



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO PRÉ-ESCOLAR

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

Autora: Márcia Filipa Lopes Marques

Orientadora: Professora Doutora Catarina Pires

Número da candidata: 30002328

Abril de 2024

Lisboa

AGRADECIMENTOS

Início com um agradecimento geral a todos os que fizeram parte deste meu percurso e que tornaram possível a sua conclusão.

Aos meus pais, serei para sempre grata por toda a ajuda e apoio incondicional que permitiram chegar onde me encontro hoje. O seu apoio foi a minha base sólida. Aos meus avós, que sempre acreditaram em mim, agradeço o seu papel significativo nesta jornada.

Ao meu namorado, por toda a confiança e apoio inabaláveis, bem como pela sua presença constante que por vezes me impediu de desistir. Aos meus amigos mais próximos, não posso deixar de dizer que formam verdadeiros pilares, obrigada por acreditarem em mim e por estarem em todos os desafios. À minha amiga de faculdade, agradeço de coração por ter caminhado comigo, tornando todo o caminho mais leve e bonito.

Não posso também deixar de agradecer um obrigado à minha orientadora de estágio, por toda a dedicação e pelo seu profissionalismo máximo. Foi uma inspiração para o meu desenvolvimento. Por fim e não menos importante, agradeço às crianças que acompanhei, tendo sido um enorme prazer ajudá-las e aprender também com cada passo do seu percurso.

Para concluir, a todos expresso então um profundo obrigada, por cada palavra e pela presença que enriqueceu e possibilitou esta jornada que acaba. Este trabalho é fruto do vosso apoio.

RESUMO

O presente relatório de estágio, foi realizado com o objetivo de obtenção do grau de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa. O estágio em questão teve a duração de 8 meses, tendo decorrido entre novembro de 2022 e junho de 2023. Fez parte dos seus principais objetivos, a aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos que foram sendo adquiridos ao longo do curso, sendo o foco principal a realização de acompanhamento psicológico e avaliação, a crianças pré-escolares que foram identificadas como necessitadas desse suporte.

As diversas atividades executadas durante o estágio, incluíram a observação direta de funções e das crianças em contexto de sala, realização de sessões de acompanhamento psicológico, aplicação de instrumentos de avaliação psicológica (Escala de desenvolvimento mental de Griffiths e Teste de Aperceção Infantil), e posteriormente elaboração dos relatórios de casos clínicos. Dois dos casos serão apresentados no relatório, sendo essencialmente abordadas problemáticas como a agressividade, dificuldades no controlo emocional e atrasos no desenvolvimento da linguagem. Todo o trabalho desenvolvido, bem como a realização das posteriores reflexões, centra-se numa abordagem centrada na criança. Numa fase final do relatório, apresenta-se uma reflexão pessoal acerca de toda a experiência enquanto estagiária na instituição, procurando evidenciar todos os aspetos relevantes, negativos ou positivos, bem como abordar as dificuldades enfrentadas ao longo de todo o processo e aprendizagens adquiridas para utilização em intervenções futuras.

Palavras-Chave: Estágio; Pré-escolar; Acompanhamento psicológico; Avaliação Psicológica; Terapia Centrada na Criança.

ABSTRACT

The present internship report was carried out with the aim of obtaining a Master's degree in Clinical Psychology and Counseling from the Autonomous University of Lisbon. The internship in question lasted for 8 months, taking place between November 2022 and June 2023. Among its main objectives was the application of theoretical and practical knowledge acquired throughout the course, with the primary focus being on providing psychological support and evaluation to preschool children identified as in need of such assistance.

The various activities carried out during the internship included direct observation of functions and children in the classroom environment, conducting psychological counseling sessions, administering psychological assessment instruments (Griffiths Mental Development Scale and Children's Apperception Test), and subsequently preparing clinical case reports. Two of the cases will be presented in the report, mainly addressing issues such as aggression, difficulties in emotional control, and language development delays. All work developed, as well as subsequent reflections, is centered on a child-centered approach.

In the final stage of the report, a personal reflection is presented regarding the entire experience as an intern in the institution, seeking to highlight all relevant aspects, both negative and positive, as well as address the difficulties faced throughout the process and the lessons learned for use in future interventions.

Keywords: Internship; Preschool; Psychological Counseling; Psychological Assessment; ChildCentered Therapy

Índice

Introdução	9
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	11
1. Integração no estágio e atividades realizadas.....	12
1.1 Caracterização da Instituição	12
1.2 Objetivos Gerais e específicos do estágio	13
1.3 Atividades realizadas no local de estágio.....	13
PARTE II– ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2. Desenvolvimento infantil	17
2.1 Teoria do Desenvolvimento psicoafectivo de João Hipólito.....	19
2.2 Funcionamento e vulnerabilidade familiar.....	20
2.3 Eventos traumáticos na infância - Violência Doméstica	22
2.4 Cuidados maternos, exposição a toxinas e prematuridade.....	23
2.5 Afetos e apego	25
2.6 Abandono Parental e Institucionalização	27
3. Problemáticas Comuns em idade pré-escolar.....	28
3.1 Atraso no desenvolvimento da linguagem	28
3.2 Agressividade e regulação emocional	31
4. Intervenção psicológica.....	33
4.1 Avaliação psicológica.....	33
4.2 Jardim de infância e papel do psicólogo	34
4.3 Abordagem centrada na Pessoa.....	36
4.4 Ludoterapia Infantil.....	37
PARTE III – CASOS CLÍNICOS	39
5. Caso Clínico. “Filipe” - Acompanhamento Psicológico	40

5.1	História clínica e familiar.....	40
5.1.1	Identificação:.....	40
5.1.2	Dados de observação na primeira sessão:	40
5.1.3	Motivo do Pedido:.....	41
5.1.4	Anamnese Biográfica e História Familiar	41
5.2	Avaliação psicológica – Instrumentos de Avaliação	45
5.2.1	Escala de desenvolvimento mental Ruth Griffiths	45
5.2.2	Teste de Aperceção Infantil com figuras de animais (CAT).....	46
5.3	Avaliação psicológica – Resultados dos instrumentos de avaliação	47
5.3.1	Escala de desenvolvimento mental Ruth Griffiths	47
5.3.2	Teste de Aperceção Infantil com figuras de animais (CAT).....	50
5.4	Sessões de acompanhamento Psicológico.....	50
5.4.1	1ª sessão.....	50
5.4.2	2ª Sessão.....	51
5.4.3	3ª Sessão.....	52
5.4.4	4ª Sessão.....	52
5.4.5	5ª Sessão.....	53
5.4.6	6ª Sessão.....	53
5.4.7	7ª Sessão.....	53
5.4.8	8ª Sessão.....	54
5.4.9	9ª Sessão.....	55
5.4.10	10ª Sessão.....	55
5.4.11	11ª Sessão	55
5.4.12	12ª Sessão.....	56
5.4.13	13ª Sessão.....	56

5.4.14	14ª Sessão.....	56
5.4.15	15ª Sessão.....	57
5.4.16	16ª Sessão.....	57
5.4.17	17ª Sessão.....	58
5.4.18	18ª Sessão.....	58
5.5	Análise de caso segundo teoria psicoafectiva	59
5.6	Reflexão do caso	62
6.	Caso Clínico “Gustavo” – Avaliação psicológica	64
6.1	História clínica e familiar.....	64
6.1.1	Identificação:.....	64
6.1.2	Dados de observação.....	64
6.1.3	Motivo do pedido	65
6.1.4	Anamnese Biográfica e História Familiar	65
6.2	Avaliação Psicológica – Instrumentos usados.....	68
6.2.1	Escala de desenvolvimento mental Ruth Griffiths	68
6.2.2	Teste de Apercepção Infantil com figuras de animais (CAT).....	71
	PARTE IV- CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL	72
7.	Reflexão final	73
	Referências Bibliográficas	75

Índice de figuras

Figura 1 Genograma da família de Filipe – Caso clínico A	42
Figura 2 Perfil de desenvolvimento – Caso clínico A	47
Figura 3 Genograma Familiar de Gustavo – Caso clínico B	67
Figura 4 Perfil de desenvolvimento – Caso clínico B	69

Índice de tabelas

Tabela 1 Resultados Obtidos em cada Subescala - Caso clínico A	48
Tabela 2 Resultados Obtidos em cada Subescala - Caso clínico B	69

Índice de abreviaturas

APA- *American Psychological Association*

CID-11 – Classificação Internacional das doenças, 11^a Edição

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5^a Edição

IPSS – Instituição Particulares de Solidariedade Social

PL – Perturbação da Linguagem

RSI – Rendimento Social de Inserção

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

Introdução

Em Portugal, existe uma crescente preocupação com a necessidade de direito à educação até aos 06 anos de idade sendo que poderão frequentar os jardins-de-infância do sistema público crianças com idades compreendidas entre os 03 anos e a idade legal de ingresso no ensino (Hespanha et al 2000). A pandemia causada pela COVID-19 e todos os seus desafios e consequências pedagógicas, vieram potencializar a reflexão acerca do papel essencial que a educação desempenha na vida das crianças, sobretudo em períodos de grande desenvolvimento. A educação pré-escolar é então atualmente considerada em Portugal como um fator essencial e positivo para a aprendizagem nos primeiros anos de vida, que garante os direitos da criança e apoio às famílias das mesmas (Piscalho et al., 2022).

Existe também um crescente reconhecimento da necessidade de proteção para crianças e jovens, sendo que por isso a demanda por remoção de situações de perigo e a prestação de serviços e intervenção em primeira linha tornam-se cada vez mais necessários. Nesse contexto, destaca-se a importância crucial dos serviços oferecidos pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). As IPSS (s) em Portugal, comprometem-se a priorizar grupos económicos com fracos recursos, potencializando e garantindo através dos seus serviços o bem-estar (Hespanha et al 2000). Foi neste contexto que surgiu a instituição promotora do presente estágio, tratando-se de uma IPSS católica, localizada numa grande cidade do distrito de Lisboa, com aproximadamente 148 mil habitantes, concentrando maioritariamente os seus esforços nas famílias mais carenciadas da região. Procura desta forma, oferecer serviços que visam o aumento da qualidade de vida da comunidade.

A instituição em questão enfrenta desafios significativos relacionados à alta taxa de desemprego, dificuldades socioeconómicas, condições precárias de habitação e a ausência de habilidades sociais e pessoais entre seu público-alvo. As carências emocionais e relacionais mais marcantes referem-se principalmente os membros da primeira geração, tendo sido neste contexto que o estágio se desenvolveu.

Foi então no contexto de apoio à primeira infância, nomeadamente no pré-escolar, que se iniciou o estágio, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, tendo o mesmo a duração de 8 meses. As aprendizagens adquiridas ao longo do trabalho realizado junto das crianças acompanhadas e avaliadas, culminam na realização do presente relatório de estágio.

O presente trabalho está dividido em quatro partes distintas. Numa fase inicial, é realizada uma pequena contextualização do local de estágio, onde serão também estabelecidos os objetivos gerais e específicos enquanto estagiária e principais atividades realizadas. Já a segunda parte do relatório, refere-se ao enquadramento teórico que aborda diversos aspetos destacados ao longo estágio, entre os quais aspetos essenciais do desenvolvimento infantil, bem como diversos fatores prejudiciais, como situações de vulnerabilidade e disfuncionalidade familiar, violência doméstica, ausência de cuidados maternos adequados, exposição a toxinas durante a gestação, prematuridade, padrões de afeto e estilos de apego, abandono parental e institucionalização. Também são discutidos problemas como atraso na linguagem, comportamentos agressivos e regulação emocional, além de se ter como base a abordagem terapêutica centrada na pessoa, com ênfase na ludoterapia infantil. Por fim, a terceira parte do relatório apresenta os dois casos clínicos, incluindo a história clínica e familiar, síntese de sessões de acompanhamento e reflexão da mesma, bem como a apresentação dos resultados das avaliações psicológicas e reflexão de caso segundo a teoria psicoafectiva. Termina com a conclusão reflexiva acerca de toda a experiência do estágio.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

1. Integração no estágio e atividades realizadas

1.1 Caracterização da Instituição

A instituição promotora do estágio trata-se de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), católica e sem fins lucrativos, situada numa grande cidade do distrito de Lisboa, com cerca de 148 mil habitantes. Foi fundada em 1998 por iniciativa de um Padre local, que procurava a promoção de serviços que contribuíssem para o aumento de qualidade de vida da região, focando-se essencialmente na prestação de apoio às famílias mais vulneráveis. Atualmente conta com o apoio financeiro da segurança social, câmara Municipal e doações de grandes superfícies.

A instituição, atua em diversos níveis da sociedade, fornecendo repostas sociais para a infância (Berçário, creche e creche familiar, pré-escolar) e para a terceira idade (Centro de dia e apoio domiciliário). Além disto atua ainda a nível da intervenção social já que conta com emergência alimentar (Recebe e distribui alimentos do banco alimentar) e uma equipa multidisciplinar dedicada ao Rendimento Social de Inserção (RSI), que acolhe famílias em situação de pobreza extrema.

A orientadora de estágio, encontra-se inserida nessa mesma equipa multidisciplinar, que é constituída por cinco assistentes sociais e duas psicólogas, fazendo parte das suas principais funções a análise detalhada das necessidades dos beneficiários do RSI, de forma que os mesmos consigam alcançar a estabilidade financeira social e emocional. Além da avaliação das necessidades, o seu trabalho passa por orientar os indivíduos na busca por empregos, na elaboração de currículos e de toda a documentação necessária, bem como aconselhar financeiramente para que os mesmos sejam capazes de uma melhor gestão dos seus rendimentos.

Devido à falta de recursos humanos, o papel das psicólogas existentes na instituição, direciona-se sobretudo para as questões de caris social, sendo que a prestação de apoio emocional de momento não é um serviço prestado pela instituição apesar de necessário. Pontualmente, em casos de grande necessidade (como situações de risco), são realizadas avaliações psicológicas. Considerando a ausência de serviços psicológicos na instituição, não existe uma padronização ou uma linha orientadora específica a seguir imposta pela instituição permitindo às psicólogas que optem pelo modelo de intervenção que melhor se adapte às suas orientações.

O estágio decorreu na unidade de poio à infância, que enfrenta também uma grande necessidade de serviços de psicologia, já que esse serviço não é ainda prestado pela instituição. A unidade atende crianças entre os 3 meses e os 6 anos de idade, sendo a grande maioria provenientes de famílias com grande carência econômica e com uma grande heterogeneidade de culturas, etnias e religiões.

1.2 Objetivos Gerais e específicos do estágio

O estágio em questão possui como objetivo principal, aplicar na prática todos os princípios éticos e teóricos que foram sendo adquiridos ao longo da formação acadêmica. Desta forma, visa como objetivos gerais o aperfeiçoamento do conhecimento, através da sua aplicação no terreno, em situações reais, possibilitando desta forma o crescimento profissional. Além disto, faz também parte do seu objetivo potencializar a compreensão do papel do psicólogo, dentro da instituição e desta forma adquirir novas habilidades pessoais e profissionais.

Quanto aos objetivos específicos, pretende-se:

- a) A observação direta das crianças em contexto de Jardim de Infância.
- b) A aplicação de uma avaliação psicológica bem como a sua cotação, interpretação de resultados e sugestão de hipóteses de diagnóstico.
- c) A realização de uma intervenção de forma a responder às necessidades de acompanhamento psicológico.
- d) A realização dos relatórios dos casos clínicos.
- e) Melhorar a congruência, através da aplicação de uma abordagem centrada na criança (ludoterapia), procurando respeitar o seu ritmo de evolução individual.

1.3 Atividades realizadas no local de estágio

Após realizadas as devidas formalizações para a prática do estágio, iniciou-se um primeiro momento com duração de cerca de um mês, dedicado à observação, apresentação e conhecimento das diversas estruturas e problemáticas presentes na instituição, tendo este momento sido essencial para a familiarização e integração na equipa da mesma.

Numa fase inicial do estágio, foi efetuada a observação das funções desempenhadas pelos técnicos de RSI. Tive oportunidade de ler os processos das famílias abrangidas pelo protocolo de forma a conhecer a sua realidade e posteriormente participar em conjunto com o técnico

responsável por cada uma delas, na revisão de recursos disponíveis para responder às suas necessidades.

Ainda nesta fase, foi solicitada a minha participação num caso de uma família beneficiária do RSI, composta por uma mãe solteira com alterações cognitivas e quatro filhos dependentes, sendo que a filha mais velha de 24 anos possuía um alto grau de autismo tornando difícil a obtenção de rendimentos. Após discutida a situação e as opções, pude executar um papel de intermediária entre a beneficiária e as instituições de serviço necessárias (Centros de atividades ocupacionais) para responder às necessidades, tendo ainda participado no auxílio do preenchimento da documentação necessária. Foi realizada ainda uma visita domiciliária à família em conjunto com a assistente social a fim de monitorizar a situação domiciliária.

Durante uma semana observei e participei ainda, nas atividades do centro de dia, ajudando na realização das atividades propostas pela equipa. Iniciava o dia a ajudar na gestão dos pequenos-almoços (Ajudar a sentar nos sítios corretos, e a mobilizar os utentes com dificuldades de locomoção). Após a refeição, preparava-se uma atividade estimuladora (Oficinas de Artesanato, desenho, atividades cognitivas como puzzles ou debates, música e canto), na qual ajudava na preparação e execução. Durante as diversas atividades, prestava auxílio aos utentes mais debilitados, que acabavam por partilhar comigo as suas histórias, já que se tratava na sua maioria de pessoas em fase de luto. As suas partilhas contribuíram para colocar em prática as minhas capacidades de escuta ativa, bem como para o aperfeiçoamento da validação dos sentimentos que os utentes partilhavam comigo de forma que os mesmo se sentissem compreendidos.

Uma vez por semana participava na receção e distribuição de alimentos do banco alimentar junto com diversos elementos da instituição e voluntários. O processo consistia em descarregar os alimentos e na sua separação por categorias, para que posteriormente fosse realizada a construção dos pacotes de alimentos a entregar às famílias beneficiárias.

Tendo esta sido a primeira experiência de estágio académico para a instituição e já que a mesma é composta por diversas valências que possuem problemáticas e populações distintas, optou-se em conjunto com a orientadora de estágio realizar um levantamento de necessidades principais da instituição, para posteriormente direcionar a minha intervenção enquanto estagiária da forma mais adequada.

Para tal, foram realizadas três reuniões distintas, junto dos responsáveis de cada uma das valências, com o elemento responsável pela unidade de apoio à infância, outra com a responsável pelo centro de dia, e outra com a responsável pelo Rendimento Social e Inserção (RSI), a fim de

reconhecer os serviços, a realidade e as necessidades de cada uma delas. Durante as reuniões optou-se por um tipo de entrevista não-estruturada, sem roteiro ou perguntas fechadas, o que permitiu um conhecimento profundo do funcionamento de cada valência.

Após a recolha de informação, em conjunto com a orientadora de estágio, identificou-se a valência de apoio à infância como a mais necessitada de apoio psicológico, já que contava com diversos casos de crianças que apresentavam problemáticas comportamentais e emocionais, mas que se encontravam ainda sem receber o apoio necessário. Os casos de intervenção foram selecionados pela responsável pela unidade de apoio à infância.

Iniciou-se após isto um período de observação direta em contexto de sala das crianças sinalizadas para avaliação e acompanhamento psicológico que teve como principal objetivo a coleta de dados importantes acerca das mesmas. Para cada criança foram realizados 3 dias de observação, com duração de duas horas cada. Foi possível verificar as interações sociais, habilidades emocionais, formas de comunicação e comportamentos de cada uma das crianças e realizado um registo detalhado acerca das mesmas.

Posteriormente, realizou-se um contacto telefónico com os encarregados de educação a fim de me apresentar, esclarecer possíveis dúvidas e marcar uma entrevista presencial para formalizações e recolha de informação para construção da história clínica. Nesse encontro inicial recorreu-se à entrevista semiestruturada o que permitiu uma maior flexibilidade na exploração dos temas.

Realizada a recolha de informação e com base na mesma, iniciou-se os processos de avaliação psicológica e posteriormente os acompanhamentos psicológicos semanais.

PARTE II– ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento humano, trata-se de um conceito multifacetado e interdisciplinar, que pode abranger diversas perspectivas e visões entre as quais visões biológicas, psicológicas, cognitivas, socioculturais e holísticas (Moura & Pereira, 2017). O seu estudo refere-se ao campo de investigação dedicado ao estudo científico acerca do processo de transformação e alterações verificadas ao longo da vida de um indivíduo (Papalia & Feldman, 2013).

Segundo uma visão cognitiva e construtivista, considera-se psicólogo Jean Piaget (1896-1980) como uma figura indispensável na história da psicologia, tendo oferecido contribuições científicas de máxima importância para o avanço da psicologia infantil e do desenvolvimento. O seu legado concentra-se principalmente em diversos aspetos do desenvolvimento, abrangendo desde os aspetos morais infantis até à compreensão da mente, consciência e conhecimento. As suas influentes contribuições delinearam não apenas a compreensão do desenvolvimento infantil, mas também impactaram áreas mais amplas da psicologia, deixando um legado duradouro e valioso para a disciplina (Bringuier et al., 1996; Piaget & Inhelder, 1969)

Piaget propõe a existência de quatro principais estágios de desenvolvimento cognitivo comuns a todas as crianças, independentemente do contexto ambiental e cultural, sendo este caminho de construção ativa do conhecimento um processo que faz parte do desenvolvimento humano. Trata-se então de um processo de mudança e desenvolvimento, marcado por alterações qualitativas que ocorrem entre quatro estágios de desenvolvimento distintos (Babakr et al., 2019; Piaget & Inhelder, 1989). Tais estágios referem-se à forma de compreensão e interação entre a criança e o mundo que a rodeia (Piaget & Inhelder, 1989).

O primeiro estágio, conhecido como sensório-motor, abrange o período até os dois anos de idade. Durante este estágio, os bebés exploram e conhecem-se a si mesmos e ao mundo ao seu redor por meio do contato com o ambiente. O conhecimento é principalmente adquirido através da movimentação, permitindo assim a criação de esquemas sensoriais em resposta aos estímulos. Durante este estágio, os bebés desenvolvem a capacidade de procurar e alcançar objetos de forma intencional, adquirindo assim a noção de objetos e a compreensão do outro (Papalia & Feldman, 2013; Rappaport et al., 1981). Além da noção de si, adquire-se também nesta fase a noção de permanência do objeto, permitindo assim a progressão para o estágio seguinte (Papalia & Feldman, 2013).

O segundo estágio do desenvolvimento cognitivo (entre os dois e os sete anos), denominado por pré-operacional, é sobretudo marcado pelo egocentrismo da criança, que acredita que tudo no mundo se deve a si própria e às suas vontades, influenciando a frustração da mesma ao ser contrariada e a dificuldade em aceitar pontos de vista. Ocorre também o fenômeno do animismo uma vez que a criança atribui características de vida a objetos inanimados (La Taille et al., 1992; Piaget, 1964; Kesselring & Müller, 2011). Assim sendo o pensamento tende ainda a ser muito concreto e com grandes confusões entre o real e o imaginário. Ainda nesta fase, as crianças desenvolvem a linguagem e começam a usar símbolos enquanto o pensamento simbólico e representacional emerge (Papalia & Feldman, 2013).

Entre os sete e os onze anos, ocorre o Estágio Operacional Concreto, caracterizado pela evolução de um pensamento egocêntrico para a razão, tornando-se capazes de utilizar operações mentais concretas, possuindo nesta fase um intelecto mais racional e estável capaz de entender os estímulos. Conforme a criança diminui o egocentrismo, maior será a sua capacidade para distinguir os seus sentimentos dos restantes, além de que surge também a capacidade de aprendizagem através do erro (Papalia & Feldman, 2013; Rappaport et al., 1981). A compreensão de aspetos de conservação, como massa, volume e distancia e o conceito de reversibilidade, sofrem também um desenvolvimento nesta fase, embora a criança possua ainda diversas limitações abstratas (Papalia & Feldman, 2013).

Por fim, o estágio final, que ocorre dos doze anos para a frente, refere-se ao Operacional Formal. Durante este estágio, desenvolve-se o pensamento abstrato e hipotético, sendo que o individuo passa a ser capaz de manipular eficazmente as informações, além de que ganha consciência da razão, sendo possível neste estágio realizar deduções partindo de hipóteses (Papalia & Feldman, 2013; Rappaport et al., 1981). O individuo torna-se também mais autónomo e capaz de discutir valores morais e refletir acerca dos seus próprios pensamentos e julgamentos (Rappaport et al., 1981). Face ao exposto, trata-se de um estágio em que contrariamente aos anteriores, o individuo já não necessita de observar a realidade para formar conclusões, possuindo agora uma maior capacidade de resolução de problemas e raciocínio acerca de conceitos complexos (Piaget, 1964).

Além dos estágios de desenvolvimento propostos pelos estudos realizados por Piaget, o mesmo destaca o papel ativo da criança no seu próprio desenvolvimento, colocando em destaque a sua interação com o meio. O campo científico da pesquisa do desenvolvimento humano, assume a importância de um contexto abrangente, que inclui não apenas o individuo, mas todo o ambiente

em desenvolvimento no qual o mesmo se encontra inserido- Sistemas, sócio-histórico-cultural, ambiente físico e indivíduos (Piaget & Inhelder, 1989).

Uma outra perspectiva importante para a compreensão do desenvolvimento humano, refere-se à visão considerada humanista de Maslow, que propõe a teoria da Hierarquia das Necessidades, segundo a qual existe uma hierarquia crescente de cinco níveis de necessidades básicas do ser humano. A pirâmide inicia-se com as necessidades mais básicas de sobrevivência, seguindo-se a necessidade de proteção física emocional, de amor e aceitação (necessidades sociais), de estima e reconhecimento, onde se inclui os conceitos de autoestima e realização, e por fim a necessidade de Autorização, sendo este o último nível da pirâmide e aquele que corresponde ao potencial máximo do indivíduo (Moreira, 2019). Apenas a satisfação de um dos níveis permite que o indivíduo procure a satisfação do nível seguinte sendo por isso considerada uma estrutura rígida e aplicável a todos os indivíduos (Moreira, 2019).

Tal como Maslow, também Carl Rogers contribui para uma visão humanista do desenvolvimento, enfatizando o potencial humano e a autonomia para o crescimento e a autorrealização, porém de uma forma mais fenomenológica que considera as experiências, os contextos e os valores individuais de cada um, sendo o seu foco o potencial do indivíduo e não as suas necessidades, sendo por isso considerada uma visão flexível do desenvolvimento, na qual os fatores ambientais podem ou não ser favoráveis para o processo (Moura & Pereira, 2017).

2.1 Teoria do Desenvolvimento psicoafectivo de João Hipólito

A teoria do Desenvolvimento psicoafectivo de João Hipólito, possui como base a abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers já que considera a existência das tendências formativa e atualizante. Procura explicar qual a origem das perturbações psicológicas do Ser humano, olhando para o crescimento como um processo composto por mecanismos impulsadores e desafios que nos podem desviar do caminho (Hipólito, 2011).

A tendência formativa, refere-se à força inata que impulsiona a satisfação do máximo potencial humano, e que se encontra presente desde a forma mais simples de vida. O desenvolvimento do ser humano depende então diretamente dessa força, embora o cenário não seja tão simples assim já que os indivíduos ao longo do processo se deparam com obstáculos que interferem com a expressão da tendência formativa. Denominados de traumas, esses obstáculos podem ter as mais diversas origens (Psicológicas, sociais, físicas, etc.), e acabam por se manifestar de formas negativas, alterando a visão e percepção do mundo e de nós próprios.

Num caso em que o indivíduo se depare com um trauma, poderá desenvolver mecanismos de defesa que prejudicam todo o processo, causando emoções negativas que se traduzem posteriormente em Ansiedades, depressão, transtornos e vários outros tipos de possíveis distúrbios psicológicos e dificuldades nas relações (Hipólito, 2011). O conceito autoestima é de máxima importância para a teoria, uma vez que muitas das vezes os traumas potenciam uma visão pessoal distorcida e negativa, alterando as crenças de valor acerca de nós próprios (Hipólito, 2011).

Os sintomas apresentados, referem-se a uma tentativa do organismo em manter um equilíbrio e quanto mais próximo estiver o Self real do self ideal, mais saudável será o desenvolvimento do indivíduo (Hipólito, 2011).

2.2 Funcionamento e vulnerabilidade familiar

O desenvolvimento da criança e a sua visão do mundo encontra-se diretamente relacionado com a qualidade do ambiente no qual ela se encontra inserida, sendo por isso a família considerada de máxima importância para o processo (Vayer & Rocin, 1992).

O conceito de família, referia-se aos vínculos formais e laços de sangue, no entanto ao longo do tempo esse conceito sofreu alterações e influencia de diversos estudos, levando à sua evolução. Atualmente, entende-se como família a instituição na qual o foco recai sobre a valorização dos aspetos e a união, sendo considerada como unidade essencial para o desenvolvimento pessoal (Leonel et al., 2023).

A Teoria familiar sistémica, desenvolvida por Murray, defende que a família se trata de um sistema complexo e dinâmico, dentro do qual os membros se influenciam entre si, existindo relações e padrões interações e processos próprios dentro do sistema que influenciam o seu funcionamento enquanto um todo (Funcionamento Familiar). Devem ser considerados conceitos como Homeostase (Tendência em manter o equilíbrio durante crises), circularidade (ações influenciam os elementos) e Diferenciação (Capacidade de manter a individualidade do sistema) (Fiorini & Guisso, 2016).

Deve-se ainda considerar conceitos como conflito, referindo-se aos desacordos existentes dentro do sistema; Hierarquias que correspondem à forma como a autoridade é vivenciada e distribuída; Coesão (confiança, sentimento de pertença); Apoio, referente ao cuidado e demonstrações de afeto existentes e por fim o clima familiar, que não é estático e se entende como o ambiente psicológico vivenciado pela unidade familiar e que irá ou não potencializar um

desenvolvimento futuro referindo-se à qualidade que existe nas relações entre os elementos do sistema. (Leusin et al., 2018).

A Família, é então considerada como sendo essencial para o indivíduo, uma vez que toda a dinâmica vivida no seu seio, vai impactar o mesmo, sendo esta a primeira inserção da vida da criança e por isso, a principal influencia para o desenvolvimento enquanto indivíduo (Barbosa et al., 2021).

Segundo Vigotsky (2010), a interação da criança com os adultos, o meio social e a cultura desempenham um papel fundamental na reestruturação e modificação do pensamento do indivíduo, sendo que isso sublinha a importância significativa da família na modelação social e cultural das crianças (Porto et al., 2023). Já que a pertença no grupo familiar irá influenciar as interações futuras do indivíduo com o mundo, é então essencial que exista vínculo, afeto, proteção e confiança (Barbosa et al., 2021).

Face ao exposto, um contexto que seja disfuncional e que inclua vulnerabilidade parental, é considerado hostil e pouco confiável, o que poderá resultar em desafios significativos no futuro. Com isto é atribuído à família um papel ambivalente que tanto pode ser de proteção como de risco (Porto et al., 2023).

Ainda neste contexto, é crucial notar que as famílias podem encontrar-se numa situação de vulnerabilidade risco social, nomeadamente apresentando temáticas relacionadas com a pobreza, estatuto social e económico em que a pessoa se encontra, acesso à educação, moradia digna e também, dificuldades nas relações sociais e escassez de oportunidades laborais. Tais condições podem acarretar diversos transtornos futuros e ter impactos severos a longo prazo (Lopes, 2008; Porto et al., 2023).

Situações de risco de desenvolvimento deverão ser consideradas desde uma fase inicial, uma vez que a criança irá projetar noutros contextos o que presencia no seio familiar. Por exemplo, crianças que sofrem abusos, físicos ou verbais, tendencialmente irão deslocar as problemáticas vivenciadas no seio familiar para o contexto escolar (Barbosa et al., 2021).

Indivíduos expostos a ambientes hostis, poderão ser acometidos por sentimentos de frustração que se projetam em comportamentos agressivos (Barbosa et al., 2021). Devido à ampla proximidade relacional entre a criança e as figuras de referência que deveriam desempenhar um papel de proteção e cuidado, maior o impacto que essa ausência de cuidados terá futuramente, podendo desencadear problemas futuros em casos que não ocorra algum tipo de intervenção precoce (Porto et al., 2023).

2.3 Eventos traumáticos na infância - Violência Doméstica

Sendo a infância marcada pelo período de desenvolvimento cerebral mais sensível, será também maior a sensibilidade e as consequências resultantes da exposição a traumas, sobretudo quando se trata de traumas complexos e prolongados (Kliethermes et al., 2014)

Qualquer tipo de experiência que se considere adversa, ameaçadora e perturbadora, causando algum tipo de angústia na criança, é considerada um evento traumático para a mesma. Entre os principais encontram-se situações de violência, negligência, agressão sexual, guerra, desastres naturais e até traumas de ordem médica (National Child Traumatic Stress Network, 2022). Segundo a *American Psychological Association* (APA) (2022), as consequências destes eventos podem se várias, incluindo sentimentos intensos negativos e implicações comportamentais persistentes que irão influenciar a qualidade de vida da criança, sobretudo nas situações em que a exposição seja prolongada.

Como situação de violência doméstica, considera-se qualquer agressão que ocorra no contexto familiar, podendo esta ser física, verbal, emocional ou sexual (Lv & Li, 2023). As crianças são nestas situações consideradas como um dos grupos etários mais suscetíveis e vulneráveis (Mohammadi et al., 2023). Na atualidade esta já é uma questão considerada um problema de saúde pública em escala global, uma vez que possui alta prevalência e acarreta diversas consequências sérias (Lv & Li, 2023).

A violência representa, na realidade, um dos principais fatores de risco para o indivíduo resultando em consequências negativas psicológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais profundas (Lv & Li, 2023). Segundo a evidência encontrada na literatura este tipo de situação de risco pode ter repercussões na vida adulta da criança podendo demarcar a personalidade futura da mesma, sendo a exposição e o testemunho da violência o suficiente para causar trauma e impacto significativo (Majali & Alsrehan, 2019). Segundo dados recolhidos, cerca de 3,3 milhões de crianças nos EUA sofrem violência doméstica pelo menos uma vez por ano, e em 70% dos casos os progenitores são agressores (Mohammadi et al., 2023). O trauma infantil aumenta a probabilidade de futuros problemas comportamentais (Mohammadi et al., 2023).

Entre as principais consequências do trauma proveniente incluem-se distúrbios alimentares, afetivos, stress pós-traumático, complexo de inferioridade, agressão (contra si ou contra terceiros), comportamentos antissociais e aumento do risco de depressão (Lv & Li, 2023). Além disto, influencia a baixa capacidade de resolução de conflitos e os vínculos relacionais

futuros podem vir a ser instáveis e de baixa qualidade, podendo esta questão persistir até à terceira idade (Lv & Li, 2023).

Um estudo conduzido por Majali & Alsrehan (2019), procurou verificar quais os efeitos que a violência doméstica pode ter na adaptação social e psicológica infantil. Os resultados do estudo demonstram que os estudantes expostos a um alto nível de violência doméstica demonstram uma baixa adaptação tanto social quanto psicológica. Outro estudo realizado com adolescentes que sofreram abusos na infância, destacam a maior probabilidade de vir a desenvolver Comportamentos sexual de risco e infecções sexuais, envolvimento em crimes e maiores taxas de depressão e tentativas de suicídio (Lv & Li, 2023). As tentativas de suicídio nestes indivíduos podem estar relacionadas com níveis baixos de resiliência, que por sua vez se encontra relacionada com níveis altos de violência doméstica (Mohammadi et al., 2023).

Baixos níveis de resiliência, podem estar relacionados com as tentativas de suicídio nestes indivíduos, já que esses níveis baixos podem possuir, segundo Mohammadi et al. (2023), correlação com níveis altos de violência doméstica. Além disso, existem outros estudos que referem a regulação emocional comprometida, altos níveis de agressão e impulsividade, e um baixo rendimento escolar, como as principais consequências que advertem da exposição ao trauma, incluindo violência doméstica (Pierce et al, 2022; van der Kolk et al., 2009).

2.4 Cuidados maternos, exposição a toxinas e prematuridade

O Período pré-Natal trata-se de uma fase crucial do desenvolvimento. Segundo E. Papalia e Ruth Duskin Feldman (2013), diversos fatores podem contribuir para complicações ou problemas durante o mesmo, entre os quais se destaca a exposição a substâncias tóxicas, stresse maternal e problemas nutricionais (Papalia & Feldman, 2013).

Muitas vezes, situações de vulnerabilidade social (baixos rendimentos, desemprego e baixa escolaridade), encontram-se ligadas a consumos excessivos de drogas entre as quais tabaco, álcool e cocaína durante a gestação (Siqueira et al., 2017). É considerada como exposição perinatal a substâncias, a exposição do feto a qualquer substância que seja prejudicial ao mesmo (Joseph et al., 2020). Podemos verificar, assim, que os danos potenciais decorrentes da sua utilização são diversos, afetando não apenas a mãe, mas também o feto no seu processo de desenvolvimento, podendo levar a situação de prematuridade (Siqueira et al., 2017).

Embora os efeitos a longo prazo da exposição ainda não sejam totalmente compreendidos, sabe-se que eles existem e podem ser diversificados. Entre os mesmos encontram-se, alterações

comportamentais e cognitivas, neurocomportamentais, atrasos no desenvolvimento da linguagem e padrões de crescimento, bem como alterações no desenvolvimento motor (Joseph et al., 2020). Igualmente, podem ser identificados quadros de depressão, ansiedade, baixa autoestima e dificuldades nos relacionamentos (Siqueira et al., 2017), o que acaba por comprometer o desempenho escolar futuro e aumentar a probabilidade de comportamentos de risco (Joseph et al., 2020). Quanto maior for o tempo de exposição às substâncias, maior a probabilidade e extensão das consequências (Siqueira et al., 2017).

Um estudo recente, evidenciou uma relação positiva entre fatores de estilo de vida materno (tabagismo e utilização de medicação) e problemas depressivos e sintomas emocionais em crianças entre os dois e os quatro anos de idade (Pham et al., 2023).

Como mencionado antes, a prematuridade pode ser uma consequência do consumo de substâncias tóxicas. A prematuridade tem um importante impacto no desenvolvimento do indivíduo, referindo-se esta a um nascimento que ocorra antes das 37 semanas de gestão (Urfer et al., 2021). Situações de pouca idade e peso gestacional, são muitas vezes associadas a sequelas comportamentais e cognitivas, que podem acompanhar o indivíduo até à idade adulta (Aarnoudse-Moens et al., 2009). Tal acontece uma vez que ao nascer antes do previsto, o organismo do indivíduo ainda não se encontra fisiologicamente preparado para suportar um ambiente extrauterino e devido a essa imaturidade o bebé torna-se extremamente vulnerável à exposição a estímulos, o que desencadeia alterações no desenvolvimento cerebral, incluindo o sistema de regulação e problemas de ajuste. Além disto, existe ainda um considerável risco de atrasos nas habilidades motoras finas e grossas (Urfer et al., 2021).

Aarnoudse-Moens et al. (2009), realizou uma meta-análise a fim de verificar quais as consequências que advêm da prematuridade e baixo peso. Os resultados demonstraram que os atrasos no desenvolvimento são significativos, concretamente, no desenvolvimento cognitivo, motor e habilidades académicas futuras. A prematuridade está associada a uma maior incidência de problemas comportamentais, destacando-se a hiperatividade e déficits de atenção (Aarnoudse-Moens et al., 2009).

Face ao exposto, considera-se então que de um nascimento prematuro, poderão decorrer habilidades desajustadas de autorregulação, bem como alterações comportamentais e emocionais. O impacto é significativo no que se refere à qualidade de vida da criança e da sua família, em específico nos casos em que as fragilidades não sejam logo identificadas para a realização da intervenção necessária numa fase precoce (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Urfer et al., 2021).

2.5 Afetos e apego

Um aspecto inerente ao ser humano, refere-se à sua necessidade de ser amado e possuir ligações seguras a fim de ter as suas necessidades emocionais atendidas (Bachmann e al., 2019). Apesar da parentalidade ser considerada essencial, é comum verificar-se relações parentais desajustadas, devido à ausência de cuidados essenciais e ausências de relações afetivas e estáveis, influenciando o desenvolvimento das habilidades emocionais e sociais da criança (Cabrera et al., 2007).

Denominam-se como afetos, as expressões de amor que se manifestam através de gestos, palavras, ou ações, existindo atualmente um aumento significativo do reconhecimento da sua importância no seio familiar uma vez que é considerado como um elemento indispensável para um desenvolvimento pleno (Leonel et al., 2023). Neste contexto, há várias décadas o psicólogo John Bowlby (1969-1980) propôs a teoria da vinculação destacando a importância que o estilo de apego e as relações entre cuidadores e filho têm nos primeiros anos de vida. O ser humano possui como uma necessidade básica a busca por segurança e conforto e desta forma coloca-se em destaque a importância do estabelecimento de vínculos emocionais estáveis e contínuos para o desenvolvimento emocional da criança (Bowlby, 1969). Bowlby enfatiza a importância crucial das interações afetivas nos estágios iniciais da infância, uma vez que através das mesmas a criança cria representações mentais que irão influenciar depois a forma como a mesma lida consigo mesma e com o mundo (Bowlby, 1988).

O vínculo emocional entre a mãe e o bebê tem início durante a gravidez, quando o bebê é sentido como parte integrante da progenitora, estabelecendo os primeiros laços afetivos. À medida que o tempo avança, o bebê passa a desenvolver consciência do ambiente ao seu redor e a perceber-se como uma entidade separada. Nessa fase inicial, as relações estabelecidas começam a moldar a identidade do bebê. (Bowlby 2006).

Bowlby (2006) destaca também a importância das interações durante os cuidados primários, como alimentação e higiene, no desenvolvimento emocional. Numa fase em que o bebê ainda não tem consciência de si mesmo, uma relação de carinho, afeto e confiança é crucial para que a criança adquira aprendizados, cognições e emoções de maneira adaptativa, começando a perceber-se como uma entidade separada da mãe. A ausência dessa conexão afetiva e dos cuidados básicos pode perturbar a criança, afetando seu bem-estar e capacidade de interagir com o mundo,

o que pode resultar em conflitos internos e externos, sendo a baixa autoestima uma das principais consequências (Bowlby 2006).

Existem atualmente diversas investigações que revelam que os cuidados maternos precoces se encontram correlacionados com futuras psicopatologias na criança consoante os níveis de adversidades verificados no seio familiar, sendo que quanto mais elevado forem os níveis de cuidado parentais e menores forem as condições de risco, menor vão ser também os efeitos verificados na criança (Woodward et al., 2018). O estudo conduzido por Holz et al. (2021), demonstra que receber cuidados maternos precoces está associado a um desenvolvimento neurocognitivo positivo. Indivíduos que foram expostos a níveis mais elevados de cuidados maternos na infância exibiram uma maior capacidade de adaptação social e emocional em comparação com aqueles que receberam menos cuidados maternos. Por outras palavras, o investimento em cuidados maternos no início da vida parece contribuir para um desenvolvimento psicossocial mais saudável na idade adulta (Holz et al., 2021).

Seguindo as investigações de Bowlby, Mary Ainsworth (1978) identificou três principais estilos de apego em crianças (Ainsworth et al., 1978): (1) apego seguro, (2) apego inseguro-evitante e (3) apego inseguro-ambivalente. O apego seguro, caracteriza-se pela situação na qual a criança chora com a ausência do cuidador, porém com o seu retorno, mostra-se confiante e acaba por se acalmar. Já no caso do apego inseguro-evitante, a criança procura evitar proximidade e não se preocupa com a ausência dos pais, mostrando-se emocionalmente distante. Por último, o apego inseguro-ambivalente envolve a ansiedade na presença dos cuidadores e uma dificuldade em acalmar-se após a sua ausência, tendo como resultado uma perturbação constante (Ainsworth et al., 1978). Consequentemente, a visão que uma criança com um padrão de apego inseguro terá do seu cuidador será de indisponibilidade e insensibilidade para atender às suas necessidades. (Target, Fonagy & Shmueli-Goetz, 2003).

Face ao exposto, a qualidade do apego, é determinante para moldar a saúde mental ao longo da vida, a capacidade de lidar com eventos negativos e para promover desenvolvimento saudável de apego. Destaca-se desta forma a importância da qualidade de respostas face às necessidades emocionais e físicas da criança (Ainsworth et al.1978; Bowlby 1988).

Indivíduos com estilos de apego de evitação, podem demonstrar desvalorização face aos seus relacionamentos demonstrando-se independentes, ou evitar as relações não por dependência, mas por medo de rejeição ou abandono (Bartholomew, 1990).

Existem atualmente diversas investigações que revelam que os cuidados maternos precoces se encontram correlacionados com futuras psicopatologias na criança consoante os níveis de adversidades verificados no seio familiar, sendo que quanto mais elevados forem os níveis de cuidado parentais e menores forem as condições de risco, menor vão ser também os efeitos verificados na criança (Woodward et al., 2018). O estudo conduzido por Holz et al. (2021), demonstra que receber cuidados maternos precoces está associado a um desenvolvimento neurocognitivo positivo. Indivíduos que foram expostos a níveis mais elevados de cuidados maternos na infância exibiram uma maior capacidade de adaptação social e emocional em comparação com aqueles que receberam menos cuidados maternos. Por outras palavras, o investimento nos cuidados maternos desde uma fase inicial da vida parece segundo os resultados, contribuir para um desenvolvimento psicossocial mais saudável na idade adulta (Holz et al., 2021).

2.6 Abandono Parental e Institucionalização

Face ao exposto anteriormente, entende-se facilmente que qualquer experiência de abandono parental, será considerada uma variável prejudicial para a criança, afetando de forma direta a sua regulação emocional e temperamento (Delaville & Pennequin, 2018).

Atualmente, verifica-se que o abandono parental pode ser considerado de formas diferentes. Por exemplo, em França, o abandono é caracterizado quando os cuidadores não mantêm uma relação essencial para o crescimento e educação da criança, sem justificativas plausíveis, sendo considerado um conceito de natureza psicológica. Por outro lado, no Canadá (especificamente, no Quebec), o abandono está mais relacionado com maus-tratos físicos que causam ferimentos e prejuízos, não sendo tanto uma questão de falta de afeto (Delaville & Pennequin, 2018).

Ainda neste âmbito, é também importante destacar que em muitos dos casos de risco social pode ser visto como uma solução a considerar, a institucionalização da criança. No entanto, mais recentemente tem-se reconhecido que isso pode ter efeitos prejudiciais para o desenvolvimento e o bem-estar da mesma, especialmente nos casos em que a institucionalização ocorra na primeira infância. Nestes casos, os impactos negativos são mais evidentes, tratando-se este de um período sensível do desenvolvimento. (Berens & Nelson 2015; Miller et al. 2015). Um estudo realizado no Quênia em 2011, revelou que 36% dos casos de acolhimento se deviam a pobreza extrema,

seguindo-se por abandono (22%), negligência (21%), abusos físicos e sexuais (8%) e inexistência de capacidades nos cuidadores (8%) (Gayapersad et al., 2019).

Em situações nas quais a criança precisa de ser acolhida pelos serviços de Assistência Social, é previsto que as medidas necessárias sejam tomadas para proteger e garantir todas as suas necessidades (Delaville & Pennequin, 2018). Muitas vezes, isso envolve a tentativa de manter os vínculos com os cuidadores por meio de visitas, visando preservar a relação afetiva com os mesmos. No entanto, devido a circunstâncias situacionais, em muitos casos esses vínculos podem ser interrompidos, o que coloca em risco as necessidades fundamentais da criança (Delaville & Pennequin, 2018). Além disso, as instituições são constituídas por grandes grupos para poucos cuidadores e segundo a *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), identificam-se como altamente prejudiciais várias práticas comuns em instituições ao redor do mundo. Isso inclui o distanciamento social e isolamento, a imposição de rotinas rígidas e repetitivas, a ausência de pertences pessoais e individualidade, bem como a despersonalização da criança. Isso destaca, nos casos em questão, a urgência de procurar estruturas alternativas de suporte familiar (Berens e Nelson, 2015; Gayapersad et al., 2019).

Quanto ao desenvolvimento das crianças residentes, a investigação da literatura sugere a existência de resultados cognitivos abaixo da média quando comparados com crianças criadas em contexto familiar adequado, verificando-se também alterações a nível comportamental e social. (Van et al., 2011). Indivíduos que se encontrem nestas condições tendem a demonstrar insegurança e ansiedade, podendo manifestar comportamentos hostis, agressivos, dependência ou independência excessivas (Leonel et al., 2023). Além disso, podem apresentar também uma autoestima comprometida, respostas emocionais inadequadas e instabilidade emocional (Leonel et al., 2023).

3. Problemáticas Comuns em idade pré-escolar

3.1 Atraso no desenvolvimento da linguagem

Fortemente influenciada pelo crescimento cerebral, a linguagem apresenta-se como um sistema de comunicação baseado em palavras e gramática, essencial para que a criança seja capaz de representar objetos, descrever ações e expressar as suas necessidades (Papalia & Feldman, 2013). Esta habilidade além de uma forma de expressão e comunicação, contribui também para uma

compreensão ativa sobre o mundo e sobre si mesma, tendo um grande impacto na funcionalidade e participação da criança em todos os seus contextos (Papalia & Feldman, 2013).

De acordo com Jean Piaget, o estágio Pré-operacional, que ocorre entre os dois e sete anos de idade, é marcado pelo rápido desenvolvimento das habilidades linguísticas nas crianças. No entanto, observou-se que, apesar do avanço nas habilidades linguísticas, as crianças nesse estágio ainda não são capazes de compreender de maneira lógica ou de entender outros pontos de vista (Morabito, 2018).

Apesar de o desenvolvimento da linguagem em crianças ser altamente variável, existem algumas marcas típicas que podem ser observadas. Caso não se verifiquem pode-se considerar a possibilidade da existência de dificuldades ou atrasos no desenvolvimento linguístico (Papalia & Feldman, 2013).

Entre os 3 e os 4 anos de idade, dificuldades significativas, como vocabulário limitado, formação de frases menos compreensíveis, falta de progresso na expressão de pensamentos e sentimentos, ou dificuldades em compreender comandos apropriados para a idade, podem ser indicativos de um possível atraso no desenvolvimento da linguagem já que nesta fase, espera-se um progresso considerável nesse âmbito (Tang et al., 2024).

Para um desenvolvimento pleno da linguagem, devem estar satisfeitas diversas condições, entre as quais capacidades cognitivas (codificação, capacidade auditiva e visual, reconhecimento e associações, armazenamento), intencionalidade e motivação da própria criança, conexão com o mundo social e interações positivas com os cuidadores de forma a potencializar a repetição (Tang et al., 2024; Wang, 2015). As possíveis causas das alterações na linguagem podem variar e incluir fatores genéticos, ambientais e de saúde. Por exemplo, predisposição genética para dificuldades linguísticas, falta de estimulação linguística adequada no ambiente, problemas de audição, e condições de saúde, como distúrbios neurológicos são alguns dos exemplos que podem contribuir para alterações na linguagem (Papalia & Feldman, 2013).

O brincar e comunicar com a criança assume um papel essencial devendo ocorrer de forma constante até mesmo numa fase em que a mesma apenas emite sons, na medida que funciona como feedbacks linguísticos (Tang et al., 2024; Wang, 2015)

No caso em que a criança apresente alguma alteração no desenvolvimento da fala, deverá considerar-se existência de alguma Perturbação da Linguagem (PL). A PL é diagnosticada quando as dificuldades na aquisição e uso da linguagem persistem e não podem ser atribuídas a deficiências sensoriais, motoras, médicas ou neurológicas, deficiência intelectual ou atraso global

do desenvolvimento. Os sintomas devem manifestar-se no período inicial do desenvolvimento, caracterizando-se por desafios persistentes na fala, escrita e língua gestual. Incluem vocabulário limitado, estrutura frásica restrita e défices no discurso, com habilidades linguísticas significativamente abaixo do esperado para a idade. Essa condição resulta em limitações funcionais na comunicação, participação social, rendimento escolar ou desempenho ocupacional (American Psychiatric Association, 2014).

As Crianças diagnosticadas com PL apresentam variações significativas nas dificuldades linguísticas, abrangendo diferentes subsistemas linguísticos, como semântica, sintaxe, pragmática, fonologia e morfologia. A diversidade também se manifesta na modalidade afetada, podendo envolver dificuldades de produção ou compreensão da linguagem (Bishop, 2014). Apesar disto, considera-se a existência de uma falta de consenso na identificação e classificação de alterações na aquisição da linguagem, o que é uma preocupação significativa, uma vez que impacta o encaminhamento de crianças para intervenção e a comunicação entre profissionais (Bishop et al., 2016). O manual DSM-5 (2014) estabelece critérios para a definição da PL, porém é criticado pela sua perspectiva biomédica e pela falta de consideração para a funcionalidade da linguagem, já que se foca na sua maioria nos aspetos biológicos da mesma (Norbury et al, 2016).

As interações verbais, e estímulos dos adultos, enriquecem a competência linguística da criança. A harmonia entre o crescimento cerebral e a influência das figuras de referência cria um ambiente propício para desenvolver habilidades linguísticas, facilitando a representação eficaz do mundo e a comunicação das necessidades e pensamentos da criança (Papalia & Feldman, 2013). Face ao já mencionado entende-se então que a qualidade das interações entre cuidadores e a criança, tal como já referido anteriormente, apresenta-se como um fator de máxima importância para a aprendizagem da linguagem, já que a mesma se desenvolve através do contexto social e participação da criança no mesmo (Feldman, 2019; Roberts et al., 2019)

Já estudos realizados por Hart e Risley (1995) também notam um rápido crescimento vocabular em crianças (aos dois anos de idade) com maior input linguístico, ou seja, quando maior a qualidade do ambiente linguístico em que a criança se encontra inserida, melhor será o desenvolvimento da linguagem futuro da mesma. Estudos recentes sugerem que o desempenho linguístico de crianças com atraso resolutivo (as que sofrem atraso inicial, mas recuperam) tem uma maior influencia do ambiente linguístico, quando comparado com aquelas com atraso persistente (o atraso no desenvolvimento da linguagem mantém-se), enfatizando a relevância do ambiente no desenvolvimento da linguagem em diferentes padrões de atraso na fala (Jiménez &

Hills, 2023). Outras pesquisas realizadas, revelam que cuidadores com treino parental estão associados a melhores habilidades linguísticas da criança, diminuindo os impactos negativos. O estudo destaca os efeitos positivos do envolvimento dos pais no processo de desenvolvimento da linguagem, tanto em casos típicos, como nos casos que exista atraso no desenvolvimento (Roberts et al., 2019).

A literatura refere também, que o atraso na linguagem pode aumentar o risco de diversas dificuldades ao longo da vida. Existe, então, uma relação entre o desenvolvimento tardio da linguagem e vários aspetos importantes, como níveis mais baixos de educação, desafios no emprego, bem como habilidades sociais e até emocionais comprometidas. Face ao exposto facilmente se entende a necessidade de fornecer suporte adequado durante o desenvolvimento da criança, visando minimizar os riscos (Jiménez & Hills, 2023; Valera-Pozo et al., 2020). Desta forma conclui-se que as causas para as alterações podem ser consideradas multifatoriais. Apesar de a maioria das crianças que apresenta um atraso inicial, não possua algum tipo de transtorno ou perturbação, é essencial agir de forma rápida já que a identificação precoce e intervenção adequada será determinante para potencializar e determinar o curso do desenvolvimento (Jiménez & Hills, 2023). Muitos indivíduos que desenvolvem a fala tarde aceleram a sua taxa de aprendizagem de palavras até alcançar os seus pares da mesma idade durante os primeiros anos; no entanto, muitos desses "desenvolvimentos tardios" acabam por experimentar atrasos futuros em habilidades específicas da linguagem ou algumas tarefas relacionadas à mesma (Jiménez & Hills, 2023).

3.2 Agressividade e regulação emocional

A agressividade trata-se de um comportamento social primitivo cujas funções incidem na satisfação de necessidades (recursos), defesa e proteção (Benedetti-Isaac et al., 2023). Biologicamente, é essencial considerar um comportamento agressivo como algo inato e adaptativo tanto para a vida animal, quanto para o ser humano, sendo este tipo de comportamento utilizado como defesa ou ataque em situações consideradas de angústia ou perigo, sobretudo nos primeiros anos de vida (Barbosa et al., 2021).

Ao falar-se de agressão humana, considera-se a mesma como um conjunto de comportamentos prejudiciais e destrutivos que decorrem da intenção de causar danos a terceiros, sendo a sua prevalência maior no sexo masculino (Hagenbeek et al., 2023, Hofmann & Müller, 2021). Possui expressões distintas, entre as quais se destaca a violência, raiva ou hostilidade. Fala-

se ainda da impulsividade que se encontra amplamente associada à agressão física (Dolejš et al., 2016). Considera-se então o comportamento agressivo um termo cuja definição é complexa, uma vez que possui uma natureza multifacetada e por isso requer uma distinção cuidadosa entre o que podem ser causas patológicas ou não patológicas (Barbosa et al., 2021).

Quando o comportamento ocorre em idade precoce, existe um risco elevado de se desenvolverem futuros transtornos e de ter impactos negativos nos relacionamentos bem como nos resultados educacionais (Vuoksima et al. 2020), podendo até aumentar o risco de condenações criminais (Kassing et al. 2019).

A agressividade tem uma alta prevalência em alguns transtornos neurológicos ou psiquiátricos e comportamentais, sobretudo em pacientes com Deficiência intelectual, sendo a prevalência da agressividade de 45% nos pacientes portadores. Pode ainda estar presente em indivíduos com transtorno de conduta, transtorno desafiador de oposição, ou transtorno explosivo intermitente (Benedetti-Isaac et al., 2023; Radwan & Coccaro, 2020).

O conjunto dos fatores genéticos e ambientais, pode segundo um estudo realizado, desempenhar alguma influência no comportamento agressivo que vai surgindo ao longo do desenvolvimento (Kretschmer et al., 2023). Também exposição a experiências traumáticas e adversas na primeira infância, sobretudo no seio familiar, contribuem para o desenvolvimento do comportamento agressivo já que este surge enquanto mecanismo e estratégia de defesa. Este é considerado um elevado fator de risco, sobretudo quando combinada com disposições temperamentais e neurobiológicas ou com apegos emocionais precoces instáveis e inseguras (Doležalová et al., 2022). Além da função de defesa, não deverá também ser desconsiderado que quando exposta a condutas agressivas, a repetição dos comportamentos assistidos, tende a acontecer, devendo por isso ser evitada ao máximo. Considera-se ainda que a falta de limites parentais e competição com irmãos mais novos poderá também desencadear a manifestação de comportamentos agressivos, ficando assim evidenciadas algumas das possíveis causas (Barbosa et al., 2021).

O reforço do comportamento deverá ser evitado ao máximo, já que quando reforçado, a sua função adaptativa de defesa passa a ser substituída por uma função de chamada de atenção, tendo agora a criança motivações diferentes das adaptativas (Barbosa et al., 2021).

Face ao exposto, a compreensão do comportamento agressivo em crianças num contexto pré-escolar, é um desafio complexo que demanda uma análise abrangente de diversas influências, tais como ambientais, genéticas e sociais (Benatti et al., 2022). Neste contexto é essencial que seja

feita a distinção entre o que são comportamentos que constituem as brincadeiras, ou o que são de facto comportamentos já considerados agressivos (Filho et al., 2016).

Entre o primeiro e o segundo ano de vida da criança, tendem a surgir os primeiros comportamentos agressivos, com crescente manifestação até ao quarto ano de vida. É esperado que a partir deste período, as manifestações agressivas tendam a minimizar devido à aquisição de estratégias de autorregulação, sobretudo em crianças que frequentam o pré-escolar (Filho et al., 2016). Apesar disto, uma investigação realizada revela que os participantes com maior frequência de comportamentos agressivos, tiveram maior tendência em manter esses comportamentos nos anos seguintes, enquanto os com agressividade moderada diminuíram a frequência (Nagin & Tremblay, 1999 citado por Filho et al., 2016).

Em última análise, a compreensão da origem do comportamento agressivo é essencial já que capacita os psicólogos a direcionarem intervenções de maneira mais eficaz. Um processo de intervenção, que considera tanto o ambiente familiar quanto o escolar, é vital para promover um desenvolvimento infantil saudável e a gestão adequada desses comportamentos desafiantes. (Benatti et al., 2022). Intervenções que ocorram em período pré-escolar, vão ter maiores chances de sucesso, já que tal como já referido, nos referimos a este como um período essencial do desenvolvimento (Filho et al., 2016).

4. Intervenção psicológica

4.1 Avaliação psicológica

Uma avaliação psicológica, possui como objetivo a compreensão das características psicológicas do indivíduo, através do fornecimento de informações consideradas relevantes que potenciam o desenvolvimento de hipóteses e prognóstico (Lins & Borsa, 2017). Desde o período da primeira guerra mundial até à atualidade, foram sendo desenvolvidos diversos testes que permitem testar construtos variados, entre os quais inteligência, personalidade, desempenhos, funcionamento mental, entre vários outros (Lins & Borsa, 2017).

Com isto, após uma recolha de informação inicial que permite a formulação de hipóteses, são aplicadas as baterias de testes com o intuito de confirmar ou não as mesmas, e desta forma dirige-se a intervenção na direção que se considere mais adequada (Cunha, 2003).

Para crianças pequenas (entre os 0 e os 7 anos de idade), existe atualmente uma variedade de testes que podem ser utilizados para medir diversas áreas do desenvolvimento infantil, nomeadamente desenvolvimento cognitivo, emocional, social e motor. Apesar disto, um estudo português evidencia que existe uma preocupação com a falta de padronização para a cultura portuguesa, em especial nos instrumentos que medem as habilidades socioemocionais e linguísticas (SeabraSantos et al., 2021). Confirmar a existência de problemas comportamentais através da avaliação psicológica, é essencial neste período pré-escolar, já que se trata da fase durante a qual se desenvolve o controlo comportamental, permitindo desta forma uma intervenção precoce adequada (Beg et al., 2007). Desta forma, poderão ser evitadas problemáticas mais severas no futuro, minimizando os riscos através da implementação de estratégias já numa fase primária da vida do indivíduo (Keenan & Wakschlag, 2000).

Apesar de necessário, avaliar crianças nestas faixas etárias, constitui-se como um grande desafio para o psicólogo já que as mesmas são espontâneas, imprevisíveis e podem não se comunicar de uma forma clara e completa, acabando por dificultar a recolha de informação. Tais características salientam a necessidade de que o psicólogo seja capaz de criar afinidade, seja paciente e possua capacidade de adaptação face às situações imprevisíveis típicas deste tipo de avaliação (Lidz, 1991).

4.2 Jardim de infância e papel do psicólogo

Com o avanço da industrialização, surgiu a necessidade urgente de atender às crianças mais pequenas, evitando que ficassem nas ruas durante o horário de expediente dos cuidadores (Freitas & Shelton, 2005). Em resposta a essa situação, foram criadas organizações para cuidar dessas crianças, sendo importante referir que nessa época a responsabilidade da educação era considerada exclusiva dos pais, especialmente da mãe. Os primeiros jardins de infância foram estabelecidos, inicialmente, e centrados no desenvolvimento de crianças com mais de três anos. Com o passar do tempo, esses jardins de infância foram reconhecidos como desempenhando um papel importante na educação, complementando o papel da família (Freitas & Shelton, 2005).

Progressivamente verificou-se que a ideia de que cuidar era apenas satisfazer as necessidades básicas, foi substituída pelo conceito educar em diversos países, reforçando a importância do atendimento das necessidades das crianças pequenas (Brasil, 1998)

Atualmente, a escola tem um papel crucial no desenvolvimento da criança, sendo um complemento ao ambiente familiar. Nos primeiros anos de vida, a criança, ainda em processo de

desenvolvimento de habilidades sociais, recorre à reprodução do que observa em seu entorno, tanto em casa quanto na escola. Essa instituição escolar é vital, influenciando a forma como a criança se relaciona com o mundo (Barbosa et al., 2021). O ingresso no infantário marca o primeiro contato institucional da criança, sendo opcional em Portugal. Destinado a crianças de 0 a 6 anos de idade, divide-se em creche (até 3 anos de idade) e jardim de infância. Garantir condições físicas e psicológicas desde cedo é crucial, dada a fase crítica do desenvolvimento físico, do sistema nervoso central e da personalidade (Madureira & Baptista, 2016).

A expansão do número de crianças matriculadas em instituições de educação na primeira infância aumentou a necessidade de definir e expandir o papel dos psicólogos. Historicamente, o papel desses profissionais nessas configurações era frequentemente associado à avaliação e identificação de crianças em situação de risco ou com necessidades especiais (Albritton et al., 2019). No entanto, há um interesse crescente em ampliar esse papel para incluir atividades mais proativas, como intervenção precoce e preparação escolar para todos os alunos (Albritton et al., 2019).

O psicólogo quando se encontra inserido numa instituição educativa desempenha um papel abrangente, considerando mais do que apenas os aspetos educacionais, nomeadamente aspetos sociais, cognitivos, físicos e afetivos do indivíduo. A sua atuação inclui a contribuição para a formação de profissionais, auxiliar na elaboração de propostas pedagógicas para o desenvolvimento infantil e analisar interações entre crianças e adultos. Como membro da equipa educacional, o psicólogo disponibiliza conhecimentos psicológicos, procurando compreender a realidade individual. Essa atuação contribui então para redimensionar práticas educacionais (Delvan et al., 2002).

Existem leis em Portugal para o pré-escolar que destacam a necessidade de que exista educação complementar à família, devendo essa educação potencializar diversos aspetos como: estímulos de capacidades, a segurança afetiva, formação moral, sociabilidade, expressão, comunicação, imaginação, criatividade, promoção da autonomia e despiste de alterações (Madureira & Baptista, 2016). A legislação, prevê que as equipas educativas incluam diversos profissionais, entre os quais serviços de psicologia.

O papel do psicólogo no contexto de primeira infância é reconhecido desde 1997, tendo o reconhecimento da sua importância vindo a crescer desde então. O psicólogo oferece uma intervenção individualizada de forma a potencializar o desenvolvimento infantil, sendo que por isso seria ideal a existência de um psicólogo permanente em cada equipa, para que fosse possível

identificar e apoiar as necessidades das crianças sempre que necessário (Madureira & Baptista, 2016).

A visão holística para além do ambiente escolar, bem como a compreensão do desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, faz então parte do papel do psicólogo no contexto da educação, possibilitando um crescimento escolar aprimorado, já que a aplicação do conhecimentos psicológicos promove mudanças internas, capazes de estimular novas formas de expressão, e desta forma possibilita a melhora em questões comportamentais e cria melhores condições nas salas de aula bem como menos conflitos (Santos & Gonçalves, 2016).

Assim sendo, considera-se o papel da psicologia neste contexto fundamental, e vital sobretudo devido à plasticidade da fase de desenvolvimento em questão, podendo a aplicação das técnicas e conhecimento adequados, atenuar possíveis problemáticas através do acompanhamento individualizado (Madureira & Baptista, 2016).

4.3 Abordagem centrada na Pessoa

As abordagens terapêuticas que sustentam uma intervenção psicológica podem ser diversas. Refletem diferentes formas de trabalhar e abordar o objeto de estudo. Neste estágio, a intervenção psicológica baseou-se numa abordagem centrada na pessoa, e por isso será colocada em foco essa mesma abordagem que é considerada como fundamental na área da psicologia e terapia (Rogers, 2003).

Tal como já referido anteriormente, de acordo com a Abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers, o indivíduo é o foco da atenção, sendo que o mesmo é dotado de recursos inatos para o seu desenvolvimento. Assim, qualquer ser humano possui as ferramentas inatas para lidar com as questões e com os obstáculos da vida e atingir o seu máximo potencial (Tendência atualizante) (Rogers, 1957). Segundo o autor, o terapeuta deverá manter uma postura não-diretiva e imparcial, permitindo que o cliente seja o condutor das suas próprias sessões, respeitando a individualidade da pessoa (Telles et al, 2014).

Além dos dois pilares acima descritos, é ainda necessário que o terapeuta possua uma variedade de atitudes necessárias para que a mudança ocorra: (1) O contacto psicológico, que permite que exista uma boa ligação psicológica; (2) O cliente deverá apresentar divergência entre o self e a realidade, ou seja encontrar-se num estado de incongruência; (3) por outro lado é necessário que o terapeuta se encontre num estado de congruência, livre de qualquer tipo de julgamento ou juízo de valor; (4) O olha incondicional positivo para o cliente deverá ser sempre

mantido independentemente das ações do mesmo; (5) É necessário manter uma compreensão empática face ao cliente, entendendo e compreendendo os sentimentos do cliente; (6) Por fim, o cliente deverá compreender todas as atitudes acima referidas (Rogers, 1957).

Considera-se desta forma, que estabelecendo os três principais pilares da abordagem acima referidos, se encontram satisfeitas as condições para que a mudança terapêutica ocorra (Telles et al, 2014).

4.4 Ludoterapia Infantil

A ludoterapia infantil, define-se como uma abordagem psicoterapêutica cujo a principal ferramenta é a brincadeira. O brincar potencia o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança, já que permite explorar sentimentos e experiências, através do estabelecimento de uma relação de confiança, empatia e segurança (Brasil, 2022)

Vygotsky, fez contribuições de máxima importância para a atual compreensão do papel do brincar no desenvolvimento cognitivo infantil. Segundo o mesmo, através da brincadeira que se encontra relacionada com a emoção, a criança consegue satisfazer vontades através de situações e regras imaginárias (Winther-Lindqvist, 2019). O fazer de conta, potencia a criação de cenários sem consequências, permitindo explorar diversas hipóteses. Estudos revelam também que através do jogo simbólico a criança poderá explorar emoções reais (como eventos traumáticos) porém num ambiente que considera seguro, já que a mesma sente que tem controlo sobre o jogo, permitindo assim evitar uma emotividade desregulada (Winther-Lindqvist, 2019). As necessidades mais profundas da criança são então atendidas pelo jogo, sendo o “fazer de conta” essencial para o desenvolvimento da criança (Arce & Simão, 2007). Segundo Gökşen (2014), o brincar influencia o amadurecimento, a autorregulação e felicidade, já que os níveis são mais elevados quando comparados com os indivíduos que brincam menos. Além disto, não apenas os aspetos sociais devem ter sido em linha de conta, mas também as questões cognitivas podem ser potencializadas através do “fazer de conta”, nomeadamente a memória, atenção, imaginação e a imitação (Gökşen, 2014).

A ludoterapia é, então, utilizada por terapeutas de todo o mundo, como uma ferramenta importante para lidar com questões do foro emocional e comportamental (Heshmati et al., 2023).

Conroy & Perryman (2022), consideram a Ludoterapia Centrada na criança, como sendo uma intervenção de grande potencial quando aplicada a crianças expostas a trauma, uma vez que potencia uma ampla compreensão das emoções e potencia os níveis de autorregulação, já que

contribui para o desenvolvimento do sistema nervoso autônomo, mostrando-se altamente eficaz para melhorias de questões de comportamento. Já Heshmati et al (2023), ao realizar um estudo no contexto pré-escolar, verifica que os sintomas de crianças expostas a trauma tendem a diminuir de intensidade durante o decorrer da intervenção apoiada no modelo centrado na criança. Assim sendo, os demais resultados sugerem a eficácia do método em crianças pequenas, além de que potencia uma maior expressão emocional, autoaceitação e responsabilidades (Azizah & Ariani 2020, citado por Heshmati et al., 2023).

PARTE III – CASOS CLÍNICOS

5. Caso Clínico. “Filipe” - Acompanhamento Psicológico

5.1 História clínica e familiar

A primeira sessão de acompanhamento psicológico de Filipe (Nome fictício), teve início em dezembro de 2022. Foram realizadas no total 21 sessões de acompanhamento psicológico presenciais, (Considerando as respetivas interrupções e atividades letivas) sendo que três das mesmas corresponderam aos momentos de avaliação psicológica. Foi realizada uma sessão de acompanhamento por semana, tendo cada uma a duração de 35 minutos. Toda a intervenção baseou-se na ludoterapia Centrada na criança, sendo por isso o principal objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica com base numa atitude de aceitação e compreensão empática.

Inicialmente foi aplicada uma entrevista semiestruturada presencial, à encarregada de educação visando a recolha de informações acerca do desenvolvimento e histórico familiar de Filipe. A recolha de informação permitiu uma compreensão mais detalhada e completa acerca da situação.

5.1.1 Identificação:

Filipe, é uma criança de 4 anos, de nacionalidade portuguesa e identifica-se como género masculino indo ao encontro com a sua condição biológica (sexo masculino). No momento da entrevista vivia com o tio paterno e a namorada no mesmo. Após ter sido retirado da habitação dos pais, ficou sobre a guarda dos tios. Frequentava o jardim de infância de uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) católica na área metropolitana de Lisboa, onde vive.

5.1.2 Dados de observação na primeira sessão:

Filipe apresentava-se sempre com uma aparência asseada e cuidada, vestindo roupas limpas, confortáveis e que se adequam ao ambiente do jardim de infância. Possuía uma estatura pequena e magra para a idade com uma postura que se manifestava agitada (agitava muito os braços enquanto fala estando constante movimento). Não se observaram maneirismos ou alterações na motricidade e o seu discurso foi fluente e de acordo com sua faixa etária, embora por vezes demonstrasse um discurso pouco articulado e difícil de compreender. Filipe mostrou-se uma criança lúcida, vígil e bem orientada no espaço e no tempo (sabia onde estava e tinha noção

dos dias da semana já que sabia precisar quando iria de fim de semana). Quanto ao seu humor foi considerado Eutímio, adaptando as suas emoções consoante as situações.

5.1.3 *Motivo do Pedido:*

A informação aqui detalhada foi recolhida através da educadora, encarregada de educação, responsável pela unidade de apoio à infância e durante o período de observação no contexto de sala de aula.

O motivo para encaminhamento psicológico de Filipe incidia sobretudo na preocupação por parte da educadora e da tia paterna do mesmo, devido ao comportamento agressivo e dificuldades interpessoais manifestadas. No jardim de infância, Filipe revelava ser uma criança agressiva para com os colegas, sendo frequente usar violência física (bater) nos mesmos estando constantemente envolvido em brigas, brincadeiras agressivas (empurrar, atirar-se para o chão, atirar objetos aos pares etc.) ou birras sérias. A agressividade era manifestada face aos materiais da sala (atirava-os e danificava-os). Tais comportamentos tinham vindo a representar um desafio para a educadora, pois perturbavam o desenvolvimento das atividades acabando por ter um impacto negativo no ambiente da sala.

No seu ambiente familiar, embora Filipe demonstrasse respeito pela tia com quem coabitava, exibia também agressividade em relação aos primos da sua idade com uma tendência a brincar de forma agressiva. Além disto a tia referiu que em casa Filipe tinha tendência em atirar os brinquedos pela janela ou contra as paredes. Mencionou, ainda, situações de automutilação no qual Filipe se mordida a si próprio, porém relata que tais situações não voltaram a repetir.

5.1.4 *Anamnese Biográfica e História Familiar*

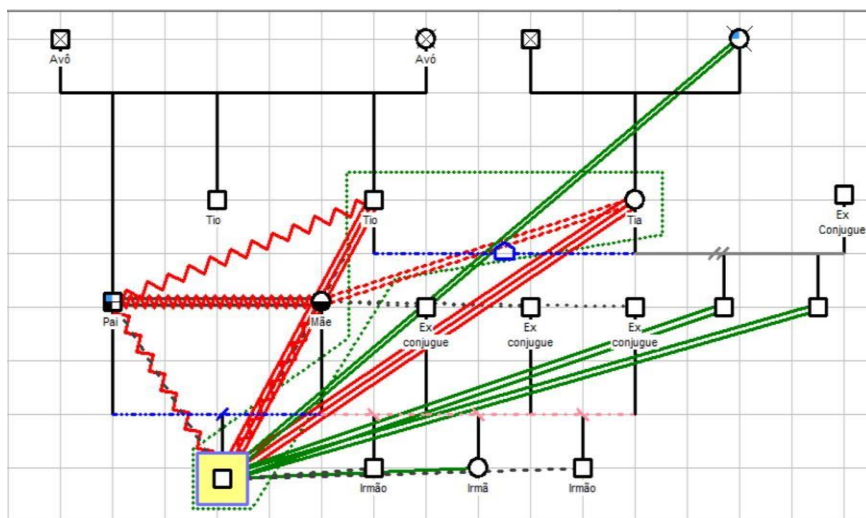
Filipe nasceu na Área metropolitana de Lisboa, fruto de uma gravidez indesejada por parte dos pais, tendo sido retirado aos mesmos devido a situação de negligência, exposição a violência e, ainda, a consumos de álcool e Drogas. A criança foi o quarto filho da mãe (o mais novo) e o primeiro do pai, sendo os irmãos de Filipe todos filhos de pais diferentes. Após a retirada Filipe aos pais, este passou a viver com seu tio paterno e com a sua parceira, com a qual o seu tio mantinha um relacionamento amoroso há 6 anos. A sua tia paterna era, de facto, a sua encarregada de educação. Os tios apresentavam uma posição económica baixa, vivendo numa casa camarária. Eram proprietários de um pequeno café no qual ambos trabalham. Filipe foi criado num ambiente familiar marcado por problemas relacionados com o consumo de álcool, drogas e tabaco por parte

dos pais. Desde o nascimento, que ele foi exposto a um ambiente de negligência e falta de cuidados básicos e emocionais. O seu pai, irmão do tio com quem atualmente residia, possuía um histórico de consumo de drogas, embora tivesse realizado desintoxicação, poucos meses antes da entrevista. Apesar disso, o pai mantinha nesta altura o consumo de álcool e tabaco. A mãe de Filipe tinha um histórico semelhante ao do pai quanto ao consumo de drogas, álcool com suspeita de práticas de prostituição. A relação dos pais era conflituosa com episódios frequentes de violência física e verbal entre si. Também manifestavam condutas desadequadas em relação ao Filipe. Por exemplo, este era deixado, frequentemente, sozinho em casa dentro do carro de bebé durante várias horas, enquanto a mãe ia para o café. A alimentação era deficitária e, muitas das vezes, não era atendida. Uma situação na qual o pai apareceu alcoolizado para ir buscar Filipe à creche, resultou na retirada de Filipe aos pais. Após este evento, Filipe passou cerca de 6 meses numa instituição de acolhimento residencial, e uma vez que os tios paternos eram a família com residência mais próxima de Filipe, estes acabaram por assumir a sua guarda, estando, desde então, sobre os seus cuidados.

Apesar das restrições judiciais, os pais de Filipe, ainda, se cruzavam com Filipe na rua e perto do seu jardim de infância, dado que residia numa residência consideravelmente próxima à dos pais. Filipe oferecia resistência quanto ao contacto com os seus pais.

Figura 1

Genograma da família de Filipe - Caso clínico A



O genograma permitiu uma representação gráfica do sistema familiar e a caracterização das relações familiares de Filipe até à terceira geração.

Ao analisar a estrutura familiar, verificou-se uma configuração familiar nuclear constituída pelo Filipe, o seu tio paterno e a companheira deste, habitando a residência anteriormente ocupada pela falecida mãe da companheira do tio. Antes do falecimento da sogra do tio devido a Alzheimer, Filipe mantinha uma relação de proximidade e harmonia com ela. Notou-se que a relação entre Filipe e os tios era principalmente caracterizada por uma dinâmica de dependência, com poucos sinais evidentes de proximidade emocional ou harmonia. Durante a entrevista para coleta de informações, a própria tia mencionou que, devido ao comportamento da criança, ela adotou uma postura rígida, descrevendo-se como uma pessoa reservada que não tinha o hábito de demonstrar afeto ou carinho. O tio com quem Filipe residia era caracterizado como menos rígido, porém, devido ao fato de passar a maior parte do dia a trabalhar, não mantinha um contato próximo com o sobrinho.

A nível das relações familiares, o genograma apresenta, assim, uma configuração familiar complexa e conflituosa. A mãe da criança teve múltiplos relacionamentos amorosos rompidos, resultando em filhos de pais diferentes evidenciando instabilidade nos relacionamentos conjugais. O relacionamento violento entre esta e o pai resultou na retirada da criança do lar. Filipe apresentava uma relação hostil e distante com os seus pais, que habitavam, na atualidade, no mesmo bairro social que Filipe. Ainda analisando as relações familiares, identificou-se um grande conflito entre a tia (cônjuge do tio paterno com quem vivia) e a mãe da criança. Tal situação contribuía para uma maior tensão na dinâmica familiar. Durante a recolha de informação, a sua tia paterna, com a qual vivia, fez menção à existência de ciúmes da parte da mãe da criança para com ela, bem como à ocorrência de ofensas verbais (Da mãe para com ela). Apesar de todos os conflitos familiares, Filipe exibia uma relação próxima com os filhos dessa mesma tia, seus primos, o que parecia funcionar como uma importante forma de apoio emocional. Mantinha, ainda, contacto com uma das irmãs.

Coloca-se em evidência a situação de violência doméstica entre os pais (potencial efeito prejudicial emocional na criança) bem como a presença de problemas relacionados com hábitos de consumo (mãe e pai).

Já no que se refere ao contexto escolar, Filipe enfrenta diversos desafios, já que frequenta uma sala com diversos problemas comportamentais e alguns autistas. A educadora refere sentir-se exausta e assume que recorre com muita frequência ao castigo, embora assuma que Filipe não demonstre compreensão acerca dos motivos que o levaram ao castigo. A mesma refere ainda que recorre a esta medida por sentir que não tem mais alternativas e que já tentou todos os recursos.

Apesar disto, Filipe é acarinhado por todos na instituição demonstrando muito afeto pela coordenadora da unidade. Recentemente, a tia expressou preocupação com a possibilidade de perder a casa, manifestando interesse em obter a guarda definitiva de Filipe. Nesta fase Filipe demonstrou-se mais agitado e começou a roer a pele dos dedos até fazer ferida.

Durante o período pré-natal, houve um comportamento não normativo com poucos cuidados, pois a mãe continuou a consumir álcool, drogas e tabaco durante a gestação, sem acompanhamento médico adequado. Filipe nasceu prematuro e com baixo peso, necessitando de ficar na incubadora por um tempo, mas não enfrentou complicações graves.

No primeiro ano de vida, Filipe enfrentou uma grande falta de cuidados básicos e emocionais, com uma carência afetiva significativa. Ficava frequentemente sozinho em casa ou no carro de bebê por várias horas, sem alimentação adequada, ou era levado para o café com a mãe onde permanecia todo o dia: “Tinham que ser as outras pessoas a ir dar comida e a trocar a fralda” (sic), “Chegava a casa e o miúdo estava no carro aos gritos com a fralda suja e cheio de fome” (sic). A sua dieta era principalmente composta por alimentos pouco saudáveis. Além disso, até sair da casa dos pais, ele não tinha brinquedos.

Sobre o desenvolvimento apesar, de a tia não possuir muitas informações sobre um período mais precoce da vida de Filipe, ela menciona que, quando assumiu a sua guarda, ele ainda não andava nem falava. De acordo com a educadora há relatos de que ele começou a andar tarde e teve dificuldades na fala até recentemente. Também enfrentou problemas para mastigar alimentos como carne. Por volta dos três anos começou a falar, até o início deste ano letivo, a sua fala era quase impercetível. Porém, atualmente, ele demonstra um grande desenvolvimento na linguagem, sendo capaz de se expressar muito bem.

Na atualidade, Filipe parece ser ainda resistente ao consumo de carne, no entanto já não enfrenta grandes dificuldades para se alimentar. Deixou também de acordar à noite a gritar, dormindo a noite toda sozinho. Além disto, possui controle total dos esfíncteres e pede para ir à casa de banho sempre que necessário, embora ainda precise de muita ajuda nas atividades diárias como vestir roupas simples, calçar-se e na sua higiene pessoal. É acompanhado regularmente em consultas de desenvolvimento e pelo médico de família. Em termos de saúde física, verificam-se alguns problemas reparatórios sendo necessária a utilização de bomba para o alívio da falta de ar, apesar de ainda não ter um diagnóstico. Os médicos relacionam a sua baixa imunidade com a exposição pré-natal a toxinas e a falta de cuidados iniciais durante a gestação.

5.2 Avaliação psicológica – Instrumentos de Avaliação

A avaliação psicológica levada a cabo para explorar este caso clínico assentou no uso de várias ferramentas ou métodos de recolha de dados, para além da entrevista e observação clínicas e genograma. Os instrumentos usados pretenderam, explorar áreas do desenvolvimento humano, bem como alguns aspetos inerentes à personalidade.

5.2.1 *Escala de desenvolvimento mental Ruth Griffiths*

Face ao exposto e considerando as problemáticas apresentadas e história clínica, considerou-se apropriada, na subsequente avaliação psicológica de Filipe, a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de Griffiths (2004) de forma a verificar, precocemente, algum risco, alteração ou desvio no desenvolvimento em algum dos domínios (físico, cognitivo, social).

Ruth Griffiths, pioneira na intervenção precoce, criou um instrumento de avaliação abrangente para medir as competências sociais, motoras e cognitivas de crianças nos primeiros anos de vida (Griffiths, 1954). Este instrumento é mais do que um simples teste de inteligência avaliando, assim, diversas habilidades da criança e competências de desenvolvimento infantil nas faixas etárias dos 0 aos 8 anos (Borges et al., 2012). Desta forma, engloba seis subescalas específicas entre as quais: (1) locomoção, composta por vinte e oito itens (equilíbrio, coordenação motor e movimentos), (2) pessoal- Social composta por trinta itens (autonomia e interação social), (3) linguagem composta por vinte e oito itens (Compreensão e expressão da criança), (4) coordenação olho/mão composta por 26 itens (coordenar movimentos visuais e das mãos - desenho), (5) realização (Resolução de problemas e raciocínio) e (6) raciocínio prático (Resolução de problemas práticos e tarefas do dia a dia) (Borges et al., 2012). A sequência de comportamentos existente em cada subescala, permite ao psicólogo realizar uma avaliação abrangente do desenvolvimento, e posteriormente, traçar um perfil de desenvolvimento colocando em destaque as áreas mais e menos desenvolvidas da criança. Isto contribui para o diagnóstico e para a visão qualitativa do comportamento (Borges et al., 2012). Primeiramente, deverá ser calculada a idade cronológica da criança. Durante a aplicação da escala, devem ser apontados os números de itens que a criança acerta para que posteriormente sejam somados para cada uma das subescalas, que se irá traduzir num subquociente bruto de desenvolvimento. Através da comparação com as notas Standart, pode-se verificar quais se encontram mais ou menos desenvolvidas (Borges et al., 2012).

A versão revisada (2006) para a população portuguesa apresenta resultados psicométricos satisfatórios, com coeficientes alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,90, indicando uma boa consistência interna. Isso reforça a confiabilidade da escala na avaliação do desenvolvimento infantil (Borges et al., 2012).

5.2.2 Teste de Aperceção Infantil com figuras de animais (CAT)

Tendo em conta as problemáticas apresentadas e história clínica, considerou-se apropriada, a aplicação da escala a fim de possibilitar medir os aspetos da personalidade da criança (Formiga & Mello, 2000).

O teste projetivo usado é uma adaptação do Teste de Aperceção Temática (TAT), sendo o seu objetivo a avaliação holística da personalidade de crianças na faixa etária entre os 3 e os 10 anos de idade (Anzieu, 1986). Este teste consiste em dez pranchas ilustradas com imagens de situações humanas representadas por animais, usadas como estímulos para respostas projetivas (Anzieu, 1986; Formiga & Mello, 2000). O psicólogo apresenta cada prancha individualmente, e solicita que esta descreva o que vê ou conte uma história, devendo atentar na narrativa, e em toda a postura corporal da criança (Formiga & Mello, 2000). Os resultados são qualitativos no sentido que analisam diversos aspetos como os temas, as personagens, as emoções e a dinâmica de toda a história, o psicólogo necessita então de verificar a linguagem, a organização e todos os detalhes utilizados (Anzieu, 1986).

A sua utilidade, assenta sobretudo na avaliação de impactos de traumas (Abusos, maus-tratos, perdas, negligência) e na identificação de transtornos infantis, através da análise de: temas, heróis, visões da criança, objetos nas narrativas, conceção do mundo, conflitos e defesas. A escolha de animais procura facilitar a expressão criativa da criança e revelar fantasias e medos, permitindo identificar a reflexão do conteúdo latente, e a transição do imaginário para o real, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da psicodinâmica da criança (Boekholt, 2000).

5.3 Avaliação psicológica – Resultados dos instrumentos de avaliação

5.3.1 Escala de desenvolvimento mental Ruth Griffiths

Devido às condições da instituição e instalações disponíveis, a aplicação da escala decorreu num ambiente pouco acolhedor e com alguns fatores de distração para a criança. Filipe demonstrou pouco investimento e adesão ao que lhe era solicitado durante a situação de avaliação. A sua postura foi inquieta e resistente. Os resultados obtidos no instrumento escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths (2004), demonstram que Filipe tinha uma idade cronológica de 4 anos 5 meses e 26 dias, e idade mental de aproximadamente de 54 meses. Apresentava, ainda, um quociente geral de desenvolvimento de 72,22. Este resultado foi revelador de um nível de desenvolvimento inferior ao esperado, considerando a sua idade cronológica. Também em todas as subescalas da prova, apresentou resultados que se situavam significativamente abaixo do nível esperado considerando a sua faixa etária.

Figura 2

Perfil de desenvolvimento - Caso clínico A

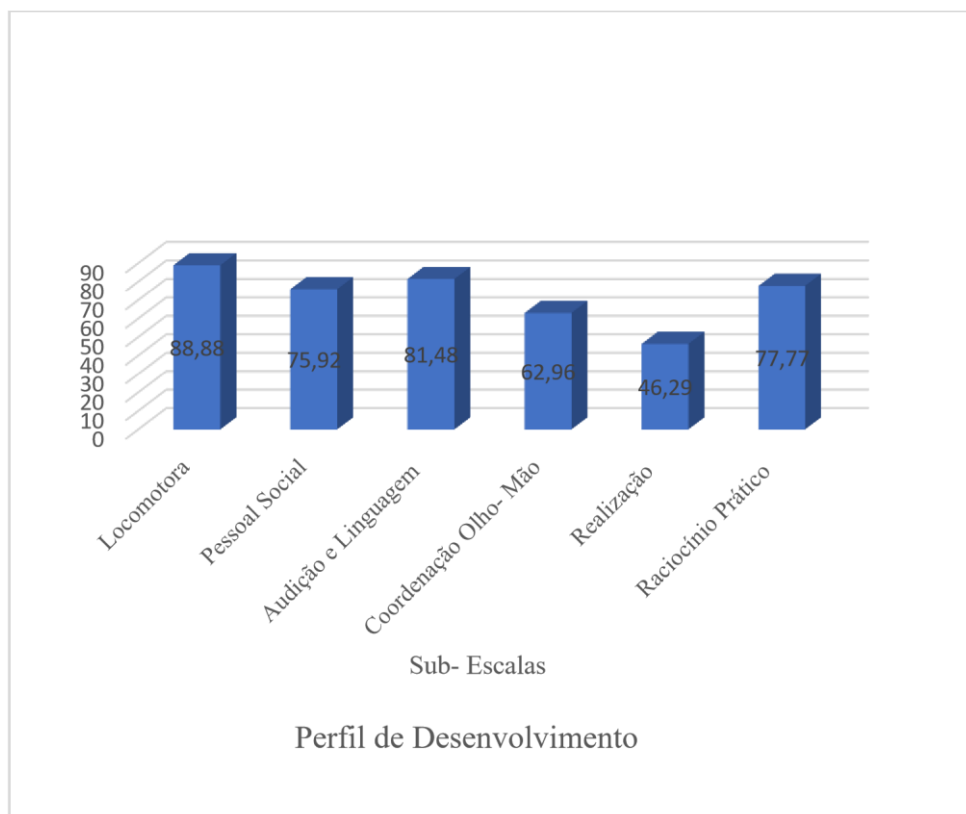


Tabela 1 Resultados Obtidos em cada Subescala - Caso clínico A

Subescalas	Notas obtidas	Notas standart	Descrição
Locomotora	88,88	100,75	Subescala com maior pontuação, sendo sugestiva de uma motricidade global preservada, embora com algumas dificuldades na coordenação e equilíbrio.
Pessoal-Social	75,92	101,29	Destaca-se a existência de poucas competências em questões de autonomia, pouca independência e baixa capacidade de interação com os pares.
Audição/Linguagem	81,48	99,18	Apesar de a baixo da média, revela possuir boas competências na linguagem recetiva e expressiva.
Coordenação olho/mão	62,96	99,94	Subescala com segunda menor pontuação, revelando pouca motricidade fina e destreza manual, bem como dificuldades nas competências visuo-motoras (Não consegue cortar com a tesoura ou copiar figuras)
Realização	46,29	99,98	Pontuação mais baixa, destacando-se pouca rapidez e precisão na execução das tarefas, sendo sugestivo de dificuldades nas capacidades visuo-espaciais.

Raciocínio Prático

77,77

99,35

Demonstra dificuldades nas questões morais, bem como em ordenar sequências. Apesar disto apresenta uma boa capacidade de resolução de problemas práticos.

O facto de todas as escalas se encontrarem abaixo do esperado pode ser sugestivo de algum atraso em todos os aspetos avaliados, incluindo habilidades motoras, habilidades sociais e pessoais, linguagem, coordenação olho-mão e desempenho geral. Isso considera-se indicativo de um desenvolvimento global comprometido em várias áreas

Apesar disso, deve ser considerada a hipótese de que o fraco desempenho nas subescalas de realização e coordenação olho- mão, possa estar relacionado com dificuldades a nível da precisão motora, bem como com estado de agitação no qual a criança se encontrava na altura da avaliação.

A fraca resistência à frustração deverá também ser considerada, na medida em que a criança desiste rapidamente da atividade, nos casos em que esta tenha um grau de dificuldade mais elevado ou não vá ao encontro com as suas preferências. Este aspeto é reforçado pelo facto de na tarefa de colocar as contas no fio, apesar de ser algo que envolve precisão motora e concentração, Filipe se ter demonstrado interessado, concentrado e ter conseguido concluir a tarefa com sucesso. O *setting* desadequado poderá também ter influenciado os resultados, uma vez que não se tratando de um espaço neutro e ideal.

Apesar dos resultados serem inferiores aos esperados, considera-se após analisar todas as condições, que não tenham de ser necessariamente garantia de grandes dificuldades cognitivas ou linguísticas, devendo também ter sido em linha de conta a insuficiente estimulação cognitiva e emocional vivenciada desde uma fase inicial da vida, bem como a ausência de motivação para a execução das tarefas, que terá condicionado a execução das provas e os resultados.

5.3.2 *Teste de Aperceção Infantil com figuras de animais (CAT)*

Durante a aplicação da prova, Filipe manifestou uma alta resistência, o que resultou na impossibilidade de obtenção de algum tipo de resultados. Ao serem apresentadas as pranchas, não foi obtida resposta em nenhuma delas: Filipe tentava rasgá-las, manifestando a sua relutância em realizar a tarefa. A sua atitude pode, no entanto, ser considerada como uma forma de lidar com estímulos que possam ser de alguma forma perturbadores, funcionando como uma forma de defesa contra situações que causam desconforto ou sejam para si adversas.

Face ao exposto, coloca-se a hipótese de que o seu fraco investimento, esteja relacionado com algum tipo de impacto a nível emocional provocado pelas imagens apresentadas, já que as mesmas remetem para vivências de carência e angústias de abandono, o que poderá resultar na frustração e resistência de Filipe. Face à ausência de conteúdo, optou-se por não aprofundar as interpretações do CAT já que se correria o risco de serem demasiado especulativas e afastadas da realidade, fugindo desta forma ao profissionalismo pretendido.

5.4 Sessões de acompanhamento Psicológico

As sessões de acompanhamento psicológico de Filipe tiveram o número total de 21 sessões semanais com uma duração aproximada de 35 minutos cada e decorreram entre o mês de dezembro e o mês de junho. Tiveram como a abordagem centrada na criança, nomeadamente a ludoterapia como abordagem central. O espaço utilizado foi uma sala de jardim de Infância que não era utilizada e continha todas as condições necessárias.

As três primeiras sessões corresponderam aos momentos de avaliação psicológica e tiveram a duração de cerca de 35 minutos cada.

5.4.1 *1ª sessão*

A primeira sessão destinou-se sobretudo ao estabelecimento da base para a construção de uma relação de confiança entre mim e Filipe. O objetivo principal era, assim, a criação de um ambiente de segurança, empático e de aceitação que potencializasse o um vínculo terapêutico entre nós de modo a ajudar a identificar e explorar os sentimentos de Filipe.

Logo numa fase inicial, Filipe demonstrou um grande entusiasmo em acompanhar-me até à sala de atendimento (deu-me a mão e foi a sorrir todo o caminho). Ao entrar na sala mostrou muita curiosidade face aos materiais que lá se encontravam. A sala dispunha de condições

adequadas para o desenvolvimento das atividades contanto com diversos materiais entre os quais folhas, canetas, plasticinas, bonecos fantoche e vários outros brinquedos.

No início da primeira sessão, foi explicado a Filipe que poderia falar sobre qualquer assunto do seu interesse e realizar as atividades que tivesse vontade, devendo apenas respeitar algumas regras básicas (apenas poderia sair da sala comigo e deveria cuidar e arrumar, caso utilizasse, os materiais disponíveis).

No decorrer da sessão, Filipe entusiasmou-se, principalmente, com as plasticinas e acabou por ir nomeando verbalmente as cores e as figuras que ia criando. Enquanto tentava abrir as embalagens repetiu diversas vezes a frase “Eu não consigo” (sic). Procurei ajudar e incentivá-lo e Filipe acabou por abrir todas as embalagens sozinho. Apesar de existirem lápis e folhas disponíveis, não demonstrou interesse em fazer qualquer desenho apesar de ser sido encorajado a fazê-lo.

Ainda no que se refere ao *setting*, é importante referir que na entrada da sala se encontrava uma piscina de bolas, que tornou o final deste primeiro encontro mais desafiante, já que no término da sessão Filipe demonstrou uma forte insistência em entrar nela. Isto resultou em momentos de resistência quando lhe foi negado o acesso. Como consequência dessa recusa, ele acabou por regressar à sala visivelmente perturbado e a chorar devido à situação.

5.4.2 2ª Sessão

Na sessão subsequente, foi importante reforçar a regra de permanecer na sala onde se levava a cabo as sessões de acompanhamento, destacando a importância de seguir as regras antes estabelecidas. Durante a sessão, foi-lhe explicado, calmamente, que tínhamos um acordo quanto à forma de estar na sala durante as sessões e que podia brincar com todos os brinquedos menos a piscina de bolas. Apesar disto, Filipe expressou o seu desejo em ir brincar na mesma e começou a correr em direção à porta. Nesse momento, foi-lhe explicado que não era o combinado e por isso se não respeitasse essa regra seria necessário retornar à sala de jardim de infância mais cedo. A criança, prontamente, fez um pedido de desculpas ao qual eu manifestei compreensão pelo seu forte interesse na piscina. Apesar do sucedido, Filipe voltou a insistir em ir para a piscina, resultando novamente no seu retorno antecipado à sala, acompanhado de lágrimas.

Após as situações mencionada anteriormente, em consenso com a instituição, decidiu-se remover a piscina de bolas do ambiente. Essa medida revelou-se útil para lidar com a forte preferência da criança por ela durante as sessões subsequentes.

5.4.3 3ª Sessão

Observou-se numa terceira sessão, uma progressiva melhoria na comunicação entre mim e o Filipe. No início da mesma, Filipe apresentou manifestações de carinho e interesse em conversar. Correu na minha direção, abraçou-me e iniciou os seus relatos sobre os brinquedos em casa, preferências televisivas e sobre o seu desejo de ir à praia. A resistência manifestada, inicialmente, em relação ao desenho diminuiu, mostrando interesse em desenhar alguns rabiscos de forma rápida.

A sua constante insegurança foi notória nas sessões. Filipe afirmava: "Não consigo" quando desempenhava as diversas atividades (abrir embalagens, fazer figuras com plasticina). Face a isto, o incentivo para realizar tarefas sozinho foi resultando, destacando-se os feitos bem-sucedidos.

Quando brincava na cozinha, Filipe fingia partilhar comida comigo, porém partilhava sempre pedaços muito pequenos, afirmando que os grandes eram todos para ele.

Filipe foi-se revelando mais comunicativo, compartilhando vivências e demonstrando menos agitação. Na fase final da sessão, tentou guardar brinquedos no bolso, expressando o desejo de levá-los para casa. Foi-lhe explicado que os brinquedos pertenciam à sala e não se podiam levar para fora, mas que estariam novamente disponíveis para ele brincar na próxima sessão. Tal explicação causou-lhe desagrado o que o levou a começar a atirar brinquedos. Apesar disso, o estabelecimento de uma comunicação eficaz pode no final ser considerado um progresso na construção da relação terapêutica.

5.4.4 4ª Sessão

A partir da quarta sessão, notaram-se mudanças no comportamento de Filipe. Embora ainda expressasse dúvidas sobre suas capacidades pessoais, começou a tentar realizar tarefas sozinho com sucesso. Ao ser questionado sobre as suas ações agressivas na escola, respondeu de forma simples, atribuindo tais condutas à peculiaridade dos colegas: "Bato porque sim, eles são malucos" (Sic). Demonstrou também preocupação com a educadora doente, expressando o medo de esta não regressar. Durante a sessão, Filipe revelou preferência por assistir ao canal Panda sozinho em casa e, finalizou a sessão, levando a cabo brincadeiras, como a simulação de fazer um bolo de aniversário para si mesmo.

5.4.5 5ª Sessão

Na quinta sessão, Filipe questionou a possibilidade de ir à minha casa, sendo explicado que não seria viável devido à distância. Durante a brincadeira (livre) de médicos, expressou que estava muito doente, mencionando que "os doutores são maus". Nesse momento, começou a buscar mais atenção e proximidade, solicitando carinho para sentir-se melhor e recuperar. A uma determinada altura, Filipe muda de brincadeira e passou a dar ordens, assumindo o papel de "senhor". Posteriormente, numa brincadeira de supermercado, ele tomou a liderança, escolhendo os itens que eu deveria comprar. Colaborei com as suas exigências enquanto respondia empaticamente "Parece que gostas de ser tu a escolher as coisas" (Sic). Verificou-se, ainda, que Filipe partilhou mais vivências acerca da sala de aula revelando ter um amigo preferido, apesar de apresentar comportamentos agressivos em relação ao mesmo.

5.4.6 6ª Sessão

Na 6ª sessão, Filipe mostrou-se bastante entusiasmado quando descobriu um conjunto de missangas grandes para montar um colar. Animado acabou por descrever cada uma das missangas que tinham formas de animais e identificar as suas cores (errando em várias). Pela primeira vez, fez menção à tia paterna com quem vivia: "A tia é boa, mas maluca, está sempre a bater" (sic), referiu. Compartilhou, ainda, que tinha uma gata em casa referindo: "Não é minha amiga... morde-me" (sic), evidenciando alguma frustração para com o animal. Tentei então fornecer respostas de forma a transparecer que tinha compreendido a sua frustração e que entendi que o comportamento da gata o desagradava.

5.4.7 7ª Sessão

Filipe iniciou a 7ª sessão a partilhar o seu comportamento inadequado pela manhã, reconhecendo a necessidade de se portar bem para evitar castigos: "Fiquei de castigo porque bati no amigo, não devia ter batido" (sic). Durante a sessão, ao deparar-se com um estetoscópio de brincar, iniciou uma brincadeira que revelou um comportamento inédito. Apontou para minha barriga e sugeriu deitar-se sobre ela, tentando também puxar minha camisola para cima, mencionando ter visto algo semelhante na televisão: "Os meninos deitam-se em cima das meninas" (sic). Na sequência deste episódio, expliquei que levantar as roupas das pessoas, sem o seu consentimento, era incorreto podendo deixá-las desconfortáveis.

Nessa mesma sessão, Felipe criou uma história envolvendo um pai, uma mãe e um bebê, destacando a saída temporária da mãe, mas com o pai a assumir o cuidado do bebê e, posteriormente, resgatando a mãe que se encontrava em perigo. Manifestou uma maior necessidade de proximidade para comigo, solicitando colo e abraços repetidamente. No final da sessão, mostrou-se agitado e tentou fugir para o jardim. Nesta tentativa de fuga, Felipe demonstrou-se desafiante enquanto segurava o puxador da porta e olhava para mim. Esclareci que compreendia o seu desconforto e que podíamos encerrar a sessão caso ele o desejasse. Assim o fizemos.

5.4.8 8ª Sessão

Na 8ª sessão Felipe encontrava-se bastante agitado. Começou a atirar os brinquedos e a tentar subir para a mesa. Procurei clarificar o seu sentimento presente naquele momento “Parece que estás chateado ou que algo te está a incomodar” (sic), afirma que sim, porém não explica o motivo e eu não insisto, buscando não direccionar a conversa.

Nesta sessão, encontrava-se na sala um pequeno colchão e uma televisão que remeteu a criança a relatar que tinha presenciado algum tipo de ato sexual entre a tia e o tio, tendo sido utilizados termos e descrições bastante específicos por parte de Felipe. Os termos e descrições específicas utilizadas eram sugestivas de algum tipo de exposição ou erotização precoce. Após esta partilha, Felipe pediu segredo gestualmente colocando o dedo indicador em frente à boca, ameaçando atirar um brinquedo aos tios, sendo sugestivo de que existia noção de que presenciou algo errado. Em seguida, simulou uma situação em que ele era o educador e eu o aluno que deveria ficar de castigo. De maneira incomum, após a brincadeira ele solicitou para ir para a sala mais cedo, indicando desconforto. Expliquei que poderia encerrar a sessão mais cedo se fosse da vontade dele.

Em retrospectiva, nas sessões 7 e 8, verificou-se que Felipe teve uma maior abertura nas partilhas, o que poderá sugerir o estabelecimento de uma relação de maior confiança entre nós. É importante fazer menção ao facto de que as temáticas sensíveis que foram abordadas nas sessões, levantaram diversas preocupações quanto ao ambiente no qual Felipe coabita e quanto à dinâmica familiar, que foram posteriormente discutidas com a orientadora de estágio.

5.4.9 9ª Sessão

Na 9ª sessão Filipe voltou a expressar as suas dificuldades na execução de algumas tarefas como abrir caixas e fazer figuras com plasticina, repetindo novamente com frequência “Eu não consigo” (sic). Iniciou uma conversa sobre o que iria fazer no fim de semana que se aproximava, referindo que iria para o café dos tios passar o dia e que iria ficar a ver desenhos animados enquanto eles trabalhavam. Referiu, ainda, que gostava muito de frequentar o café. Nesta sessão evidenciou-se o facto não ter sido feita qualquer menção relativamente os conteúdos sensíveis abordados nas sessões anteriores, e que eu procurei também manter uma abordagem não diretiva, evitando falar sobre os mesmos.

5.4.10 10ª Sessão

Nesta sessão, o Filipe retornou à temática do castigo, colocando um urso de peluche no canto da sala como forma de punição pelo seu comportamento. Reforcei a ideia de que o urso poderia comportar-se bem na próxima vez para evitar o castigo. Ainda durante a sessão, Filipe partilhou um pedaço generoso de plasticina comigo, o que representa um avanço, considerando que antes só oferecia pedaços pequenos como referido anteriormente. Ele parecia mais silencioso do que o habitual, e optei por respeitar esse silêncio. Quando contrariado numa situação na qual queria ir brincar para o espaço exterior com os outros meninos, começou a atirar os brinquedos ao chão, mas desta vez reconheceu que o fazia por estar chateado porque eu não o deixava fazer o que ele queria. “Chatearam-me e agora vou atirar os brinquedos” (sic). Reconheci que era normal a emoção que sentia e que compreendia a sua frustração.

5.4.11 11ª Sessão

Inicia a 11ª sessão a contar que na sala de jardim de Infância estive a fazer massa de bolachas para oferecer à tia na Páscoa, afirmando que ela ia gostar muito delas. Na sala onde nos reuníamos encontrava-se um cesto com lençóis pequenos e Filipe decidiu, então, iniciar a brincadeira de se deitar no chão pedindo-me para ser coberto com uma manta enquanto explicava que a tia lhe fazia isso à noite e que, também, o acordava de manhã. Após isto, passamos para uma brincadeira de polícias e ladrões, onde o papel de polícia que prendia e de ladrão que era preso, se ia alternando entre nós. Com isto notou-se que apesar de Filipe demonstrar até então um desejo maioritariamente de dominar a brincadeira, desta vez verificou-se uma partilha de poder entre nós, “Agora és tu o polícia, prende-me!” (sic).

5.4.12 12ª Sessão

Na 12ª sessão, a criança revelou que andava na ginástica e gostava muito. Contou, novamente, que fez biscoitos da Páscoa para oferecer à tia, porém desta vez referiu que como a tia não gosta dos biscoitos, ficarão todos para ele. Ao ver a auxiliar da sua sala pela janela, escondeu-se da mesma para não ser visto: “Ela vem buscar-me” (sic), referiu. Procurei clarificar o seu receio de ser levado de volta para a sala. Afirmou, também, que no dia seguinte irá ficar doente e que por esse motivo não iria à escola. A sua resistência e receio de ser levado para a sala, bem como o facto de dar a entender que no dia seguinte não viria à escola, era sugestivo do seu desconforto enquanto se encontrava na mesma.

5.4.13 13ª Sessão

Filipe conta que foi de férias para a Madeira na semana anterior à sessão e que, pela primeira vez, foi à praia e andou de avião, mostrando-se muito orgulhoso por não ter tido medo. Nesta sessão, voltou a demonstrar alguns comportamentos de curiosidade sexual que poderiam ser considerados impróprios para a idade. Pediu para se colocar em cima de mim a apontar para a breguilha das minhas calças “Quero ir para aqui para cima” (sic) refere enquanto aponta. Desta vez, após clarificar que me parecia muito curioso, mas que isso era uma coisa que não deveria ser feita, mostrou-se pouco insistente. Depois, fez um desenho e rasgou a folha antes de me mostrar o que tinha desenhado, referindo que era para deitar fora, o que procurei respeitar.

5.4.14 14ª Sessão

Iniciou a sessão de forma agitada (sentou-se e bateu com a mão uma na outra) contando que tinha batido a um colega seu de manhã porque este tinha gomas e não as partilhou com ele. Tal acontecimento levou-o a ser colocado de castigo pela educadora. Procurei compreender o seu sentimento perante o sucedido: “Parece que tiveste uma manhã agitada! Bater no colega não foi a melhor solução, mas compreendo que tenhas ficado chateado. Às vezes, é difícil não te sentires assim, não é? (sic). O Filipe concordou que ficou chateado com o colega e triste por não poder ir brincar e ficar de castigo. Voltou a contar que no fim de semana costumava ir para o café dos tios o que não lhe desagradava. Referiu, ainda, e com muito orgulho que na semana seguinte iria para a escola dos crescidos (referindo-se à escola de primeiro ciclo que o primo frequenta), apesar de demonstrar alguma resistência para com os “miúdos da escola dos crescidos”, afirmando que iria

“dar uma chapada” aos mesmos. O discurso não foi explorado devido ao término da sessão nesse momento.

5.4.15 15ª Sessão

Nesta sessão, quando ia ao encontro de Filipe, ele viu-me e começou a correr pela porta fora (da sala de aula) e saltou para o meu colo enquanto gritava “A minha amiga” (sic). Isto revelou o seu entusiasmo em conversar e estar comigo, o que sugere também que se sinta seguro e feliz e por isso destacou uma conexão saudável entre nós. A dada altura, Filipe expressou um desejo em repetir a brincadeira da manta. A repetição desta brincadeira parecia ser atribuída a algum significado especial por parte de Filipe ou atribuída ao conforto e carinho que a sua realização acarretava. A sessão acabou por ser interrompida a meio, devido à necessidade de abandonar a sala por motivos técnicos o que acabou por causar alguma frustração a Filipe que começou a chorar. Expliquei que por vezes as situações saem do nosso controle, e que compreendia a sua frustração e a sua tristeza, porém não tínhamos como continuar a sessão. Confortei-o ao reforçar que teríamos a oportunidade de partilhar mais momentos juntos na próxima semana.

5.4.16 16ª Sessão

Quando fui buscar Filipe à sala de aula, ele demonstrou agitação ao ver-me e perguntou de imediato se desta vez podíamos brincar mais tempo. Assegurei-lhe que tal era possível e seguimos para a sala juntos. Notei, no entanto, uma agitação incomum, já que, ao entrar na sala das sessões de acompanhamento psicológico, correu e subiu para cima das cadeiras e das mesas, o que não tinha feito nas sessões anteriores. Clarifiquei que ele me parecia muito agitado e ele contou que o seu melhor amigo o chateou e descreveu um incidente de uma forma rápida e confusa, difícil de perceber. Após eu ter demonstrado compreensão, sugeri que para expressar o desagrado poderia recorrer a outras alternativas "Poderias ter contado à educadora, porque te ia ajudar a voltares a estar contente" (sic). Depois de alguma conversa, Filipe parecia ter superado a frustração que tinha em relação ao episódio com o seu amigo e iniciou a brincadeira dos polícias e ladrões descrita anteriormente (ver 11ª sessão para mais detalhes). No final, despediu-se com um beijo, e revelou a intenção de contar à educadora sobre sua frustração naquela situação em particular e pedir desculpas, o que indicou uma compreensão mais ampla de outras formas de lidar com as suas emoções. Essa atitude destacou uma maior maturidade emocional uma vez que foi capaz de refletir sobre as suas ações e procurar resoluções.

5.4.17 17ª Sessão

Esta sessão começou de forma positiva, já que Filipe expressou orgulho por não ter recebido nenhum castigo naquela manhã. Reconheci o seu sentimento de orgulho e elogiei-o por ter tido um bom comportamento. Desta vez, Filipe decidiu brincar, de forma simbólica, com a cozinha que se encontrava disponível na sala de sessões. Brincou que preparava um almoço para mim. No final da brincadeira, ele compartilhou um bolo imaginário, e eu destaquei o quão gentil foi da parte dele partilhar comigo o seu bolo.

Sendo esta sessão muito próxima do término das sessões, optei por referir esse facto a Filipe. Expliquei que a próxima sessão, seria a última, referindo que após isso iríamos os dois de férias. Filipe mostrou-se claramente perturbado e questionou, de forma insistente, porque teríamos de terminar o acompanhamento ao mesmo tempo que tentava subir para cima das mesas. Após o ter questionado sobre esta sua reação, ele referiu que se queria ir embora da sala de sessões. Ao chegarmos à sala, Filipe não se despediu de mim. Tal reação pôde indicar algum desconforto e ansiedade por parte de Filipe, o que evidenciou ainda mais a importância de explorar esse sentimento na sessão final, de forma a garantir que compreende de forma adequada a necessidade de terminar as sessões de acompanhamento psicológico

5.4.18 18ª Sessão

Nesta sessão final, Filipe apresentou-se alegre e animado pedindo se poderíamos, desta vez, brincar com uma bola. Enquanto passávamos a bola um ao outro, referiu que ia de férias e que depois disto não queria mais voltar ao jardim de infância. A sessão foi maioritariamente dedicada à brincadeira da bola dada a sua vontade em levá-la a cabo. Porém, numa fase final, voltei a reforçar que aquele seria o nosso último encontro. Filipe questionou para onde eu iria e porque eu não podia ficar ali e face a isto expliquei de uma forma simples que eu também iria de férias e que depois das férias iria para um outro lugar, mas que apesar disso o tempo que tínhamos passado juntos tinha sido muito importante para mim, também. Referi, ainda, que mesmo não estando ali iria continuar a ser sua amiga e a preocupar-me com ele. Foi muito importante, nesta última sessão, abordar a situação do término das sessões de forma cuidadosa para que Filipe não sentisse a minha ausência como mais um abandono tendo em consideração todas as suas necessidades emocionais. Fiquei surpreendida, pois Filipe aceitou tudo desta vez de uma forma positiva, deu-me um beijinho e um abraço e dirigiu-se para a sala dizendo novamente que também

iria de férias. Esta resposta foi positiva e sugestiva de aceitação e compreensão da situação por parte de Filipe.

5.5 Análise de caso segundo teoria psicoafectiva

A análise teórica deste caso clínico foi feita com base na teoria psicoafectiva de João Hipólito (2011) referida e descrita no enquadramento teórico.

Face às informações recolhidas neste caso clínico e tendo em conta a teoria é possível demarcar diversos traumas, potencialidades afetadas e condições ótimas de atualização, ao longo de todo o desenvolvimento da criança até à atualidade (Hipólito, 2011).

Numa fase embrionária e da gestão foi identificado um trauma biológico, referente à exposição de toxinas (álcool, droga e tabaco) e ausência de cuidados. Algumas potencialidades, nomeadamente cognitivas e sociais, poderão ter sido afetadas entre as quais se destacam, neste caso em particular, a fragilidade na saúde (ficar constantemente doente) e o baixo peso. É importante destacar que a tendência formativa se encontra presente desde a célula mais simples, evidenciando os impactos dos traumas na fase de gestação (Hipólito, 2011). Ocorreram condições ótimas de atualização dado que a criança recebeu cuidados médicos imediatos por parte da equipa médica e foi para a incubadora. Ainda durante a sua infância, em que viveu com os pais pode ser destacada a presença de traumas de origem biológica, social e psicológica. De acordo com a teoria psicoafectiva, como trauma biológico evidenciou-se também a ausência de cuidados básicos (a alimentação insuficiente e desadequada e os cuidados de higiene insuficientes). Entre as potencialidades que podem ter sido afetadas verificou-se um atraso no desenvolvimento físico (baixa estatura e peso, imunidade baixa e potencial anemia). No que respeita ao trauma de origem social e psicológica, foi referida a constante exposição da criança a situações de violência física e verbal por parte dos progenitores e a uma grande ausência de afetos. O abandono maternal era frequente resultando no abandono da criança durante várias horas sozinha em casa, no carrinho de bebé nunca tendo acesso a brinquedos). Potencialidades referentes a aspetos comportamentais e relacionais podem ter sido afetados, sendo que por esta altura a criança torna-se agressiva contra si mesma (mordia-se) e não deixava que ninguém a tocasse. Face aos traumas biológicos, psicológicos e sociais referidos, pode-se considerar como condição ótima de atualização a retirada de Filipe aos seus pais com a idade de dois anos, que passou a viver numa instituição.

No período de seis meses que Filipe passou na instituição, vivenciou uma grande ausência de afetos, uma vez que apesar de os cuidados básicos serem mantidos, a criança apenas via os tios

paternos quando estes o iam visitar. Para além desta relação familiar, apenas havia contactos sociais muito superficiais com os profissionais da instituição. Como condições ótimas e atualização, considera-se o assumir da guarda pelos tios, pois permitiu a retirada da criança da instituição e o ingresso da mesma num jardim de infância, onde recebia, também, cuidados e mantinha novas relações interpessoais.

Quando foi para casa dos tios Filipe, apesar de possuir os cuidados básicos, continuou a viver muito próximo dos pais e do ambiente violento, sendo que estes viviam frente a frente e frequentam até os mesmos sítios. Os tios paternos mantinham todos os cuidados com a criança, porém existia uma grande rigidez por parte da tia que aparentemente era uma pessoa pouco afetuosa. Isto poderá também influenciar o curso da atualização de potencialidades de Filipe (Hipólito, 2011).

A educadora referiu que pouco tempo após a criança ter ido viver com os tios paternos, verificou um agravamento do comportamento já que Filipe deixou de se agredir apenas a si próprio (nesta fase passou a ser agressivo com os colegas), sendo esta uma possível consequência do trauma (Hipólito, 2011). As relações positivas que foi mantendo no jardim de infância (Com funcionários) podem ser consideradas como sendo condições ótimas de atualização para a criança. Segundo a teoria psicoafectiva, isto deve-se ao facto de ajudarem no equilíbrio do organismo na sua atualização (Hipólito, 2011),

Numa análise geral deste caso clínico, verifica-se, assim, a existência de uma grande pobreza afetiva e relacional durante grande parte da vida da criança. A forma de interação que conheceu com as figuras de referência, foi maioritariamente violenta (única forma de comunicação e relação a que foi exposto). Sendo que a criança percebeu, através das suas experiências afetivas adversas ao longo da infância, que não podia dar aos outros aquilo que nunca recebeu (afeto) tendo dificuldades em demonstrar afeto perante os outros. Desta forma, a violência manifestada por Filipe (ex: comportamentos agressivos para com os outros, arremesso de objetos) pode ser resultado da violência que presenciou e recebeu quando vivia com os seus progenitores.

Além disto, deve também ser considerado o facto de que o diálogo entre os adultos de referência (Pais, tios paternos e educadora) sempre foi e continuou a ser fraco. Tanto a educadora como a tia que vivia com Filipe, que solicitaram o pedido de acompanhamento psicológico, demonstraram ter dificuldades em comunicar com a criança: referem constantemente que ela é má e dão mais destaque às coisas negativas que esta faz do que às positivas- As situações são referidas em formato de critica. Passa muito do seu tempo de castigo, porém não lhe é explicado o porquê.

O facto de os tios e educadora terem dificuldades em comunicar com a criança, poderá dificultar a forma como a criança está a aprender a lidar com as situações e pode também estar a causar uma distorção dos seus próprios valores.

Ainda nesta análise deste caso clínico, cabe referir que também poderia ser considerada a existência de uma dissociação significativa entre aquilo que Filipe se considerava e o que gostaria de ser (Self percebido e Self real), uma vez que este se considerava como sendo “um menino mau”. (Hipólito, 2011). Pode-se então considerar que possui uma percepção de si mesmo como sendo mau, embora o significado desse conceito para si não esteja ainda bem definido (Self percebido). Nas sessões mais recentes verifica-se uma vontade de corresponder às expectativas da tia e educadora, porém não se consegue relacionar e expressar de uma outra forma que não a violenta: “Eu sou mau. Não posso bater para não ficar de castigo”. Possui a ideia interiorizada de ser mau. A existência desta possível discrepância poderá resultar num desajuste na autoestima de Filipe, sendo esse desajuste sustentado pela repetição constante da frase “eu não consigo” durante as sessões, o que é sugestivo da existência de uma baixa autoestima (Hipólito, 2011)

Em relação à atribuição de responsabilidades em relação aos acontecimentos da sua vida, pode-se considerar que Filipe possuía maioritariamente um locus de controlo externo, uma vez que este culpabilizava os colegas pelo seu mau comportamento: “Bati porque eles são malucos” (sic), “Fiquei de castigo porque ele me bateu (sic)”.

Em suma, foi colocado em destaque face à história clínica, o que correu bem e mal ao longo de todo o desenvolvimento da criança, desde uma fase embrionária. Considerando os traumas referidos, o sintoma (agressividade e dificuldades nas relações com pares) é o que o organismo é capaz de expressar nas condições em que se encontra (Ausência de afetos e pouca comunicação).

Os problemas emocionais referidos (Baixa autoestima) acabam por acarretar uma somatização física. Esta somatização acaba também por ser potencializada pela existência de um canal de comunicação fraco entre a criança e todas as suas potenciais figuras de referência (Pais, Tios e educadora).

Segundo a teoria psicoafectiva de Hipólito (2011) presença implícita da tendência formativa é verificada, apesar dos traumas apresentados, uma vez que foi verificado um crescimento significativo das capacidades da criança. Apesar disto as condições atuais, podem ser consideradas insuficientes para que as suas potencialidades se desenvolvam no seu máximo.

5.6 Reflexão do caso

O caso de Filipe é considerado um caso complexo que envolve diversas problemáticas como prematuridade e exposição a substâncias, exposição a violência, retirada dos pais, institucionalização, ausência de cuidados básicos e carências afetivas e, ainda, uma “adoção”. De acordo com a literatura, A exposição a este tipo de experiências adversas durante a infância pode levar a repercussões significativas no desenvolvimento, a vários níveis, da criança (Kliethermes et al., 2014). Os problemas comportamentais verificados em Filipe, tais como agressividade, ocorrem cada vez com maior frequência, segundo vários estudos (Benedetti-Isaac et al., 2023). Os contributos teóricos relevantes para a discussão deste caso, tais como a abordagem centrada na Pessoa de Carl Rogers, e toda a informação recolhida durante as sessões de acompanhamento psicológico permitiram uma análise e reflexão sobre as suas problemáticas e possíveis explicações.

Tal como evidenciado na literatura, a ausência de afeto e um estilo de vinculação pouco adequado pode levar a conflitos internos, externos e baixa autoestima (Bowlby 2006). As necessidades físicas, emocionais e psicológicas de Filipe não foram atendidas numa fase precoce do seu desenvolvimento. Desta forma, destacou-se a sua baixa autoestima, como uma possível consequência direta de toda a falta de apoio emocional e de estimulação ao longo do desenvolvimento.

O facto de no seio familiar de Filipe as interações serem pouco afetuosas e inseguras, levantam diversas dúvidas. Com isto, surge a hipótese de que a reatividade verificada, agressividade e baixa tolerância à frustração, além dos fatores passados abordados anteriormente, possam, também, ser fruto da situação atual. Assim sendo considera-se essencial o estabelecimento de um ambiente seguro, estável e afetoso, conciliados com as intervenções adequadas, a fim de promover suas habilidades de regulação emocional e autoestima e com isto ajudar a superar as dificuldades e atingir o seu potencial máximo (Lv & Li, 2023).

Quanto ao seu desenvolvimento, os resultados na escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths (2004) demonstraram resultados abaixo da média (no momento de avaliação), indo ao encontro com toda a bibliografia explorada no enquadramento teórico.

Segundo uma visão mais humanista do desenvolvimento, ao considerar por exemplo, a teoria da pirâmide das necessidades de Maslow, verifica-se que filipe poderá não ter as necessidades do segundo nível plenamente atendidas, impedindo-o de progredir e atingir o seu

máximo potencial (Moreira, 2019). Ainda assim deve ser tido em linha de conta que Filipe ainda se encontrava numa fase de desenvolvimento cognitivo, no qual segundo Papalia & Feldman, (2013), as intervenções adequadas podem fazer uma diferença significativa no seu bem-estar futuro.

Fazendo uma análise retrospectiva das sessões de acompanhamento psicológico, pode refletir-se que ao permitir que Filipe explorasse livremente o ambiente e ao manter uma atitude de consistente aceitação, foi facilitada a tomada de consciência sobre a responsabilidade que ele tinha sobre a sua própria vida. Destaca-se a expressão contínua de insegurança que Filipe demonstrava na realização de várias brincadeiras, relativamente às suas competências, que foi mantida até uma fase final das sessões. Apesar disto, ficou evidenciado o facto de se conseguir observar ao longo do tempo o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, capaz de promover um aumento significativo na segurança e confiança de Filipe, que foi aumentando as suas partilhas de conteúdos mais íntimos, muito devido à proximidade estabelecida.

Alguns dos assuntos abordados foram também potencializados pelas projeções que Filipe ia fazendo ao longo das brincadeiras. Essas projeções foram possibilitadas pela criação de uma relação terapêutica que potencializou um vínculo empático, tendo sido essencial para o processo de mudança (Rogers, 2003).

Nos momentos em que Filipe apresentava algum comportamento menos adequado, procurei manter a atitude de aceitação, porém tentei sempre esclarecer o comportamento e os motivos que faziam com que não fosse aceitável. Isto acabou para contribuir para uma maior consciência de Filipe acerca do que era ou não aceitável, podendo considerar que este foi um progresso significativo, embora esporadicamente os comportamentos fossem ainda observáveis. Aqui verifica-se que existiu sempre uma procura por manter a atitude de aceitação incondicional (Rogers, 2003).

Em formato conclusivo, é possível considerar que ocorreu um desenvolvimento emocional e na capacidade de regulação, pela forma como que Filipe foi aprendendo a lidar com os sentimentos negativos (como raiva), tendo em diversas ocasiões adotado estratégias mais saudáveis como afastar-se ou pedir para sair da situação, evitando agir de forma agressiva. Acredita-se que esta maior compreensão tinha derivado de reflexões mais profundas acerca das suas atitudes, que foram potencializadas através da aplicação prática dos três pilares essenciais para a mudança segundo a teoria centrada na pessoa de Carl Roger (Roger, 2003).

Também a utilização da ludoterapia funcionou como ferramenta facilitadora de expressão, já que grande parte da comunicação do Filipe surgiu através da brincadeira. Considera-se ao analisar as primeiras e as últimas sessões que Filipe tenha passado a desenvolver melhor as suas habilidades comunicacionais, sendo também esta uma das finalidades da ludoterapia (Heshmati et al., 2023).

6. Caso Clínico “Gustavo” – Avaliação psicológica

6.1 História clínica e familiar

Gustavo (nome fictício), foi sujeito a duas sessões de avaliação psicológica, que ocorreram em janeiro de 2023, e tiveram a duração de cerca de 40 minutos cada. Anteriormente às sessões de avaliação, foi aplicada uma entrevista semiestruturada à encarregada de Educação de Gustavo (Avó materna), para obtenção de informações relevantes sobre a sua história clínica e familiar, o que foi essencial para uma maior compreensão do contexto.

6.1.1 Identificação:

Gustavo, é uma criança de 4 anos, com nacionalidade portuguesa do sexo masculino. Vive com a avó materna, após ter sido deixado aos seus cuidados pela mãe logo após o nascimento. Atualmente frequenta o jardim de infância numa IPSS católica na área metropolitana de Lisboa, onde reside.

6.1.2 Dados de observação

Gustavo apresentava uma estatura grande para sua idade. Ao analisar a sua aparência física, verificou-se que a sua higiene pessoal era negligenciada apresentando-se com cabelo oleoso, unhas sujas e roupas repetidas ao longo das sessões, por vezes inadequadas no tamanho e temperatura. A sua postura era rígida e tensa, com músculos contraídos, braços colados ao corpo e ombros levantados. Gustavo exibia maneirismos como estalinhos com a boca e andava em bicos de pés, a maioria do tempo. O seu discurso era limitado a palavras soltas, com um discurso com pouca fluidez ou coesão, e havia falta de reciprocidade na interação. Apesar disso, o seu humor era eutímico, ou seja, sem variações emocionais pronunciadas e mostrou-se lúcido e vígil, bem como orientado no espaço e tempo.

6.1.3 *Motivo do pedido*

Gustavo foi encaminhado para acompanhamento psicológico por solicitação da coordenadora técnica da unidade de apoio à infância, após um pedido de ajuda da educadora de Gustavo, devido a comportamentos isolados e atípicos observados na sala de jardim de infância. A sua educadora relatou que Gustavo tendia a esconder-se nos cantos da sala e não interagía com adultos ou outras crianças, embora respondesse a comandos. Às vezes, falava sozinho, mas era difícil entender o que dizia. Havia preocupações com possíveis atrasos no seu desenvolvimento, especialmente na linguagem, já que ele só verbaliza palavras soltas e as suas poucas frases curtas que emitia eram incompreensíveis. Também havia preocupações relacionadas com as suas habilidades sociais e, ainda, de autocuidado, como o uso de fraldas (Gustavo não conseguia pedir para ir ao WC). Era importante observar que não havia alguma indicação da presença de problemas de audição ou visão.

6.1.4 *Anamnese Biográfica e História Familiar*

Gustavo nasceu na Área Metropolitana de Lisboa como resultado de uma gravidez indesejada, já que os pais não mantinham um relacionamento estável. Desta forma, o seu pai não acompanhou a gravidez da mãe, mantendo-se ausente até o momento atual. A este abandono por parte do pai junta-se o da sua mãe que, praticamente desde o seu nascimento, deixa Gustavo aos cuidados da avó materna de 52 anos e divorciada. Segundo a sua mãe, esta situação sucedeu-se dado o facto de esta não ter condições económicas para cuidar dele. Foi o primeiro filho de ambos os progenitores. A avó materna vivia sozinha, numa casa geminada pertencente aos pais (bisavós de Gustavo), vivendo os mesmos na casa ao lado. A condição económica da sua avó materna era descrita como média baixa, não se verificando grandes carências económicas. No entanto, verificavam-se dificuldades nos cuidados de higiene. Trabalhava como auxiliar da ação educativa numa escola da zona de Lisboa.

Gustavo vivia num ambiente familiar predominantemente composto por adultos e idosos, sendo ele a única criança da família. Convivia principalmente com a avó materna, os bisavós (ambos com mais de 80 anos) e uma tia que morava nas proximidades. Como as casas eram geminadas, os bisavós viviam na casa ao lado, sendo também eles dependentes da avó de Gustavo devido a problemas de saúde. O bisavô enfrentava problemas de mobilidade, enquanto a bisavó sofria de Alzheimer. Apesar das limitações dos mesmos, a criança era deixada ao cuidado dos

bisavós durante algumas horas em várias ocasiões. Tendo em conta o estado de saúde destes familiares era considerado um fator de risco para Gustavo ficar aos seus cuidados. Essa situação podia levar a preocupações de segurança para com o Gustavo, dadas as limitações físicas do bisavô e a necessidade de supervisão adequada.

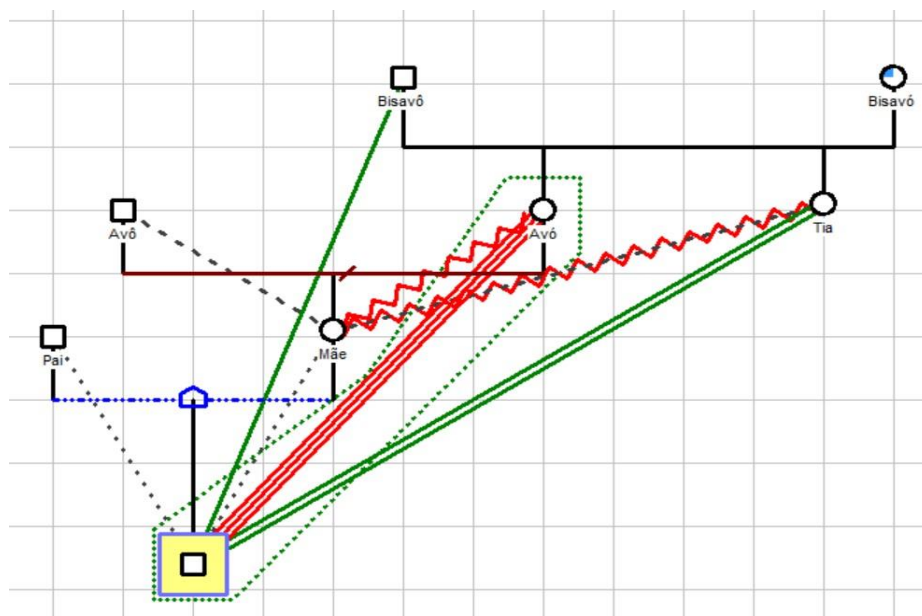
A mãe de Gustavo engravidou na adolescência dando à luz perto dos seus 17 anos. Atualmente, aos 21 anos, é descrita pela mãe (avó materna de Gustavo) como tendo manifestado alguns atrasos na fala na infância, mas sem complicações significativas no seu desenvolvimento. No entanto, a avó descrevia-a como uma pessoa "teimosa, mimada e irresponsável" (sic.). Referiu que tinha sido abandonada pelo pai aos 2 anos de idade, e quando este se tentou reaproximar aos 8 anos, ela mostrou resistência e recusou qualquer contato com mesmo. Desde o início da adolescência, que ela demonstrava, segundo a avó de Gustavo, um afastamento emocional em relação aos membros da família, tratando-os mal emocionalmente quando não tinha as suas necessidades económicas atendidas. Atualmente, ela vivia em condições económicas precárias com seu namorado de 27 anos numa casa fora do distrito de Lisboa, com poucos recursos. Fazia visitas a Gustavo e à família de forma esporádica e apenas quando necessitava de algo.

Quanto ao pai de Gustavo, não foram fornecidas muitas informações relevantes. A avó da criança apenas mencionou que ele se tornou pai também aos 17 anos (agora com 21) e que teve pouca presença durante a gravidez e após o nascimento de Gustavo, contribuindo financeiramente apenas uma vez. Quanto à relação entre os pais, nunca houve qualquer envolvimento emocional ou romântico antes, durante ou após a gravidez. A avó materna comentou que, o pai de Gustavo era um amigo de infância da filha em quem confiava e a gravidez acabou por "acontecer". Eles nunca tinham estabelecido um relacionamento amoroso e, no momento da entrevista, não mantinham contato.

A avó materna revelou sofrimento ao abordar o abandono por parte do seu marido, já que referiu não conseguir compreender o motivo que o levou a deixar a família. Referiu, ainda, que ficava preocupada em ver que Gustavo estava a passar exatamente pelo mesmo, afirmando: "Ainda nem acredito que isto aconteceu comigo, porque eu sempre tive uns pais em condições! E agora o pai do Gustavo fez o mesmo com ele, e a minha filha também." (sic).

Figura 3

Genograma Familiar de Gustavo - Caso clínico B



Tratava-se de uma dinâmica familiar que pode ser considerada complexa já que contava com uma estrutura constituída pela avó materna que desempenhava um papel de cuidadora tendo assumido a responsabilidade do seu cuidado quando Gustavo nasceu. Gustavo mantinha uma relação de dependência com a sua avó materna, porém com pouca demonstração de afeto (não se abraçam, comunicam pouco e trata-a pelo nome próprio). Entre os pais da criança, não existia qualquer tipo de relação ou comunicação, e nunca existiu algum tipo de relacionamento amoroso. Este aspeto revelava uma fragilidade na estrutura familiar, já que os pais não desempenhavam um papel significativo na vida de Gustavo.

Também a relação entre a mãe de Gustavo e a avó materna era considerada conflituosa e causa de uma grande tensão entre os membros da família, não sendo esta a única relação disfuncional, já que a própria avó mantinha, também, uma relação de conflito com a irmã (Tia/avó de Gustavo), afetando, ainda, mais a dinâmica familiar.

Gustavo, mantinha uma grande proximidade com os bisavós maternos apesar de estes se encontrarem ambos em condição de doença. O bisavô enfrentava sérios problemas de mobilidade, enquanto a bisavó sofria de Alzheimer, estando ambos aos cuidados da avó materna de Gustavo.

Apesar da relação conflituosa com a avó materna, a tia-avó era considerada como um suporte emocional importante para Gustavo, já que este mantinha uma relação de grande proximidade com a mesma. Face a toda a dinâmica familiar, a mesma podia ser considerada como

tensa e desafiadora, devido aos conflitos bem como à situação de dependência de Gustavo e dos bisavós que recaia sobre a avó.

No que se refere ao histórico pré-natal e pós-parto, é referido pela avó que a filha tinha mantido todos os cuidados necessários durante a gravidez que tinha ocorrido de forma saudável e sem complicações. Gustavo tinha nascido com um peso e tamanho considerados dentro e parâmetros normais tendo recebido alta muito rapidamente. A avó referiu que todo o desenvolvimento foi normativo, com exceção da fala que ocorreu tardiamente. Gustavo não emitia sons quando era bebê e apenas dizia a primeira palavra perto dos três anos de idade. Ainda, não formulava frases completas e utilizava gestos ou palavras simples como “quero”, para expressar as suas necessidades.

No que se refere à autonomia, existiam também grandes dificuldades, já que demonstrava dificuldades em realizar as tarefas simples, como lavar as mãos e despir roupas fáceis. A avó relatava que a hora do banho era um desafio devido à resistência de Gustavo. A higiene bucal da criança não era realizada já que a avó afirmou não saber como fazer. Além disto, Gustavo ainda não controlava os esfíncteres e recusava-se a utilizar o WC, sendo necessário recorrer a fraldas. Apesar disto, ele pedia para que a fralda fosse trocada após a sujar. Estes sinais são indicadores de possíveis dificuldades no desenvolvimento cognitivo de Gustavo, comparativamente ao que seria esperado para a faixa etária.

6.2 Avaliação Psicológica – Instrumentos usados

6.2.1 *Escala de desenvolvimento mental Ruth Griffiths*

Neste caso clínico, tal como no anterior, foi usada a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (2004) com o objetivo de explorar o desenvolvimento global da criança. O Gustavo com idade cronológica de 4 anos 3 meses e 25 dias, apresenta uma idade mental de aproximadamente 31,5 meses e um quociente geral de desenvolvimento de 60,57. Este resultado é revelador de um nível de desenvolvimento consideravelmente inferior ao esperado, considerando a sua idade cronológica. Também em todas as subescalas da prova, apresenta resultados que se situam significativamente abaixo do nível esperado considerando a faixa etária.

Figura 4

Perfil de desenvolvimento - Caso clínico B



Durante a realização da prova, Gustavo evidenciou um engajamento significativo nas atividades alinhadas aos seus interesses, destacando-se positivamente. No entanto, foi observada uma certa resistência nas tarefas menos atrativas para ele, especialmente aquelas relacionadas a desenhos, onde manifestou uma atitude de pouca disposição ao pegar no lápis, traçar alguns traços na folha e, em seguida, atirando-a ao chão.

Tabela 2 Resultados Obtidos em cada Subescala - Caso clínico B

Subescalas	Notas obtidas	Notas standart	Descrição
Locomotora	61,53	100,75	Demonstra pouca coordenação motora (membros inferiores e superiores) e equilíbrio (estático e dinâmico).
Pessoal-Social	63,46	101,29	Destaca-se grandes dificuldades a nível da autonomia dependendo de adultos na hora da alimentação (Não come sozinho com talheres). As dificuldades estendem-se à relação com os pares, tendo

apenas brincadeiras solitárias. Não é capaz de referir o sexo.

Audição/Linguagem	61,53	99,18	Apesar de a baixo da média, foi capaz de nomear objetos e cores, porém demonstrou dificuldades em questões de descrições de imagens sendo revelador de lacunas na expressão e compreensão, e não de um vocabulário pobre.
Coordenação olho/mão	55,76,	99,94	Subescala com segunda menor pontuação, revela pouca motricidade fina e destreza manual, porém o fraco desempenho poderá estar relacionado com a resistência perante as atividades propostas.
Realização	53,84	99,98	Subescala com menor pontuação- Concretiza as trefas com maior tempo, referentes ao ano III (4 itens concretizados), porém apresenta dificuldades nível da velocidade com tempos mais reduzidos, não conseguindo concluir nenhum dos encaixes do ano IV.
Raciocínio Prático	67,30	99,35	Subescala com maior pontuação. Repete dígitos, e possui noções dos conceitos de comprimento, pesos, grande e pequeno. Não demonstra, no entanto, possuir a noção de zero ou errado, podendo estar esta questão relacionada com a dificuldade expressiva.

No decorrer da aplicação da escala, verificou-se que Gustavo apresenta uma dificuldade significativa na compreensão de conceitos mais abstratos, como por exemplo na questão “Qual é a torre mais alta”, interpretando as torres de forma literal: “São cubos!” (Sic). Face a estes resultados, é importante salientar que as pontuações baixas que se verificam, podem indicar possíveis alterações no desenvolvimento cognitivo, porém podem ser também ser o resultado das dificuldades na expressão e comunicação que Gustavo possui.

6.2.2 Teste de Aperceção Infantil com figuras de animais (CAT)

Gustavo demonstrou um grande interesse na realização da prova, porém as suas dificuldades na linguagem não permitiram a compreensão da maior parte do seu discurso devido à pouca articulação das palavras, o que impossibilitou a interpretação da mesma.

Os elementos que foram perceptíveis, referiam-se apenas a descrições factuais das imagens, como nomear os animais presentes nas figuras. É difícil entender de forma clara se as suas descrições factuais, resultam das dificuldades expressivas, ou se são propositadas, possivelmente como uma forma de defesa face às imagens apresentadas.

Embora sejam consideradas como conteúdo manifesto, as descrições perceptíveis não revelam algum tipo de significado mais profundo ou simbólico sendo que por esse motivo a avaliação em questão não possui resultados fidedignos e complexos.

PARTE IV- CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL

7. Reflexão final

Após a realização do estágio, considera-se essencial refletir acerca de todas aprendizagens e desafios que foram decorrendo ao longo do percurso.

Nesta minha reflexão pessoal, gostaria de ressaltar um fator que considero de máximo interesse referindo-se ele ao facto de ter sido a primeira colaboração da instituição com um estagiário da área da Psicologia, sendo que por isso não existia ainda uma estrutura preestabelecida para a realização de um estágio, o que possibilitou traçar o meu percurso enquanto estagiária de uma forma mais autónoma, tornando o desafio maior. Além disso, devido à impossibilidade de observação direta de acompanhamentos ou avaliações psicológicas, nunca existiu um exemplo a seguir, tornando o trabalho mais exigente uma vez que foi necessária uma grande pesquisa e dedicação.

Apesar de mais desafiante, considero que essas condições tenham também contribuído para o desenvolvimento maior, já que muitas vezes exigiu muita intuição e capacidade de adaptação. Todo este contexto resultou em diversos momentos de incerteza acerca do trabalho que estava a realizar, incerteza essa que considero ter-se tornado uma experiência valiosa e que permitiu desenvolver uma maior confiança nas minhas habilidades e competências. Além disto, toda a ajuda e confiança que me foram transmitidos pela orientadora de estágio, agiram de forma positiva para adquirir essa confiança.

Relativamente às sessões de acompanhamento psicológico, considero que permitiram colocar em prática vários conhecimentos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa e aspetos centrais inerentes à mesma, que foram abordados ao longo do curso. Considero como aspetos mais desafiantes não direccionar e manter a congruência em certos momentos. Um exemplo disso ocorreu quando foram abordados conteúdos mais sensíveis durante as sessões, sendo que tive grandes dificuldades em conseguir manter a congruência e em evitar repostas que fossem um pouco mais diretivas e inadequadas, tais como, “Mas tu viste isso?” (sic) e “Onde?” (sic). Certamente que nesta situação as minhas dificuldades possam ter influenciado o decurso da conversa, sendo nitidamente visível que me encontrava perturbada com o assunto, contribuindo isto para uma reflexão mais profunda acerca da importância de manter a congruência enquanto profissional e procurar sempre ser o mais neutra possível em todas as situações, mesmo nas mais desafiadoras.

Após uma reflexão mais profunda, foi também notável a dificuldade que tive ao longo do percurso, em não me envolver emocionalmente e em manter a objetividade diante as situações mais sensíveis, já que numa fase final de estágio, e principalmente por saber que lidava com uma criança vulnerável, foi difícil para mim gerir as emoções e evitar sentir alguma impotência por pensar que o apoio era essencial para ela e iria terminar.

Tudo isto enfatiza a necessidade contínua de aprendizagem bem como da importância do desenvolvimento pessoal para os profissionais que trabalham na área, já que é essencial para lidar com as questões emocionais e para estabelecer limites saudáveis de forma a manter o nosso bem-estar e com isto não ter as nossas funções comprometidas.

De forma sucinta, considero que do estágio académico resultou um desenvolvimento significativo, tanto profissional quanto pessoal, tendo adquirido diversas aprendizagens essenciais tendo por isso sido uma experiência foi para mim gratificante que será a base para o futuro na área da psicologia.

Referências Bibliográficas

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., Van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124, 717-728. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2816>
- Al Majali, S., & Alsrehan, H. (2019). The impact of family violence on the social and psychological development of the child. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 24(5), 199207.
- Albritton, K., Mathews, R. E., & Boyle, S. G. (2019). Is the role of the school psychologist in early childhood truly expanding? A national survey examining school psychologists' practices and training experiences. *Journal of Applied School Psychology*, 35(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/15377903.2018.1462280>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5nd ed.) Lisboa.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Aliyev, R., Erguner-Tekinalp, B., Ulker, R., & Shine-Edizer, F. (2012). The Perceptions of School Counselors and Principals towards New Psychological Counseling and Guidance Services in Early Childhood Education in Turkey. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(4), 3083-3098.
- American Psychological Association. (2022). *Trauma*. APA Dictionary of Psychology online database. <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Axline, V. M. (1973). *Dibs em busca de si mesmo*. Rio de Janeiro: Agir.

- Babakr, Z. H., Mohamedamin, P., & Kakamad, K. (2019). Piaget's Cognitive Developmental Theory: Critical Review. *Education Quarterly Reviews*, 2(3), 517-524.
- Bachmann, C. J., Beecham, J., O'Connor, T. G., Scott, A., Briskman, J., & Scott, S. (2019). The cost of love: financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(12), 1343-1350. <https://doi.org/10.1111/jcpp>
- Barbosa, I. C., de Souza, J. A., & Ferreira, L. P. M. (2021). Comportamentos Agressivos na Infância: origens e influências da relação com os pais.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Beg, M. R., Casey, J. E., & Saunders, C. D. (2007). A typology of behavior problems in preschool children. *Assessment*, 14(2), 111-128. <https://doi.org/10.1177/1073191106297463>
- Benatti, A. P., de Souza, C. D., & da Costa, C. B. (2022). Agressividade em pré-escolares: intervenção com crianças, pais e professores. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 31(72), 38-53. <https://www.doi.org/10.38034/nps.v31i72.603>
- Benedetti-Isaac, J. C., Camargo, L., Torres Zambrano, M., Perea-Castro, E., Castillo-Tamara, E., Caldichoury, N., Herrera-Pino, J., Flórez, Y., Porto, M., & López, N. (2023). Deep brain stimulation may be a viable option for resistant to treatment aggression in children with intellectual disability. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 29, 210-217. <https://doi.org/10.1111/cns>.
- Berens, A. E., & Nelson, C. A. (2015). The science of early adversity: Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*. 386(9991), 388–398.
- Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & Catalise Consortium. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study.

- Identifying language impairments in children. *Plos one*, 11(7), 1-26.
- Bishop, D. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49 (4) 381-415.
- Borges, P., Costa, I. A. D. M. P., Ferreira, C. T., Gil, I. M. C. L. C., Carvalhão, I., Fernandes, S., & Veríssimo, M. (2012). Escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths-Adaptação para a população portuguesa. *12. ° Colóquio Internacional de Psicologia e Educação*, 922-932.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional
- Brasil, A. B. D. C. (2022). Ludoterapia Centrada na Criança: experiências no apoio a crianças com Transtorno do Espectro Autista.
- Bringuier, J. C., Piaget, J., Heinemann, E., & Tiffert, R. (1996). *Jean Piaget: Im allgemeinen werde ich falsch verstanden*. Europäische Verlagsanstalt.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. I: Attachment. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin.
- Cabrera, N.J., Shannon, J.D., Tamis-LeMonda, C. (2007). Fathers influence on their children's cognitive and emotional development: from toddlers to pre-K. *Applied Developmental Science*, 11, 208–13.
- Conroy, J., & Perryman, K. (2022). Treating trauma with child-centered play therapy through the SECURE lens of polyvagal theory. *International Journal of Play Therapy*, 31(3), 143–152. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/pla0000172>

- Cunha, A. J. (2003). *Psicodiagnóstico* – V. Porto Alegre: Artmed. DGE (2018). Direção Geral de Educação. Decreto-Lei - Educação especial
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/dl_54_2018.pdf
- Delaville, E., & Pennequin, V. (2018). Le délaissement parental: quelles conséquences sur la régulation émotionnelle des enfants et adolescents placés en famille d'accueil?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(6), 344-354.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.07.010>
- Delvan, J. S., Ramos, M. C., & Dias, M. B. (2002). A Psicologia escolar/educacional na Educação Infantil: o relato de uma experiência com pais e educadoras. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 4(1), 49-60.
- Dolejš, M., Suchá, J., Skopal, O., & Vavryšová, L. (2016). Agresivita u českých adolescentů. Univerzita Palackého v Olomouci. <https://doi.org/10.5507/ff.16.24450223>
- Doležalová, P., Červenka, K., & Vojtová, V. (2022). Adverse childhood experiences and aggressive behavior of adolescents in residential educational programs in the Czech Republic. *KONTAKT-Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness*, 24(4), 339-345. <https://doi.org/10.32725/kont.2022>.
- Doležalová, P., Červenka, K., & Vojtová, V. (2022). Attachment of vulnerable adolescents in residential facilities in the Czech Republic. *KONTAKT-Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness*, 24(1), 92-97.
<https://doi.org/10.32725/kont.2021.042>.
- Feldman, H. M. (2019). How young children learn language and speech. *Pediatrics in review*, 40(8), 398-411. <https://doi.org/10.1542/pir>.

- Fiorini, M. C., & Guisso, L. (2016). Teoria familiar sistêmica: retrospectiva história e perspectivas atuais. *Psicologia: o portal dos psicólogos*, 139-144.
- Freitas, L. B. L., & Shelton, T. L. (2005). Atenção à Primeira Infância nos EUA e no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 197-205.
- Filho, S. R. P., Pompermaier, H. M., Almeida, N. V. F., & Souza, D. H. (2016). Aggressive Behavior of Children in a Daycare Center. *Paidéia*, 26(64), 235-243.
<https://doi.org/10.1590/1982-43272664201611>
- Formiga, N., & Mello, I. (2000). Testes Psicológicos e Técnicas projetivas: uma integração para um Desenvolvimento da Interação Interpretativa Indivíduo- Psicólogo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20(2), 12-19.
- Gayapersad, A., Ombok, C., Kamanda, A., Tarus, C., Ayuku, D., & Braitstein, P. (2019). The production and reproduction of kinship in charitable Children's institutions in Uasin Gishu County, Kenya. *Child & Youth Care Forum*, 48, 797-828.
<https://doi.org/10.1007/s10566-019-09506-8>
- Griffiths, R. (1954). The Abilities of Babies. London: University of London Press.
- Gökşen, C. (2014). Contributions of games in child development and Gaziantep children's games. *Journal of Turkish Researches Institute*, 52, 229-259
- Hagenbeek, F. A., van Dongen, J., Pool, R., Roetman, P. J., Harms, A. C., Hottenga, J. J., Kluit, C., Colins, O. F., van Beijsterveldt, C. E. M., Fanos, v., Ehli, E. A., Hankemeier, T., Vermeiren, R. R. J. M., Bartels, M., Déjean, S., & Boomsma, D. I. (2023). Integrative multi-omics analysis of childhood aggressive behavior. *Behavior genetics*, 53, 101-117.
<https://doi.org/10.1007/s10519-022-10126-7>

- Heshmati, R., Esmailpour, K., Hajsaghati, R., & Barenji, F. A. (2023). The effect of childcentered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *International Journal of Play*, 1-13.
<https://doi.org/10.1080/21594937.2023.2209240>
- Hipólito, J. (2011). A auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento rogeriano. Lisboa: EDIUAL.
http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/1/autoorganizacao_FINAL.pdf
- Hofmann, V., & Müller, C. M. (2021). Peer Influence on Aggression at School: How Vulnerable Are Higher Risk Adolescents?. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 29(2), 83-92. <https://doi.org/10.1177/1063426620917225>
- Holz, N. E., Häge, A., Plichta, M. M., Boecker-Schlier, R., Jennen-Steinmetz, C., Baumeister, S., Meyer-Lindenberg, A. Laucht, M., Banaschewski, T., & Brandeis, D. (2021). Early maternal care and amygdala habituation to emotional stimuli in adulthood. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 16(10), 1100-1110.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsab059>
- Jiménez, E., & Hills, T. T. (2023). Differences in the semantic structure of the speech experienced by late talkers, late bloomers, and typical talkers. *Developmental Psychology*, 59(1), 141- 160. <https://doi.org/10.1037/dev0001446>
- Joseph, R., Brady, E., Hudson, M. E., & Moran, M. M. (2020). Perinatal substance exposure and long-term outcomes in children : a literature review. *Pediatric Nursing*, 46(4), 163-173.
- Kassing F., Godwin J., Lochman J. E., Coie J. D. (2019) Using early childhood behavior problems to predict adult convictions. *Jabnorm Child Psychol* 47, 765–778. [https:// doi.org/ 10. 1007/s10802- 018- 0478-7](https://doi.org/10.1007/s10802-018-0478-7)

- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 33-46.
- Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Landsverk, J., & McCue Horwitz, S. (2015). Adverse childhood experiences and mental health, chronic medical conditions, and development in young children. *Academic Pediatrics*, 15(5), 510–517. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.acap.2015.05.005>
- Kesselring, T., & Müller, U. (2011). The concept of egocentrism in the context of Piaget's theory. *New Ideas in Psychology*, 29(3), 327–345. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2010.03.008>
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 339–361. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Kretschmer, T., Ouellet-Morin, I., Vrijen, C., Nolte, I. M., & Hartman, C. (2023). Polygenic risk for aggressive behavior from late childhood through early adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 651-660. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01906-3>
- La Taille, Y., Oliveira, M. K., & Dantas, H. L.(1992). Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão.
- Leonel, A. L. A. R., , A. L., Vasconcelos, J. E. S., & de Araújo, R. O. (2023). A Aplicação da Justiça Restaurativa nos Casos de Abandono Afetivo Paterno. *Revista FSA*, 20(6).
- Leusin, J. F., Petrucci, G. W., & Borsa, J.C. (2018). Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 49-61. ISSN 1677-2970
- Lidz, C. S. (1991). Issues in the assessment of preschool children. In B. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (2nd ed). Boston: Allyn and Bacon.

- Lins, M., & Borsa, J. (2017). *Avaliação Psicológica – Aspectos Teóricos e Práticos*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda.
- Lopes, J. R. (2008). Processos sociais de exclusão e políticas públicas de enfrentamento da pobreza. *Caderno Crh*, 21(53), 347-360.
- Ly, H., & Li, H. (2023). Association between exposure to domestic violence during childhood and depressive symptoms in middle and older age: a longitudinal analysis in China. *Behavioral Sciences*, 13(4), 311. <https://doi.org/10.3390/bs13040311>
- Madureira, J. C. M., & Baptista, N. J. M. (2016). Promoção do desenvolvimento integral inclusivo da criança em creche e jardim de infância. *O Portal dos psicólogos*.
- Miller, B. S., Spratt, E. G., Himes, J. H., Condon, D., Summer, A., Papa, C. E., & Brady, K. T. (2015). Growth failure associated with early neglect: pilot comparison of neglected US children and international adoptees. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 28(1-2), 111-115.
- Mohammadi, F., Oshvandi, K., Shamsaei, F., Khodaveisi, M., Khazaei, S., & Masoumi, S. Z. (2023). Child exposure to domestic violence, substance dependence and suicide resilience in child laborers. *BMC public health*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15367-7>
- Morabito, S. (2018). The Human Life Review: Transgenderism, Children, Cognitive Chaos. *Spring*, 49- 57.
- Moreira, D. D. A. (2019). *Motivação e Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow: Um estudo no Centro de Referência de Assistência Social em Bom Jardim-PE*. Bachelor's thesis, Brasil.

- Moura, E. P. G., & Pereira, G. C. (2017). Desenvolvimento Humano—repensando conceitos no âmbito interdisciplinar. *Revista Contrapontos*, 17(4), 717-728.
<https://doi.org/10.14210/v17n4.p717-728>
- National Child Traumatic Stress Network. (2022). *About child trauma*.
<https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>
- Norbury, C., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorders: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Ordem dos Psicólogos, O. (n.d.). Linhas de orientação para a prática profissional. *Psicologia no Âmbito da Proteção das Crianças e Jovens em Risco*.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. (12nd ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Piaget, J. (1964) *A formação do símbolo na criança: Imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. (3rd ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York, NY: Basic Books.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1989). *A psicologia da criança* (10th ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Piscallo, I., Godinho, J., & Guedes, S. (2022). Retrato de uma pandemia no jardim de infância: perspectivas de crianças e de estagiárias em formação inicial de docentes. *A investigação na formação inicial de professores*, 65-88.
- Problemas comportamentais - Pham, C., Thomson, S., Chin, S. T., Vuillermin, P., O'Hely, M., Burgner, D., Tanner, S., Saffery, R., Mansell, T., Bong, S., Holmes, E., Sly, P. D., Gray,

- N., Ponsonby, A. L., & Barwon Infant Study Investigator Group. (2023). Maternal oxidative stress during pregnancy associated with emotional and behavioural problems in early childhood: implications for foetal programming. *Molecular psychiatry*, 28(9), 37603768.
- Porto, L. B. M. S., Oliveira, C. A. B., & Farias, R. R. S., (2023). Vulnerabilidade Social: Um Olhar Sobre as Demandas de Crianças e Adolescentes. *Revista FSA*, 20(2).
- Radwan K, Coccaro EF (2020) Comorbidity of disruptive behavior disorders and intermittent explosive disorder. *Child Adolesc. Psychiatry Ment Health* 14:24. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00330-w>
- Rappaport, C. R., Fiori, W. R., & Davis, R. (1981). *Psicologia do desenvolvimento: teorias do desenvolvimento conceitos fundamentais*. (1nd ed). São Paulo: EPU.
- Roberts, M. Y., Curtis, P. R., Sone, B. J., & Hampton, L. H. (2019). Association of parent training with child language development: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 173(7), 671-680. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.1197>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Edual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rogers, Carl R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240–248.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Entre Letras. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Santos J. V., & Gonçalves, C. M. (2016). *Psicologia educacional: Importância do psicólogo na escola*. O Portal dos psicólogos.
- Seabra-Santos, M. J., Simões, M. R., Almiro, P. A., & Almeida, L. S. (2021). Utilização de

- Testes para Avaliar Crianças dos 0 aos 7 anos: Resultados de um Inquérito a Psicólogos Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación—e Avaliação Psicológica*, 3(60), 81-94.
- Siqueira, L. Q., Baldicera, C. R., Daronco, L. S. E., & Balsan, L. A. (2017). Possíveis prejuízos decorrentes do uso de tabaco e álcool durante a gestação. *Salusvita*, 36(2), 587-99.
- Tang, L., Zhao, J., He, T., Xu, L., He, X., Huang, S., & Hao, Y. (2024). Effect of online parent training in promoting language development of children with language delay in Hubei province, China. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1-14. <https://doi.org/10.1111/1460-6984>
- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of child psychotherapy*, 29(2), 171-186. <https://doi.org/10.1080/0075417031000138433>
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20. <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357733920003.pdf>
- Urfer, A., Turpin, H., Dimitrova, N., Borghini, A., Plessen, K. J., Harari, M. M., & Urban, S. (2021). Consequences of Prematurity on Cortisol Regulation and Adjustment Difficulties: A 9-Year Longitudinal Study. *Children*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.3390/children9010009>
- Valera-Pozo, M., Adrover-Roig, D., Pérez-Castelló, J. A., Sanchez-Azanza, V. A., & AguilarMediavilla, E. (2020). Behavioral, emotional and school adjustment in adolescents with and without developmental language disorder (DLD) is related to family

involvement. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 1949.

Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., Mare, L. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N. A., & Juffer, F. (2011). I. Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monographs of the Society for research in Child Development*, 76(4), 8-30.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x>