáticas, pensamento abstrato, e logico com memória comprometida, ainda apresenta alguns episódios de delírio persecutório, como ouvir vozes, sentir que o perseguem e que falam nos corredores da escola e no pátio, em como ele é maluco. Assim, segundo Melo (2006), as pessoas com estes

sintomas identificados atribuem a causa do seus pensamentos e intenções aos outros, numa errada interpretação das intenções dos que o rodeiam.

Deste modo, a abordagem não-diretiva regida pelas seis condições necessárias e suficientes no processo terapêutico, que segundo Rogers (2003) a criança tem de ser aceite tal e qual como ela é por parte do terapeuta, sem procurar moldá-la, servindo como um facilitador no processo da relação de ajuda. Hipólito (2011), a criança desenvolve-se numa díade entre o desenvolvimento físico e psicológico percecionando os limites do *Self* organismo tomado a consciência da relação com o mundo exterior.

A tendência atualizante possibilita ao jovem ao longo da terapia encontrar a liberdade de manifestação de sentimentos e emoções, no sentido de experienciar as suas forças na consciencialização do Locus Controlo Externo seu processo terapêutico, como resultado a diminuição do seu sofrimento.

Assim, as condições de valor, na dissociação entre a sua própria experiência e o que isso simboliza é integrado através da sua perceção, facilitando assim, a construção de um projeto de vida tão normativo quanto possível, adequado e adaptado às suas necessidades enquanto percurso académico e pessoal.

Concluimos que, a Terapia Centrada no Cliente pode ajudar o jovem do caso em reflexão, na autorregulação, na aquisição de estratégias de *Coping* para a sua autonomia e motivação à escola, aprendizagem e consciencialização da mesma para uma compreensão do meio ambiente em contexto escolar e familiar através dos docentes e família na aceitação da ajuda através dos outros num processo contínuo e consistente de reforço positivo. A validação por parte de um adulto é fundamental como demonstração do sucesso alcançado através da promoção de competências e conhecimentos por forma a ser aplicado no seu dia a dia para a estima de si.

3.3.2. Estudo do Caso B / Avaliação Psicológica

Tabela 2 - Cronograma da Avaliação Psicológica

Data	Sessão	Atividade e objetivo terapêutico
16 maio 2023	1º	Recolha de informação, diagnosticar as condições da problemática (motivo do pedido). Observação livre no pátio do recreio da escola do funcionamento global da criança e o seu desenvolvimento emocional e social com os seus pares.
23 maio 2023	2º	Entrevista clínica com encarregada educação
6 junho 2023	3º	Aplicação Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III), com o objetivo de avaliar importantes áreas do funcionamento intelectual, perceber e confirmar ou refutar problemáticas cognitivas, emocionais e comportamentais deste aluno, que se destaca a dificuldade de organização e realização das tarefas, a dificuldade na aprendizagem aritmética e no desenvolvimento da linguagem bem como a capacidade de concentração.
13 junho 2023	4º	Aplicação Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III)
20 junho 2023	5º	Aplicação Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III)
27 junho 2023	6º	Teste da Atenção D2 com objetivo de avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração.
10 julho 2023	7ª	Teste do Desenho da Figura Humana tem como objetivo medir o desenvolvimento intelectual.

12 julho 2023	8º	Teste do Desenho da Família com o objetivo do estudo da personalidade e o relacionamento do meio ambiente familiar onde se insere
------------------	----	---

Apresentação do Caso Clínico

A Avaliação Psicológica (AP) surgiu por sugestão da orientadora do local de estágio e psicóloga da instituição. Por algumas variáveis externas menos abonatórias, como greve de professores nos dias de atendimento nesta escola, pelo atraso por parte da EMAI na atribuição dos casos referenciados para avaliação psicológica a juntar-se o início das férias escolares, a avaliação psicológica ao B surgiu tardiamente no âmbito do meu estágio acadêmico. Porém, com boa vontade dos intervenientes e família, foi adequado à necessidade e celeridade na apresentação dos resultados da avaliação ao aluno, para assim apresentar à família, à escola para que a EMAEI no início do próximo ano letivo determine as medidas de suporte à aprendizagem e inclusão a partir da análise desta informação.

Motivo do pedido

O pedido da avaliação psicológica foi identificado pela professora titular de turma pela necessidade de determinar as medidas de suporte às aprendizagens e inclusão a mobilizar mais adequadas ao perfil do aluno conforme Decreto-Lei 54/2018.

Segundo a professora titular de turma, o aluno apresenta dificuldade na capacidade de atenção seletiva e concentração pelos erros de distração com impacto na organização e conclusão das tarefas. Também, observa-se movimentos involuntários rápidos do corpo, como braços e cabeça e sons espontâneos enquanto executa trabalhos em sala de aula.

3.3.2.1. Entrevista Clínica e Anamnese

Identificação

Nome: Caso B

Escolaridade: 2ºano EB1

Data da avaliação: 27 de junho de 2023

Idade no momento da avaliação: 8 anos

A criança caso B, 8 anos, do sexo masculino, caucasiano, de nacionalidade brasileira, que frequenta o 1º ciclo do ensino básico. Vive em Portugal há 7 anos com a mãe, o pai e a irmã de 12 anos.

Exame estado mental

O caso B, encontra-se vígil, colaborante e orientado no tempo e espaço, parece demonstrar alguma distração. Apresenta uma aparência cuidada, possui uma estatura física média e robusta. Mostra-se colaborante e cooperante, uma criança meiga e afetuosa.

História Clínica

Segundo a entrevista clínica com a mãe, o agregado familiar é constituído por mãe com 41 anos, Confeiteira, pelo pai com 43 anos, motorista de pesados e a irmã com 12 anos.

A família é de nacionalidade brasileira, e vivem em Portugal há 7 anos.

A gravidez decorreu com alguns episódios de risco de aborto, pela perda de sangue, detetou-se síndrome do ovário poliquístico pelo que manteve em repouso durante a gravidez, nasceu de cesariana às 37 semanas, pelo que removeu um ovário logo após o parto, razão de perda de leite materno, não amamentou.

No desenvolvimento infantil as aquisições foram dentro do tempo expetável para a sua faixa etária, a linguagem aos 12 meses, a marcha aos 14 meses.

Em 2016 a família veio para Portugal para oportunidade de melhor emprego, o Carlos tinha 1 ano de vida.

Foi para uma ama aos 2 anos de idade durante 1 mês, por suspeitas de maus-tratos a mãe retirou-o da ama, “o meu filho chorava muito” (sic).

O seu percurso escolar, teve início numa creche no Barreiro durante 4 meses pelo que a mãe considerou longe de casa e ele ingressou em outra creche mais perto da residência, onde permaneceu só 2 meses, a mãe refere que sentia discriminação pela sua nacionalidade “senti discriminação por ser brasileira, mas o meu filho estava bem na creche” (sic).

Voltou para a primeira creche que frequentou até aos 4 anos de idade. Foi relatado pela Educadora como um menino agitado e com dificuldade em cumprir regras, no entanto segundo a mãe, o B gostava bastante de ir para a creche.

Em 2020 com 5 anos ingressa no Jardim infância.

Em setembro de 2021 ingressa na Escola Básica Mendonça, em novembro do mesmo ano a família foi de férias para o Brasil e só regressou em janeiro, pelo que o B perdeu 2 meses de aprendizagem.

Em fevereiro de 2022 ingressou na Escola Básica nº8 no Barreiro respetivamente no 1º ano do 1ºciclo no AE Augusto Cabrita.

A mãe descreve B como “um menino amoroso e expansivo (...) que faz amigos com facilidade” (sic). A preocupação da mãe passa pela dificuldade que ele apresenta em se esquecer das tarefas solicitadas pela progenitora, “ distraído ao extremo, esquece as tarefas que eu lhe peço, o pai é igual (...) ”e emite sons há 2 a 3 meses em casa ou no carro” (sic).

A mãe associa as dificuldades na escola ao facto de “ desde a nossa viagem em 2021/2022 que ele diz que quer ir viver para o Brasil”.

A criança frequenta o ATL no Barreiro e segundo a mãe a coordenação do ATL informou que o filho há uma semanas a esta parte mostra desinteresse e lentificação na realização das tarefas.

Os interesses do B estão relacionados com o Futebol, tocar um instrumento musical, a bateria, Jogar *Beyblade*, Apanhada e escondidas. Toca Bateria há 4 meses na igreja que frequenta.

3.3.2.2. Observação do Comportamento Durante a Avaliação e Instrumentos de Avaliação

No decorrer das sessões de avaliação psicológica o B revelou ser uma criança colaborante, afetuosa, educada e empática.

Ao nível da linguagem fala muito depressa e omite algumas palavras aleatórias (i.e., com, muito, o, a) que nos parece distração, falta de vocabulário e um léxico de português de Portugal com o Português do Brasil. Ele usa muitas palavras do português do Brasil, sendo que observamos alguma dificuldade em se expressar seja pela utilização de linguagem não-verbal ao invés da linguagem verbal quando é colocada uma pergunta ou explicação, seja pela mistura de léxico das palavras dos dois países, no entanto, parece-nos que o B tem uma preferência para falar o português do Brasil e não o português de Portugal, esta observação pode remeter para a aculturação, pelo que nesta fase de desenvolvimento da linguagem, a aprendizagem ainda é uma adaptação na fusão das duas culturas por meio da combinação de traços originais e estrangeiros, isto é, o português de dois países. Nas sessões de avaliação psicológica não observámos a emissão de sons por parte do B conforme descrito pela professora e pela mãe.

Observamos que se distrai com muita facilidade, seja com sons no exterior ou com elementos distratores ao seu redor, bem como apresenta dificuldade em se manter sentado na cadeira, querendo sempre dar exemplos ou explicar algo com o corpo através da linguagem não-verbal, levantando-se da cadeira frequentemente e gesticulando para explicar ou apontar para algum objeto. Na realização de algumas provas revela alguma impulsividade, seja na

escuta das instruções ou cumprir as regras, pelo que algumas das tarefas só desenvolve ou termina com reforço positivo.

Instrumentos Utilizados:

- Entrevista Clínica
- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III)
- Teste da Atenção D2
- Teste do Desenho da Família
- Teste do Desenho da Figura Humana

3.3.2.3. Resultados da Avaliação Psicológica

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças-WISC III (6-16 anos)

Na avaliação cognitiva de habilidade verbal e de desempenho foi aplicada a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças-WISC III dos 6 aos 16 anos (Wechsler, 2003) com o objetivo de avaliar o funcionamento intelectual da criança pois permite identificar a nível global o seu desempenho cognitivo que possa estar subjacente dificuldades de aprendizagem.

De acordo com os resultados conforme (Anexo D) trata-se de uma criança com um nível cognitivo significativamente abaixo dos valores médios esperados QI de Escala Completa (P 66). Apresenta um perfil homogéneo, pelo que não existe diferenças significativas entre ambas as escalas QI verbal (P 7) e QI realização (P 3).

Na escala verbal, apresenta um nível significativamente mais baixo no sub-teste Compreensão que nos remete para a compreensão de regras e conceitos a nível social, dificuldade de argumentação e flexibilidade mental. No nível mais alto os sub-testes Aritmética e Vocabulário, respetivamente refere-se à função de calculo mental e aprendizagem, porém ambos ligeiramente abaixo da média.

Na escala de realização, os resultados no sub-teste Complemento de Gravuras é significativamente abaixo da média, esta prova apela à memória visual pelo que pode ser um indicador de impulsividade e dificuldade de concentração/atenção, organização visual e raciocínio, o sub-teste Cubos está ligeiramente acima da média, apela à capacidade de organização e processamento viso-espacial/não-verbal, a criança B é capaz de reconhecer erros evidentes, no entanto precisa de tempo, um ponto forte a partir do índice da inteligência não-verbal remete para um satisfatório resultado no funcionamento a recurso viso-perceptivo, capacidades construtivas, coordenação, rapidez psicomotora.

Teste da Atenção D2

Foi aplicado o Teste da Atenção D2, permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração dos indivíduos. Mede a velocidade de processamento da informação, a precisão de acordo com o desempenho (Brickenkamp, 2007).

De uma maneira geral, o resultado conforme (Anexo E) sugerem que a criança apresenta uma capacidade de concentração e atenção abaixo da média para a sua idade.

O seu desempenho global e a capacidade de concentração (P 2) encontra-se abaixo da média dos valores considerados para o seu grupo etário.

A criança realiza a tarefa de forma pouco eficaz embora ao nível da capacidade de processamento da informação os resultados demonstram rapidez. Através de análise dos erros, os mesmos são maioritariamente por omissão, o que nos indica uma dificuldade ao nível do controlo de atenção. Em termos de consistência do desempenho, o parâmetro do índice de variabilidade revela oscilações na velocidade de processamento de informação num fraco desempenho bem como um baixo nível de precisão, isto é, o Total de Acertos avalia e mede o desempenho de precisão e eficácia na realização da tarefa pelo que obteve um resultado de 76 pontos no (P 3), encontra-se abaixo da média dos valores esperados para a sua faixa etária, assim a criança realiza a tarefa de forma pouco eficaz.

Ao nível da capacidade de processamento da informação os resultados demonstram rapidez. Através de análise dos erros, os mesmos são maioritariamente por omissão, o que nos indica uma dificuldade ao nível do controlo de atenção. Em termos de consistência do desempenho, o parâmetro do índice de variabilidade revela oscilações na velocidade de processamento de informação num fraco desempenho bem como um baixo nível de precisão.

Em síntese, os resultados remete-nos para um nível significativamente abaixo da média esperado para a sua faixa etária.

Teste do Desenho da Família

Através da aplicação de testes projetivos o Teste do Desenho da Família, tem como objetivo o estudo da personalidade e o relacionamento do meio ambiente familiar onde se insere (Campos, 1993).

Foi solicitado que a criança B desenha-se uma família conforme (Anexo F).

O B desenhou logo a sua família real. Foi aplicado o questionário conforme (Anexo G). A criança apresentou bastante resistência à produção gráfica da família, pelo que nos pode indicar autocrítica profunda. O B sente-se como membro que participa na família, assim como

os restantes elementos, pai, mãe e irmã. Respeita a hierarquia da família nuclear, porém observamos algum afastamento relativamente aos progenitores, o que colocamos como uma probabilidade a vontade de ir para o Brasil, um indicador foi expresso pelo B durante a avaliação “esta é a minha família, é antes de vir para Portugal, é no Brasil” (sic), pelo que ele desenha a sua família ainda no Brasil. Observamos uma personalidade narcísica que pode estar relacionado com o seu autoconceito numa tendência de se concentrar em si mesmo, pelo que desenha-se como um menino pequenino na terceira ordem da sua família, logo a seguir à mãe e antes da irmã de 12 anos, pelo que representa a irmã com a idade atual e ele com a idade antes de vir para Portugal, com 1 ano idade pelo que pode remeter para uma imaturidade emocional, ele revê-se ainda como um bebé.

Teste do Desenho da Figura Humana Goodenough

No Teste do Desenho da Figura Humana através da produção gráfica infantil tem como objetivo medir o desenvolvimento intelectual, a expressão das emoções, pensamentos e as suas percepções, permitindo a criança expressar-se em linguagem não verbal. O desenho faz parte do processo de crescimento e de desenvolvimento infantil. uma medida de “maturidade intelectual” (Harris, 1963).

O resultado foi interpretado conforme normas do manual de (Campos, 1993, p. 74-93) mostrado conforme (Anexo H). Assim, o resultado do desenho da família real que a criança desenhou conforme (Anexo I) aponta para um sinal de compensação, rebeldia e sentimento de menos valia à figura masculina. Mostra um autoconceito de si mesmo como uma figura que pretende ter mais atenção, no entanto revela força, energia e adaptação, sugere-nos alguma habilidade para recorrer a fantasia como meio compensatório ou de vergonha.

Apresenta alguns traços de passividade e insegurança frente aos problemas que possam surgir, e traço de personalidade narcísica, relativamente à figura feminina apresenta algum sentimento de imaturidade afetiva.

3.3.2.4. Discussão e Conclusão Clínica dos Resultados Apresentados

Concluimos que, o B apresenta limitações cognitivas, ou seja, Incapacidade Intelectual a um grau leve, que comprometem as aprendizagens académicas. Não obstante e de referir que o seu nível de concentração e atenção seletiva é muito baixo o que tem impacto na realização e eficácia de tarefas. Não obstante e de referir que o seu nível de concentração e atenção seletiva é muito baixo o que tem impacto na realização e eficácia de tarefas.

Pelo que sugerimos o reforço positivo por um adulto para ajudar a criança a focar na realização da tarefa, bem como o tempo que ela precisa para a realizar, um fator favorável às aprendizagens.

De acordo com os critérios do DSM-V a Incapacidade Intelectual impacta de modo significativo a nível cognitivo pelo que o aluno deve beneficiar das medidas educativas de suporte à aprendizagem e inclusão adequadas ao perfil do aluno conforme Decreto-Lei 54/2018, através da implementação de práticas pedagógicas em sala de aula com recurso a materiais, ferramentas e métodos de suporte com vista a manter elevada expectativa de aprendizagem de forma a proporcionar o seu envolvimento por meios dos seus interesses.

Conjuntamente pretende-se, a identificação e remoção das barreiras às aprendizagens de forma a maximizar a oportunidade das suas competências, permitindo que o aluno adquira conhecimentos e que possam ser expressos de maneira heterogénea ou diversificada. Proporcionar opções de autorregulação com vista ao aumento do tempo na realização de tarefas face às distrações bem como momentos de autorreflexão e autorreforço.

Sugerimos algumas linhas orientadoras que possam ajudar a criança a focar nas tarefas, como sentar a criança na primeira mesa próximo à mesa do professor sem elementos distratores na mesa, no momento de realização da tarefa colocar apenas o material a trabalhar. Atividades lúdicas, dinâmicas com regras claras com pouco tempo de duração. Considerar intervalos de descansos entre uma atividade e outra. Organização dos materiais como etiquetar, sublinhar, colorir as partes mais importantes de uma tarefa, texto ou prova. Uso de estímulos visuais para que possa assimilar rotinas com maior facilidade.

Segundo o DSM-V, levantamos como hipótese concomitantemente uma comorbilidade de Perturbação de déficit de atenção/hiperatividade, pelo que sugerimos o Acompanhamento Psicopedagógico individualizado para confirmar ou refutar esta hipótese.

Recomendamos uma comunicação eficaz ao nível da parentalidade, como reforço positivo, explicação e organização de tarefas com recurso a materiais que possa etiquetar, sublinhar e atribuir cor preferida do B.

PARTE III- CONCLUSÃO

4.0. Discussão e Reflexão Final

O meu estágio académico em contexto escolar inicialmente tornou-se um desafio difícil pelo a população-alvo a trabalhar, porém ao longo do tempo tornou-se motivador, enriquecedor e emocionalmente gratificante.

Findados nove meses de estágio em contato com a comunidade escolar, a oportunidade de compreender e vivenciar momentos particulares e ímpares de crianças e jovens nas suas histórias de vida tão curtas em idade, mas tão intensas emocionalmente torna-se mais resiliente e reflexiva de como a prática da psicologia pode ajudar e transformar pessoas, bem como a importância do cuidado incondicional positivo e da empatia na prática profissional. A criança é um ser vulnerável e moldável, pelo que é da nossa responsabilidade proporcionar e facilitar o seu desenvolvimento académico e como Pessoa.

Também, o contato com os jovens com NEE da unidade CAA foi bastante impactante pela oportunidade de observar a resiliência e a força de viver destes jovens nas suas necessidades únicas e tão diferenciadoras.

Trabalhar com crianças é uma experiência avassaladora, admirável e surpreendente. Contribuir para o bem-estar psicológico na relação de ajuda com o objetivo de diminuir o sofrimento destas crianças e jovens, bem como a entrega incondicional das suas vulnerabilidades no estabelecimento da relação terapêutica permite crescer enquanto futura psicóloga e pessoa.

Ao longo do relatório exploramos o desenvolvimento infantil em contexto escolar com base na abordagem humanista, e a importância do regime jurídico expresso no Decreto-Lei nº54/2018, de 6 de julho para alunos com dificuldades de aprendizagem com base em diagnósticos de avaliação psicológica. Este decreto-lei pretende responder às necessidades levantadas e diferenciadoras de cada aluno com objetivo normas à inclusão e equidade dos alunos na faixa etária dos 6 aos 18 anos, do 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo e secundária com NEE de carácter permanente.

Ao longo do estágio discutimos as respostas educativas específicas na promoção da autonomia e aprendizagem para a inclusão da criança e jovem referenciada com NEE de forma a maximizar as oportunidades de aprendizagem mais adequadas ao seu perfil, e vivenciar experiências de sucesso à sua otimização biopsicossocial e sucesso académico.

O Psicólogo enquanto parte integrante da equipa variável multidisciplinar do CRI procura promover e atribuir novas metodologias e estratégias centrado no aluno, nas suas necessidades

específicas e na sua interação com o meio onde se insere no desenvolvimento e otimização das suas potencialidades.

A identificação e referenciação é iniciada e desenvolvida pela EMAEI e encaminhada para a coordenação do CRI, os casos são discutidos em reunião da equipa e priorizados em função das necessidades.

O psicólogo efetua a avaliação psicológica e acompanhamento psicológico nos diferentes agrupamentos das escolas aos alunos enquadrados pelo decreto-lei nº54/2018. O papel do psicólogo no CRI em parceria entre a instituição e os agrupamentos de escolas atua numa perspetiva maioritariamente multidisciplinar. A incrementação, implementação e aplicação de recursos físicos, materiais e humanos especializados às necessidades educativas específicas dos alunos favorece o sucesso académico com vista à intervenção especializada e um acompanhamento psicológico individualizado adaptada às necessidades e características de cada criança ou jovem com NEE através de um modelo de educação inclusiva.

Discutimos os princípios e as implicações éticas e legais no exercício da prática clínica assegurando sempre o interesse da criança. A relação de ajuda e o apoio é orientado no sentido da ação para a mudança de atitudes sociais na dignificação da criança ou jovem com deficiência enquanto cidadão de pleno direito.

Também, podemos observar como que os estilos parentais podem exercer influencia no desenvolvimento da criança e jovem, isto é, podem influenciar nas atitudes e comportamentos escolares da criança, que podem criar no seu autoconceito alguma desarmonia emocional o que eventualmente poderá vir a ter impacto no crescimento pessoal. Desta forma, discutimos estratégias de *coping* adequadas para gerir sentimentos e emoções com vista à sua estabilidade emocional, como a autoestima, segurança e autoconfiança, que contribuiu para o seu bem-estar psicológico.

Também, foi realizado trabalho administrativo, na elaboração e redação de relatórios técnico-pedagógico. Após a realização da AP e mediante o motivo do pedido faz também parte da competência do psicólogo enquanto elemento da equipa variável da EMAEI auxiliar na elaboração do RTP do aluno onde são implementadas as medidas de apoio à educação inclusiva.

Deste modo, com base na Abordagem Centrada na Pessoa na teoria de Carl Rogers o processo de acompanhamento e intervenção psicológica na infância é fundamental para a criança viver as suas incongruências e ser vista como ela é, conforme é referido pelo autor (Hipólito, 2011) o ser humano deve ser visto como ser Pessoa, na sua totalidade como um Todo numa visão holística, em que dispõe de uma capacidade muito abrangente e global que dá sentido ao mundo.

Brincar ou desenhar é o meio natural de autoexpressão de crianças na simbologia das suas experiências. Esta ferramenta pretendeu ser facilitadora para os alunos em acompanhamento psicológico de forma a comunicarem os sentimentos e emoções no desenvolvimento do seu autoconceito num espaço livre e segurizante.

De acordo com as necessidades psicológicas dos alunos e como prática de intervenção psicológica foi aplicada a Ludoterapia Rogeriana não diretiva, com recurso a jogos pedagógicos e desenho livre de forma a proporcionar a autoexpressão de uma forma lúdica, num ambiente livre.

Como reflexão pessoal, este estágio forneceu um conjunto de competências, atitudes e técnicas na relação de ajuda e compreensão do ser humano. Entender o quadro de referência do outro e respeitar a sua narrativa e significados sem juízos de valor, torna-nos mais empáticos. A relação terapêutica estabelecida com crianças com NEE assente na abordagem Rogeriana ensinamos a dar o valor existencial e único de cada pessoa, dado que tem dentro de si uma tendência evolutiva e recursos necessários para a mudança.

Na psicologia clínica o *setting* é definido e estruturado em critérios que não é a realidade de muitas escolas públicas, e isso foi muito desafiante, questionável que faz-nos sentir em alguns momentos triste e impotentes diante do cenário que se apresenta. Somos promotores de ambientes saudáveis e as escolas públicas estão longe disso. Cabe a nós enquanto técnicos fazer nos ouvir e dentro do melhor possível proporcionar condições satisfatórias para um ambiente limpo e neutro que as crianças merecem.

Em síntese, o estágio académico consolidou os meus conhecimentos teóricos e contribuiu para a aquisição de ferramentas na prática clínica. Não é o fim, mas sim mais um início, num processo de aprendizagem continuo enriquecedor e transformador para a minha vida.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Araújo, R. B. APA. (2013). *Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-5*. In. Lisboa: CLIMEPSI.
- Araújo, M. D. G., & Vieira, M. J. (2005). Necessidades de saúde psicológica em crianças com deficiência mental. *Psicologia: ciência e profissão*, 25, 572-589.
- Bandura, A. (1996). Failures in self-regulation: Energy depletion or selective disengagement? *Psychological Inquiry*, 7(1), 20-24.
- Batista, C. A. M., & Mantoan, M. T. E. (2006). *Educação inclusiva: atendimento educacional especializado para a deficiência mental*. MEC, Secretaria de Educação Especial.
- Bertrand, Y., & Guillemet, P. (1994). *Organizações – Uma Abordagem Sistêmica*. Lisboa: SIG.
- Borges, P. (1987). *Introdução à psicologia do desenvolvimento* [Review of *Introdução à psicologia do desenvolvimento*].
- Brickenkamp, R. (2007). *d2-R Teste de Atenção Manual Técnico (1ªEd). revisado*. Lisboa. Editora Cegoc-Tea.
- Brito, R. A. C. D., & Paiva, V. M. B. (2012). Psicoterapia de Rogers e ludoterapia de Axline: convergências e divergências. *Revista do NUFEN*, 4(1), 102-114. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100009
- Brodley, B. T. (1997). The nondirective attitude in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 4(1), 18-30.
- Caminha, V. L., Huguenin, J. Y., Assis, L. M. D., & Alves, P. P. (2016). Autismo: vivências e caminhos. *São Paulo: Blucher*, 11, 1.
- Campos, D. M. S. (1993). *O teste do desenho como instrumento de diagnostico da personalidade validade, técnica de aplicação e normas de interpretação* (22nd ed.). Vozes Limitada. 93-97.
- Carvalho, A. S. B. (2016). *Perturbação do Espectro do Autismo: Conhecimentos e Preocupações dos Médicos de Família e Professores* [Dissertação de mestrado,

- Universidade da Beira Interior]. Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5180/1/4894_9710.pdf
- Castro, E. D., & De Souza, S. C. (2018). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Brasil Escola, Goiânia*.
- Cavalini, S. F. S., & Alves, I. C. B. (2011). As escalas de inteligência Wechsler para crianças (WISC) e as dificuldades de aprendizagem: revisão dos estudos. *DIRECTOR-EDITOR, 15*(2), 257-271. <https://citeserx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=0edc17d283048380606f452415d61d5443ed6179#page=39>
- Corman, L. (2003). O teste do desenho da família. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V (5ª. Ed.)*. Grupo A – Artmed.
- Da Silva Amorim, B (2011). A Psicopedagogia e a Abordagem Centrada na Pessoa. Da Fonseca, M. D. J. M. (2009). Carl Rogers: Uma Concepção Holística do Homem-da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno. *Millenium, (36)*, 3.
- De Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil-conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar, 25*(6), 669-76. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10693>
- De Salamanca, D., & da Ação, E. (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das Necessidades educativas Especiais. In *Conferência mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade*.
- De Souza, É. N. (2019). Grupo de orientação para pais de crianças com transtorno do espectro autista: manejando os comportamentos inadequados e estimulando o desenvolvimento no contexto familiar.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica—o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento, (19)*, 139-156.
- Dias-Viana, J. L., & Gomes, G. V. A. (2019). Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC): análise da produção de artigos científicos brasileiros. *Psicologia Revista, 28*(1), 9–36. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p9-36>

- DGE (2018). Direção Geral de Educação. Decreto-lei n.º. 54/2018 de 6 de julho. Diário da República n.º. 129/18 – I Série A. (2018).
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/dl_54_2018.pdf
- Especiais, E. (1994). Declaração de Salamanca. *Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades*.
- Feist, J., Feist, G. J., Roberts, T. (2015). Teorias da personalidade. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Ferreira, J. R. (1998). A nova LDB e as necessidades educativas especiais. *Cadernos Cedes*, 19, 7-15. <https://doi.org/10.1590/S0101-32621998000300002>
- Ferreira, I. M. D. M. (2011). *Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo de Caso*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Instituto Politécnico de Castelo Branco. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/700/1/Tese_Isabel_Ferreira.pdf
- Ferreira, R. (2015). Psicologia Clínica: Uma Perspetiva de Intervenção. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/1750>
- Freire, S. (2008). Um olhar sobre a inclusão. *Revista de Educação*, 5-20.
- Gomes, P. T. M., Lima, L. H. L., Bueno, M. K. G., Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111–121. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.009>
- Harris, D. B. (1963). El test de Goodenough: Revision, ampliacion y actualizacion. Barcelona: Paidós
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. (1st ed). Lisboa: EDIUAL.
- Lamm, C., Zelazo, P. D., & Lewis, M. D. (2006). Neural correlates of cognitive control in childhood and adolescence: Disentangling the contributions of age and executive function. *Neuropsychologia*, 44(11), 2139–2148. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2005.10.013>

- Lawrenz, P., Zeni, L. C., Arnoud, T. D. C. J., Foschiera, L. N., & Habigzang, L. F. (2020). Estilos, práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los?. *REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS (IMPRESSO)*.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. (2ª ed.). Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2011). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica* (2th ed.). Fim de Século.
- Leone, C. (1998). A criança, o adolescente e a autonomia. *Revista Bioética*, 6(1).
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. R. (2018). *The development of children*. Worth Publishers.
- Lima, S. M., & Laplane, A. L. F. D. (2016). Escolarização de alunos com autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22, 269-284.
- Lima, C. R. B. V. M. B. (2018). *Perturbação do Espectro do Autismo: Contributos para a caracterização do desenvolvimento da comunicação e da linguagem*. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32770/1/ulfl242735_td.pdf
- Lobato, C., & Al, E. (2020). *Intervenção em psicologia clínica*. Pactor.
- Luna, B., Garver, K. E., Urban, T. A., Lazar, N. A., & Sweeney, J. A. (2004). Maturation of Cognitive Processes from Late Childhood to Adulthood. *Child Development*, 75(5), 1357–1372. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00745.x>
- Kramer, P. (Ed). (2009). *Carl Rogers Tornar-se Pessoa*. (Tradutor Entre Letras).
- Maldonado, V. (2002). Educação inclusiva. *Revista de Psicologia da UNESP*, 1(1), 6-6.
- Martins, M. S. A. (2012). " À descoberta...": um programa de promoção de competências sociais e emocionais (Master's thesis, Universidade dos Acores (Portugal)).
- Meireles-Coelho, C., Izquierdo, T., & Santos, C. (2007). Educação para todos e sucesso de cada um: do Relatório Warnock à Declaração de Salamanca. In *Actas do IX Congresso da SPCE: Educação para o sucesso: políticas e actores* (Vol. 2, pp. 178-189).
<https://core.ac.uk/download/pdf/15567176.pdf>
- Melo, S. S. (2006). Delírios persecutórios: uma descrição das teorias e de estudos empíricos. *PSICOLOGIA*, 20(2), 187-201.
- Miller, P. (2022). Equity in Education & Society. *Equity in Education & Society*, 1(2), 183-185. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/27526461221111204>

- Miranda, J. A. A., & Filho, R. A. C. (2017). *A convenção da ONU de 2006 para as pessoas com deficiência: a universalização do conceito de deficiência sob a ótica dos direitos humanos*. *Rev. de Direitos Humanos em Perspetiva, Maranhão*, 3(2), 1-21.
- Monteiro, S., Sanches-Ferreira, M., & Alves, S. (2020). Implementação do Decreto-Lei n.º 54/2018: Experiências e perceções de uma equipa multidisciplinar. *Sensos-E*, 7(3), 70–86. <https://doi.org/10.34630/sensose.v7i3.3679>
- Neves, G. (2013 B.C.E.). *Teste do desenho da figura humana: validação e aferição do sistema de Wechsler à população portuguesa “madeirense* [Review of *Teste do desenho da figura humana: validação e aferição do sistema de Wechsler à população portuguesa “madeirense*]
- Nunes, O., Brites, R., & Hipólito, J. (2018). Psicoterapia Centrada No Cliente. In I. Leal, *Psicoterapias* (1nd ed., pp. 116-131) Lisboa. PACTOR – edições de ciências sociais, Forenses e da Educação.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *A Autonomia Científica, Técnica e Organizativa da Psicologia*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/tomada_de_posica_aao_op_p_autonomia_cientaiffica_taecnica_e_organizativa_da_psicologia.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *A realidade dos serviços de Psicologia da Educação Públicos e Privados. A tomada de posição OPP*. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/serv_psi_edu_publ_e_priv.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código Deontológico*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_o_pt_revisao_2016_1.pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP 2018). *A necessidade e o papel dos psicólogos no contexto educativo. Parecer da OPP*. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação Internacional das Doenças* (11ª ed.). Organização Mundial da Saúde.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). (C. Monteiro & M.C. Silva trans). Porto Alegre, BA: Artmed.
- Pinheiro, M. N., & Batista, E. C. (2018). O aluno no centro da aprendizagem: uma discussão a partir de Carl Rogers. *Revista Psicologia & Saberes*, 7(8), 70-85.

- Pinho, J., Avelar-Rosa, B., Quaresma, A., & Figueiredo, A. (2016). Adaptative Karate to children with neurodevelopmental perturbations: exploratory study Karate adaptado para crianças com perturbações do neurodesenvolvimento: estudo exploratório.
- Pires, M., & Paz, T. (2016). Parenting styles perceived by teenagers and school achievement. In 17th European Conference of Development Psychology (pp. 267-273). MEDIMOND.
- Ribeiro, E. G., & Laneiro, T. (2020). Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Compreensão do Aconselhamento Psicológico (Counselling). *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVEESC*, 5(2), 2-12.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Edual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. (1nd ed). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sanches, I. R. (1996). *Necessidades educativas especiais e apoios e complementos educativos no quotidiano do professor*.
- Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de educação*, 8(8).
- Santos, M. C. (2021). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes Identificar, avaliar e intervir* (3ª ed.). Sílabo.
- Seabra, F., Mouraz, A., Abelha, M., & Henriques, S. (2020). Equidade e inclusão nas políticas de educação: perspetivas a partir dos relatórios da avaliação externa de escolas. *Equidade e inclusão nas políticas de educação: perspetivas a partir dos relatórios da avaliação externa de escolas*, (5), 99-117.
- Sierens, S., Van Avermaet, P., Van Houtte, M., & Agirdag, O. (2020). Does pre-schooling contribute to equity in education? Participation in universal pre-school and fourth-grade academic achievement. *European Educational Research Journal*, 19(6), 564-586. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1177/1474904120925981>
- Silva, Pasa, A., Dieime Reis Castoldi, & Francieli Spessatto. (2017). O DESENHO DA FIGURA HUMANA E SEU USO NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA. *Psicologia Argumento*. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v28i60.19837>

- Simões, M. R. (2002). Utilizações da WISC-III na avaliação neuropsicológica de crianças e adolescentes. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12(23), 113–132. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2002000200009>
- Simões, M. R. (2005). *Potencialidades e limites do uso de Instrumentos no processo de avaliação psicológica*.
- Simms, J. (2011). Case formulation within a person-centred framework: An uncomfortable fit. *Counselling Psychology Review*, 26(2), 24-36.
- Unesco, (2009). Educação Inclusiva e Educação Especial. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional.
- Xavier, A. S., & Nunes, A. I. B. L. (2011). Psicologia do desenvolvimento. 2ª ed. *Editora: EDUECE. Fortaleza-CE*.
- Wechsler, D. (2003). WISC–III: Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças. Lisboa: Cegoc.
- World Health Organization. (2002). Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Lisboa: WHO*.
- World Health Organization. (2018). ICD-11 Reference Guide. https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/icd-11_2018.pdf
- Zanetti, S. A. S., & Gomes, I. C. (2009). A ausência do princípio de autoridade na família contemporânea brasileira. *PSICO*, 40(2), 194–201. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/3726>