



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA NA EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

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

Autora: Joana Sofia Paixão Narciso Mendes

Orientadora: Professora Doutora Catarina Tomé Pires

Número da candidata: 30003762

Abril 2024

Lisboa

Agradecimentos

Na realização deste relatório de estágio de Mestrado, contei com apoios e incentivos fundamentais e imprescindíveis sem os quais nada disto teria sido possível e do qual eu estarei eternamente grata.

É fundamental agradecer o apoio fornecido pelos professores da faculdade, nomeadamente a professora Rute Brites, a professora Odete Nunes e a professora Catarina Tomé Pires, que se disponibilizaram e apoiaram em tudo o que foi possível, que transmitiram saber, que forneceram opiniões e críticas construtivas e uma total colaboração para solucionar todas as dúvidas que fui tendo ao longo de todo este percurso.

O apoio da minha família, namorado e amigos foi sem dúvida fulcral, pois são o meu núcleo de pessoas mais próximas, e não existe nada mais gratificante do que ter o apoio dos nossos entes mais próximos.

Quero salientar o apoio e acompanhamento da minha fiel colega e amiga Patrícia Pereira, do qual sem ela, tudo teria sido bastante mais difícil. Estamos juntas desde o início da Licenciatura, e sem dúvida que ter uma relação de amizade estruturada e firme sempre connosco no percurso académico, é fundamental. Foram 5 anos de partilha, ajuda, companheirismo, apoio e essencialmente de uma genuína e pura amizade. Para mim, foi sem dúvida o meu maior suporte em todo este percurso. Em todos os momentos de desânimo, cansaço e até mesmo de desespero, a Patrícia esteve sempre presente, encorajando-me sempre com as suas palavras, dos quais foram preponderantes neste meu percurso universitário.

Por fim, fica um agradecimento especial aos meus pais e irmão, pelo seu apoio incondicional, por serem figuras de referência para mim, que sempre me incutiram de que nada na vida se consegue sem esforço, empenho e dedicação.

Nunca é tarde para apostarmos na nossa formação, a partir do momento que existe vontade, empenho e gosto por alguma área, vamos sempre a tempo.

Resumo

O presente relatório tem como objetivo o trabalho final para a conclusão do mestrado com respetiva atribuição do grau académico de Mestre, no curso de Psicologia Clínica e do Aconselhamento, na universidade Autónoma de Lisboa.

O presente estágio académico realizado numa instituição particular de solidariedade social (IPSS) que se centra numa intervenção comunitária e clínica, tendo objetivos de promoção do bem-estar e saúde mental das crianças que o frequentam e consequentemente a prevenção e intervenção em problemáticas socioemocionais.

A oportunidade de desenvolver várias intervenções possibilitou, a ponte entre o teórico e o prático, permitindo desenvolver características pessoais e profissionais que vão ser necessárias à prática profissional. O trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular, será discriminado e explicado ao detalhe no presente relatório, através da exposição (tendo em conta a política de proteção de dados e confidencialidade profissional) e análise de dois casos clínicos (sendo as problemáticas mais evidenciadas a falta de regulação emocional, problemas de comportamento e ansiedade), utilizando como forma de intervenção o modelo humanista de Rogers. Para os dois casos há uma contextualização da intervenção (síntese das sessões de acompanhamento psicológico; respetiva avaliação psicológica; discussão clínica; objetivos terapêuticos e uma reflexão pessoal).

Palavras-Chave: Estágio curricular; Psicologia Clínica; Regulação Emocional; Problemas de comportamento; Ansiedade

Abstract

The objective of this report is the final work for the conclusion of the master's degree with the respective attribution of the academic degree of Master, in the course of Clinical and Counseling Psychology, at the Universidade Autónoma de Lisboa.

This academic internship is carried out in a private charity institution (IPSS) that focuses on community and clinical intervention, with the objectives of promoting the well-being and mental health of children. who frequent it and consequently the prevention and intervention in socioemotional problems.

The opportunity to develop several interventions enabled the bridge between the theoretical and the practical, allowing the development of personal and professional characteristics that will be necessary for professional practice. The work carried out within the scope of the curricular internship will be broken down and explained in detail in this report, through the exposition (taking into account the policy of data protection and professional confidentiality) and analysis of two clinical cases (the most evident problems being the lack of emotional regulation, behavior problems and anxiety), using Rogers humanist model as a form of intervention. For both cases there is a contextualization of the intervention (summary of the psychological follow-up sessions; respective psychological assessment; clinical discussion; therapeutic objectives and a personal reflection).

Key-Words: Curricular internship; Clinical psychology; Emotional Regulation; Behavior problems; Anxiety

Índice

Introdução.....	9
Parte I.....	11
Contextualização do local de estágio	11
1.1. Instituição Particular de Solidriedade Social	12
Parte II	16
Enquadramento Teórico.....	16
2.1. Desenvolvimento Infantil.....	17
2.1.1. Fatores que influenciam o desenvolvimento infantil	19
2.1.2. Emoções e regulação emocional na infância.....	21
2.2. Perturbações do desenvolvimento infantil	24
2.2.1. Perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção	25
2.2.2. Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)	26
2.3. Papel do psicólogo clínico na infância	28
2.4.Avaliação e intervenção terapêutica na infância	31
Parte III.....	38
Trabalho de Estágio	38
3.1. Objetivos	39
3.1.1. Objetivos Gerais	39

3.2. Atividades de Estágio.....	40
3.2.1. Reuniões Clínicas.....	41
3.2.2. Observações diretas.....	43
3.2.3. Atividades desenvolvidas.....	45
3.3. Trabalho Clínico.....	46
3.2.2. Casos Clínicos	49
3.3.2.1. Caso clínico 1 – “L” avaliação.....	50
3.3.2.2. Caso Clínico 2 – “H” acompanhamento	66
Parte IV	82
Discussão	82
4.1. Discussão das atividades	83
4.2. Discussão do projeto	84
4.3. Discussão clínica dos casos apresentados	85
4.4. Conclusão	90
Referências Bibliográficas	95

Índice de tabelas

Tabela 1 - Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio	42
Tabela 2 - Instrumento Bar-Ilan	57

Índice de figuras

Figura 1 – Genograma familiar de “L”	51
Figura 2 – Genograma familiar de “H”	68

Índice de abreviaturas

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

ATL – Atividades de Tempos Livres

EDAH – Escala para a Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LCC – Ludoterapia Centrada na Criança

RSI – Rendimento Social de Inserção

TCC – Terapia Centrada no Cliente

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

Introdução

O presente relatório de estágio, inserido no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) tem como objetivo apresentar todo o caminho percorrido ao longo de sete meses numa IPSS. A realização do estágio foi acompanhada pela responsável do Departamento de Rendimento Social de Inserção (RSI) da instituição de acolhimento e orientada cientificamente pela Professora Catarina Tomé Pires, por parte da Universidade Autónoma de Lisboa. Teve o seu início a 3 de novembro de 2022 e o seu fim a 30 de junho de 2023, com a duração total de 400 horas.

O estágio curricular constituiu-se como um desafio enriquecedor e importantíssimo no percurso académico e profissional, pois por muito minuciosa que possa ser a teoria, a vivência e a prática dos seus conteúdos são, sem qualquer dúvida, um complemento fundamental à nossa aprendizagem. Além disso, por se tratar do primeiro contacto com o mundo profissional na área da Psicologia e por se constituir como uma componente maioritariamente prática, o estágio possibilitou reflexão e trabalho direcionado a diversas problemáticas, como dificuldades em manter o foco e a atenção, problemas de comportamento relacionados com violência física e falta de controlo emocional, na população-alvo em questão: as crianças.

Neste contexto, junto das crianças do pré-escolar (valência onde ocorreu o estágio) surge a importância de destacar o papel do psicólogo, visto que a prevalência das perturbações mentais, dos problemas de comportamento e dos problemas sociais que afetam crianças e adolescentes têm vindo a aumentar nos últimos anos (Pires & Martins, 2019). Daí, surge a necessidade de implementar estratégias de prevenção, intervenção e promoção da saúde psicológica nestes contextos, de forma sistemática e continuada ao longo do tempo (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2019). Assim, a Psicologia, ao procurar explorar, capacitar e potenciar o desenvolvimento da criança a vários níveis (social, emocional e cognitivo) e com base em abordagens específicas, tem um grande espectro de atuação. Nomeadamente, no pré-escolar, vai desde a avaliação e intervenção psicológica de forma individualizada e abrange os contextos onde é imperativa a intervenção grupal, organizacional e comunitária, bem como a supervisão e as atividades técnicas e científicas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2019). Contudo, seja qual for o âmbito da intervenção e, no contexto específico em que se insere o estágio, a abordagem humanista é essencial na prática do psicólogo, não só pelo facto de esta valorizar fatores humanos e relacionais, mas também por valorizar a singularidade de cada pessoa, considerando-a como um todo (Stenzel, 2022).

No âmbito do estágio realizado, procurou-se conhecer o papel do psicólogo na infância, desenvolver atividades lúdicas e recreativas junto das crianças do pré-escolar e acompanhar casos clínicos de crianças com problemas comportamentais. Ao longo dos sete meses de intervenção, foi possível abordar temáticas como o desenvolvimento infantil, o papel do psicólogo na educação e a intervenção precoce em contexto de pré-escolar. Tendo em conta o contexto do estágio e as problemáticas identificadas — perturbação da hiperatividade com défice de atenção e perturbação disruptiva do comportamento —, adotou-se como modelo de intervenção a Ludoterapia Centrada na Criança (Rogers, 2004).

Além disso, durante o estágio, pude aplicar os conhecimentos prévios que havia adquirido e adquirir novas competências fundamentais para a construção da minha identidade como futura psicóloga. Essa experiência possibilitou não apenas a utilização dos saberes já acumulados, mas também a aquisição de competências essenciais que contribuirão significativamente para a minha formação profissional na área da psicologia.

No atinente ao relatório, este encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira parte, procede-se à contextualização do local de realização do estágio, designadamente à caracterização e caracterização da instituição e da população alvo. Na segunda parte, fundamenta-se teoricamente os temas e as problemáticas apuradas durante toda a duração do estágio realizado, discutindo-se temas como a Psicologia Clínica e o papel do Psicólogo Clínico, além de uma análise sobre o desenvolvimento infantil e os seus fatores influenciadores. Além disso, dá-se especial atenção às Perturbações Disruptivas do Comportamento e ao Déficit de Atenção. A terceira parte, corresponde à descrição das atividades realizadas e à apresentação e reflexão de dois casos clínicos apresentados. E, por último, são ainda referidas as considerações finais, onde estão patenteadas algumas reflexões sobre todo o caminho percorrido, o trabalho desenvolvido e as aprendizagens adquiridas.

Para a elaboração deste relatório, recorri aos documentos disponibilizados na página do Centro de Assistência Social e a uma revisão de literatura, bem como à observação participante, notas de campo e conversas informais.

Parte I

Contextualização do local de estágio

1.1. Instituição Particular de Solidariedade Social

O estágio curricular, tal como demonstra este relatório, é o resultado do trabalho efetuado numa Instituição Particular de Solidariedade Social, nomeadamente num Centro de Assistência Social, próximo da área metropolitana de Lisboa. Esta instituição, foi fundada por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o pressuposto de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre a comunidade. Inaugurada em 1952, pelo Padre Manuel Marques, a construção desta instituição deu à Paróquia o início do caminho na área da intervenção social. O facto deste tipo de instituições se encontrarem dentro das comunidades, permite-lhes recolher informação mais detalhada sobre as necessidades existentes de modo a dar resposta às mesmas.

A instituição inicialmente surgiu como uma resposta para apoiar as famílias mais necessitadas, porém, atualmente, tem vindo a reajustar a sua intervenção e a capacidade de resposta às novas necessidades sentidas pela população e, por isso, oferece respostas e valências na área da infância e na área social. Assim, conta com dois espaços físicos, mais concretamente, o “Patronato” e o “Caracol”.

A área da infância integra as seguintes valências:

- 1) Creche familiar (4 meses-3 anos): consiste numa resposta social em que o trabalho desempenhado é feito em casa de amas. A equipa é composta por 14 amas que são coordenadas por uma educadora de infância. Na creche familiar, acolhem-se crianças com idades compreendidas entre os 4 meses e os 3 anos de idade, sendo o limite de 4 crianças por cada ama. Estas amas são cuidadoras que prestam assistência e cuidado a crianças nas suas próprias casas;
- 2) Creche (2 anos-3 anos): o seu espaço físico organiza-se em duas salas de atividades onde são recebidas apenas crianças entre os 2 e os 3 anos;
- 3) Pré-escolar (3-6anos): integra 7 salas de jardim de infância, onde são acolhidas crianças com idades entre os 3 anos e os 6 anos;
- 4) Centro de Atividades e Tempos Livres (6 anos-12 anos): neste centro, as crianças, têm a oportunidade de desenvolver atividades de lazer e de aprendizagem.

Já, a área social, ao procurar dar respostas as carências sociais sentidas pelas famílias, conta com as seguintes valências:

- 1) Refeitório Sociocultural: resposta vocacionada para a reabilitação psicossocial da população mais desfavorecida, em articulação com as entidades locais. A sua ação consiste no fornecimento de uma refeição diária (jantar) e na realização de atividades ocupacionais/culturais;
- 2) Cantina Social: surge no âmbito do Programa de Emergência Alimentar (PEA), promovido pelo Instituto de Segurança Social. É uma resposta destinada ao fornecimento de refeições a pessoas e famílias economicamente desfavorecidas;
- 3) Programa Operacional: surge para dar resposta às pessoas mais carenciadas, pretendendo ser um instrumento de combate à pobreza e à exclusão social em Portugal e consiste na distribuição de géneros alimentares às famílias. Tem ainda como objetivo o desenvolvimento de medidas de acompanhamento que capacitem as pessoas mais carenciadas a vários níveis, promovendo assim a sua inclusão;
- 4) Grupo de Intervenção Comunitária (GIC): surge para a melhoria da qualidade de vida na comunidade, através das mais variadas intervenções (identificação e resolução de problemas da comunidade; identificação e resolução de necessidades; projetos de animação sociocultural etc.) no seio da comunidade por forma a emancipá-la.

Estas respostas sociais são dadas por diversos profissionais, dos quais fazem parte os psicólogos. O psicólogo nesta instituição, realiza as suas atividades no Grupo de Intervenção Comunitária (GIC) que é composto pelos beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), abrangendo os agregados familiares que enfrentam necessidades específicas decorrentes das condições precárias em que vivem.

O objetivo primordial do psicólogo é abordar e atender às demandas psicossociais desses indivíduos, oferecendo suporte e orientação para melhorar a sua qualidade de vida, porém, sabendo que qualquer estágio ocorre num curto período de tempo, não é possível atuar em todas as valências e, por isso mesmo, o trabalho por mim desenvolvido ocorreu em duas das sete salas do pré-escolar, onde se encontram neste momento crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos.

O meu trabalho focou-se no acompanhamento de duas crianças de salas diferentes, por meio da observação em contexto de sala de aula e de recreio, de modo a verificar a presença e características das problemáticas identificadas.

A problemática mais identificada em várias crianças, através da minha observação e da experiência das educadoras, foi a dificuldade de atenção. Essa dificuldade manifestou-se em muitas atividades propostas, principalmente naquelas que exigiam maior concentração e comportamento mais calmo, como permanecer sossegado durante a realização de uma tarefa. Dificuldades na transição entre atividades também foram observadas, sendo notório que as educadoras enfrentavam desafios em conduzir as crianças de uma atividade para outra de forma organizada e coordenada.

Normalmente, esta transição de atividade representava um momento de dispersão e desordem no comportamento. Outra problemática observada foi a dificuldade das crianças na capacidade de regular as suas emoções, o que, por sua vez, poderia levar a comportamentos desadequados como o gritar, fazer birras e usar a violência para resolver os seus desentendimentos, frustrações e conflitos interpessoais. As dificuldades na regulação emocional das crianças apresentam-se como uma questão central, com um impacto bastante significativo no comportamento. Essas dificuldades não só afetam diretamente o ajustamento emocional da criança, mas também podem ser identificadas como uma possível causa subjacente de outras problemáticas observadas, ampliando assim a complexidade das intervenções necessárias.

Em discussão com as educadoras e com base nas dificuldades por elas relatadas, concluiu-se que seria benéfico e pertinente implementar, nesta instituição, uma valência na área da psicologia, visto que atualmente não existe resposta nesta área para as crianças que a frequentam. Para garantir a confidencialidade necessária, considerou-se crucial a criação de um gabinete interno específico, onde pudessem ser conduzidas sessões de acompanhamento e avaliações psicológicas.

Após o levantamento de necessidades junto da comunidade escolar, e com base na minha observação em diferentes contextos (sala de aula e recreio), definiu-se como relevante a realização de uma visita semanal de um psicólogo a cada sala. O objetivo destas visitas era identificar possíveis entraves ao desenvolvimento saudável das crianças. Para isso, foram utilizadas grelhas de registo de observação com campos específicos, preenchidas a cada observação, com o intuito de monitorizar todas as dimensões do plano de acompanhamento e verificar alterações ao longo do período de estágio.

Uma das maiores dificuldades apontadas pelas educadoras foi a falta de estratégias eficazes para lidar com crianças que apresentavam comportamentos desajustados e desestabilizadores. Nesse sentido, a presença do psicólogo em contexto de sala mostra-se crucial, auxiliando as educadoras na implementação de estratégias adaptadas a cada criança, com o objetivo de as capacitar a gerir os seus comportamentos de forma mais autónoma ao longo das atividades diárias.

Verificou-se ainda que algumas crianças revelavam dificuldades de interação social e comportamentos desadaptativos nas áreas cognitivas, emocional e psicomotora. A utilização de estratégias adequadas contribui para a criação de um ambiente de sala mais harmonioso, diminuindo a sobrecarga sentida pelas educadoras perante situações complexas. Caso contrário, pode instalar-se um clima de frustração e acumular-se desgaste físico e psicológico.

Assim, torna-se de grande relevância para a instituição a implementação de um serviço permanente de psicologia, que assegure acompanhamento adequado às crianças que dele necessitem, promovendo o seu desenvolvimento saudável. O acompanhamento individualizado, neste contexto, é essencial para estimular competências fundamentais ao desenvolvimento normativo, tendo em conta o estágio de cada criança e permitindo a deteção precoce de necessidades emergentes.

Parte II

Enquadramento Teórico

2.1. Desenvolvimento Infantil

O termo “criança” designa o ser humano que está em constante desenvolvimento e que começa na infância em que inicia a fase de crescimento físico, cognitivo e de maturidade, desde que nasce até à puberdade (Doron & Parot, 2001). A sua evolução vai depender dos pais, no sentido que os seus desejos vão influenciar todo o desenvolvimento da criança (Cole & Cole, 2004).

Uma base essencial para o desenvolvimento da criança é a mesma ser capaz de se relacionar com os outros, ao mesmo tempo que adquire confiança em si mesma. É através dessa socialização que a criança aprende sobre si e sobre o mundo (Greenspan, 2009). À medida que a criança vai se desenvolvendo e socializando com o mundo que a rodeia (meio escolar) e com os pares (outras crianças), vai ganhando uma maior confiança nas suas capacidades e consequentemente no mundo, por intermédio dos relacionamentos que mantém que lhe transmitem sensações de segurança (Cole & Cole, 2004). Se por outro lado, essa socialização e confiança não forem desenvolvidas e não houver investimento, a segurança vai dar lugar ao receio ao se relacionar com outras crianças e desenvolver dificuldades em expressar os sentimentos de uma forma natural, levando a dificuldades de relacionamento e principalmente emocionais, manifestando-se por intermédio de comportamentos desajustados (Cole & Cole, 2004). É de extrema importância ter conhecimento da estrutura familiar, do seu funcionamento e do mundo escolar que a rodeia, por forma a compreender as reações subjacentes (Lopes, 2003).

Para que o crescimento se dê de uma forma integrativa e saudável, a pedagogia educativa tem um papel preponderante, começando nos pais e/ou cuidadores, sendo os primeiros agentes educativos das crianças, com a transmissão de educação e valores, cujo fortalecimento se adquire no contexto escolar, sendo desta forma importante uma uniformização do que se ensina em casa e do que se ensina na escola, para uma orientação baseada no sucesso escolar (Branco, 2010).

A criança necessita de ser preparada para um pré-escolar, sendo que é onde começa o seu primeiro contacto com o mundo escolar com compromissos, regras, disciplina e principalmente a socialização com os respetivos pares (Miranda & Bahia, 2005).

Na infância tendem a surgir os desafios maiores no que diz respeito à saúde da criança, sendo que atravessam por um marco sensível à pressão do meio que se encontram inseridos (Mulye et al, 2009). Os padrões disfuncionais em contexto escolar estão a causar preocupação na comunidade social e escolar (Matos, Negreiros, Simões & Gaspar, 2009). Os comportamentos desajustados, têm na sua maioria, origem emocional.

Com a iniciação da aquisição da autonomia, desenvolve-se o sentimento de confiança ou desconfiança básica em relação ao mundo. Essa confiança deve ser promovida e transmitida pelos cuidadores da criança. No entanto, se os cuidadores transmitirem desconfiança por meio de comportamentos ambivalentes — tratando a criança de maneiras diferentes em momentos distintos —, a criança não se sentirá segura, o que se refletirá em seu modo de funcionamento e no comportamento (Erikson, 1976).

Essa ambivalência de comportamentos por parte dos cuidadores (pais, familiares, agentes educativos, etc.) vai gerar na criança um conflito interno, pois, assim, ela não compreende como um mesmo comportamento pode gerar respostas diferentes (Bower, 1983).

Pode ser importante para a criança a utilização de estratégias básicas de aprendizagem da auto-regulação emocional, como perceber o que ela está a sentir e o que deseja, utilizando palavras de incentivo e valorizando os sentimentos positivos. O educador pode elogiá-la quando apresenta padrões de comportamento adequados após situações de frustração e oferecer gestos de carinho, como um abraço, quando a criança se encontra com medo ou dor, ajudando-a a acalmar-se (Webster, 2010). O educador desempenha um papel significativo nas emoções da criança, permitindo que ela reconheça e vivencie os seus próprios sentimentos, promovendo a consciência de si mesma (Cardoso, 2013). Deve, assim, criar um ambiente seguro, onde a criança se sinta confiante para expressar suas emoções de forma livre e natural, favorecendo o seu desenvolvimento emocional.

Tanto a evolução, como as problemáticas (comportamentais ou emocionais) das crianças, têm a sua origem nas relações que mantêm com os pais e/ou cuidadores. O desenvolvimento da criança pode ficar comprometido quando existem problemas de vinculação ou existe negligência parental (Branco, 2010).

2.1.1. Fatores que influenciam o desenvolvimento infantil

A influência familiar é um fator que exerce bastante influência no desenvolvimento da criança, isto é, a fragilidade que uma criança sente e transmite pode ser explicada pela fragilidade e insegurança que os seus pais demonstram, existe também relação direta entre os fatores socioeconômicos baixos, sendo que existe uma maior predisposição para a insegurança das crianças por verem desde cedo as suas experiências limitadas desde muito cedo, outro fator pertinente na influência exercida nas crianças são os conflitos familiares e consequente instabilidade, estes fatores de uma forma individual ou cumulativa exercem uma grande influencia negativa no desenvolvimento da criança, apesar de não ser de uma forma determinante, uma vez que as próprias características da criança vão determinar o grau de permeabilidade que estes fatores terão no seu desenvolvimento (Cole & Cole, 2004).

A família constitui-se como o principal suporte na vida de qualquer criança, pois quando nascem é na família que vêm o apoio para a supressão das suas necessidades que não conseguem suprimir sozinhas e é na família que encontram a ponte para se integrarem de forma ajustada na sociedade e se desenvolverem (Pereira, 2008). A família exerce influência no modo de funcionamento e no comportamento das crianças de forma impactante, pois é ao observar a família, figuras de referência, que as crianças aprendem e adotam várias formas de se comportarem em sociedade e de como irão construir as suas relações com os pares e com a sociedade no geral (Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida-Filho & Barreto, 2005). Constitui-se como o primeiro palco de socialização da criança, onde irá absorver padrões culturais, influências e modelos (Diogo, 1998). A família desempenha a função de transmitir valores, significados e crenças, que estão no seio da sociedade, desta forma procura dar proteção e o bem-estar de todos os que fazem parte dela. Alguns autores acreditam que existem três pilares básicos que as famílias valorizam para os filhos: a sobrevivência, a autorrealização e a autossuficiência (Enrique, Heowk & Huitt, 2007).

A criança constitui-se como um organismo biopsicossocial, cujo desenvolvimento ocorre por meio das experiências adquiridas ao longo da maturação em diferentes contextos. Isso permite à criança desenvolver relações e identificar-se com outros indivíduos em comunidade, que possuem suas próprias formas de viver e se relacionar. A família atua como ponte para a comunidade em que a criança se insere, desempenhando papel essencial no contexto social e cultural de referência para cada criança.

Desde que nasce, a criança depende da família, sendo que desde cedo é influenciada e influencia a dinâmica de relacionamento no seio meio (Matos, Branco, Carvalhosa & Sousa, 2005).

Apesar de não ser regra, muitas famílias estão sujeitas a uma grande exigência e pressão cada vez maior que vai dificultar a eficiência enquanto educadores/educadores. Estas dificuldades advêm a um crescente isolamento social e familiar, à precariedade laboral e económica, a um estilo de vida mais acelerado e às dificuldades sentidas pelos pais na colocação de limites educativos (Pires, Jesus & Hipólito, 2009).

A família exerce grande influência no bem-estar e desenvolvimento das crianças. Os pais atuam por meio da herança genética, modelagem de comportamentos e estilo parental. Pais negligentes, autoritários ou superprotetores podem causar consequências negativas no bem-estar, potencial e desenvolvimento da criança (Matos et al., 2015). À medida que mantém relações interpessoais com pessoas significativas, a criança começa a estruturar sua forma de ser. Carl Rogers denominou de ‘pessoas-critério’ aqueles que exercem influência e funcionam como modelos de comportamento para as crianças (Cury, Lopes & Linhares, 2012). No ambiente familiar, a criança aprende a resolver conflitos, controlar emoções, expressar-se, lidar com adversidades e diversidades da vida. Essa influência familiar molda os comportamentos futuros da criança e impacta outros ambientes com os quais ela interage (Wall, 2003).

A família pode funcionar como um lugar de proteção, afetividade e intimidade ou por outro lado, pode ser um espaço de obrigações, opressões, egoísmo, gerador de conflitos e um espaço de violência (Silva, 2004). Quando existem comportamentos de negligência e de rejeição por parte dos cuidadores e/ou pais acabam por exercer uma influência e funcionarem como fatores precipitantes de comportamentos desajustados. Se a criança sentir respeito, aceitação e carinho, vai moldar de uma forma positiva o desenvolvimento emocional e social adaptativo, em suma são os comportamentos das figuras de referência (geralmente pais e/ou cuidadores) que vão impactar diretamente no comportamento, desenvolvimento e estabilidade das crianças (Rohner; Khaleque & Cournoyer, 2009).

O sistema escolar tem vindo a ganhar uma grande influência no desenvolvimento das crianças em detrimento do sistema familiar que tem vindo a perder território. A família funciona como um papel mediador entre a sociedade e a criança, auxiliando a mesma na

construção da sua socialização, elemento de importância extrema no desenvolvimento saudável da criança (Andrade, et al., 2005).

2.1.2. Emoções e regulação emocional na infância

Falar de emoções e desenvolvimento emocional na criança leva-nos a destacar um conceito muito próximo, muito intrínseco à própria emoção e largamente abordado na literatura destes últimos anos: a regulação emocional.

A pesquisa sobre a regulação emocional, dado o seu enfoque e importância para a vida humana, surgiu dos estudos da psicologia do desenvolvimento e, mais recentemente, tem-se estabelecido como um campo específico de estudo focado na regulação emocional na infância (1989; Gross, 1998). Batista e Noronha (2018), ressaltam que os estudos e o interesse sobre a regulação emocional têm aumentado progressivamente sobretudo por esta ser vista como um aspecto fundamental no processo de adaptação frente às dificuldades da vida e por trazer consequências positivas em termos afetivos e de bem-estar.

Segundo Batista e Noronha (2018) a regulação emocional refere-se a “um processo dinâmico intrinsecamente ligado a esforços conscientes no controle dos comportamentos, dos sentimentos e das emoções para que algum objetivo seja alcançado” (p.389). De acordo com Bridges, Denham e Ganiban (2004), o cerne da regulação emocional reside na capacidade do indivíduo de se ajustar e regular suas emoções conforme as demandas do momento, por meio do controle e modulação das emoções, o que implica a manutenção de estados emocionais positivos e a redução dos estados emocionais negativos.

Thompson (1994, p.27-28), por sua vez, define a regulação emocional como “os processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis por monitorizar, avaliar e modificar reações emocionais, especialmente os seus aspetos temporais e de intensidade, com a finalidade de atingir determinado objetivo”. A capacidade da criança em regular as suas emoções de modo a lidar com situações frustrantes e manter um comportamento emocional positivo, tem sido tida como extremamente relevante na sua adaptação às exigências dos contextos educativos, uma vez que lhe permite agir de forma ajustada no jardim-de-infância e, mais tarde, na escola (Morrison, Ponitz, & McClelland, 2010).

A regulação emocional é influenciada pela personalidade de cada um, sendo que a mesma está em constante mudança (Gross & Thompson, 2007). Essa regulação emocional

pode ser feita de uma forma automática ou controlada, consciente ou inconsciente (Rottenberg & Gross, 2003). É influenciada também pela parte biológica, psicológica e social. Podemos dizer que o processo de regulação emocional reflete a complexidade humana oferecendo uma grelha teórica fundamental para a compreensão do desenvolvimento adaptativo e psicopatológico (Reverendo, 2011).

Quando existe uma elevada vulnerabilidade emocional, ou seja, quando há uma regulação ineficiente, há uma prevalência da sensibilidade aos estímulos emocionais, que conduz a uma reatividade a estes e a uma recuperação lenta face à ativação emocional (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Isto é, uma regulação ineficiente conduz a consequências emocionais, cognitivas e comportamentais desadequadas, que, por sua via, propiciarão um risco do nível da capacidade de adaptação do sujeito à situação (Raposo, 2019). A título de exemplo, em contexto escolar, a indisciplina e os comportamentos de agressividade são exemplos de uma regulação emocional ineficiente (Velez, 2010).

Estes comportamentos de indisciplina e agressividade são caracterizados pelo desvio às regras do trabalho escolar, violência nas relações entre pares e problemas nas relações entre alunos e a figura de autoridade, sendo que estes se podem apresentar pelo bater, gritar, chutar e morder. O que tem vindo a causar preocupação, uma vez que estes comportamentos têm aumentado cada vez mais, dificultando o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de relações interpessoais nas crianças, influenciando de forma negativa o seu ajustamento ao contexto escolar (Moura & Barreira, 2017).

A idade pré-escolar trata-se de um período determinante para o desenvolvimento da regulação emocional das crianças, visto que estas amplificam a sua capacidade de avaliar as suas próprias emoções e vão desenvolvendo a capacidade de identificar experiências emocionais distintas, bem como a capacidade de regulação e experimentação de emoções em simultâneo (Amaral, 2014). Por isso, neste período do desenvolvimento, as crianças devem desenvolver competências importantes que sirvam de apoio na regulação e na expressão adequada das emoções.

Porém, existem alguns fatores que se constituem como indicadores de vulnerabilidade a este desenvolvimento, nomeadamente diversos fatores socioculturais (como por exemplo a monoparentalidade, pobreza, baixo nível de escolaridade dos pais, trabalho precário, entre outros) tornando-se fundamental verificar os fatores de risco nas crianças por forma a

minimizar as consequências dos mesmos (Olson & Lunkenheimer, 2009). Mas, contrariamente, o que pode funcionar como fator de regulação emocional são comportamentos de compreensão como, o ouvir, a cooperação entre pares, participar e integrar em atividades ou interações com um grupo reduzido de colegas ou pares e, o negociar (Machado, & colaboradores, 2008).

De acordo com Batista e Noronha (2018), existem quatro fatores que indicam a existência de regulação emocional: (1) capacidade de tomar consciência e compreender as emoções, (2) aceitar as próprias emoções, (3) controlar os comportamentos impulsivos de modo a se guiar para que determinados objetivos sejam alcançados e (4) ter acesso a estratégias de autorregulação emocional percebidas como efetivas. Ainda na ótica destes autores, a ausência de qualquer uma dessas habilidades poderia indicar dificuldades na regulação das emoções. Neste contexto, existem algumas estratégias para a regulação emocional, como por exemplo a reestruturação cognitiva, envolvimento em atividades de lazer, sociais e desportivas. Ainda, algumas estratégias para comportamentos mais impulsivos e agressivos, como por exemplo, um afastamento do foco potenciador do comportamento desadaptativo ou/e técnicas de relaxamento e assertividade (Arándiga & Tortosa, 2004).

O conhecimento emocional envolve a implementação de estratégias para controlar, aumentar ou diminuir os diferentes componentes da resposta emocional, incluindo sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas (Mauss, Evers, Wilhelm & Gross, 2006). Embora não seja um estudo recente, Machado e colaboradores (2008), em investigação com 40 crianças, procuraram explorar se o conhecimento das emoções atuava como fator mediador entre competências académicas e aceitação entre pares. Os resultados indicaram que o conhecimento das emoções mediava a relação entre competências sociais e aceitação entre pares, destacando sua importância para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos em crianças.

Almeida (2017), corrobora esta ideia, indicando que o desenvolvimento emocional no início da infância abre uma janela ao desenvolvimento psicológico da criança e que, as emoções, ao desempenharem um papel essencial no desenvolvimento do ser humano, podem ter efeitos no processo de tomada de decisão, na medida em que o comportamento emocional pode condicionar o modo como nos adaptamos ao meio.

Em síntese, crianças com maior habilidade para identificar as emoções alheias podem ser mais eficazes ao responder ao ambiente e ao estabelecimento de redes sociais de apoio. Por outro lado, aqueles que conseguem compreender as suas próprias emoções tendem a ser mais empáticos, facilitando uma regulação emocional eficaz e promovendo um maior bem-estar ao compreenderem as implicações emocionais. Potencializar as capacidades emocionais precocemente, contribui para que as crianças não contraiam problemas emocionais, promovendo-se a qualidade de vida sendo, por isso, crucial a regulação emocional no desenvolvimento das crianças (Almeida, 2017).

2.2. Perturbações do desenvolvimento infantil

Os pedidos de avaliação psicológica a crianças do pré-escolar têm vindo a aumentar cada vez mais (Major, 2011), uma vez que se tem vindo a verificar alguns problemas associados a esta população, como: problemas ao nível do comportamento e défices nas aptidões sociais, o que se traduz num impacto negativo não só na infância como se verifica mais tarde na adolescência, estendendo-se para a vida adulta (Major, 2011). O período pré-escolar é de extrema importância para o desenvolvimento saudável das crianças, é caracterizado por alterações a todos os níveis, tais como: linguístico, emocional, comportamental, motor e físico. Neste sentido a entrada para o pré-escolar tem uma preponderância enorme ao nível do comportamento emocional e social de cada criança. Todas estas alterações fazem com que haja o surgimento de novas experiências, que podem vir a intensificar ou desencadear comportamentos desajustados ao nível das birras, atitudes agressivas, amuos, mentiras, isolamento, quando as vontades não são realizadas e/ou por forma a chamar a atenção (Webster-Stratton, 2016).

A maior parte das crianças em idade pré-escolar desenvolvem com alguma frequência comportamentos classificados como disruptivos, o que pode vir a dificultar a compreensão e classificação dos mesmos, pois os comportamentos podem advir de comportamentos identificados efetivamente como disruptivos, como comportamentos sintomáticos ou comportamentos que advêm de dificuldades normativas e/ou transitórias do desenvolvimento. Neste sentido é imperativo ter em conta a cronicidade, frequência e intensidade dos comportamentos, da possibilidade de existirem outros problemas e o contexto familiar e social em que as crianças estão inseridas (Campbell, 1995).

2.2.1. Perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção

Pardilhão, Marques e Marques (2009), indicam que as Perturbações do Comportamento e a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, constituem as formas mais comuns de psicopatologia na infância, sendo “o seu tratamento é dificultado pela complexidade dos factores implicados na sua etiopatogenia, pelo elevado grau de disfuncionalidade das famílias envolvidas e pela escassez de recursos comunitários para implementar estratégias de intervenção eficazes” (p.592).

Já a Perturbação Disruptiva do Comportamento, de acordo com a classificação proposta pela American Psychiatric Association (2013) no DSM - 5, envolve problemas ao nível do autocontrolo das emoções e do comportamento, sendo que estes se podem manifestar através de comportamentos que violam os direitos dos outros (p.e. agressões, destruição de propriedade) e/ou que colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou com figuras de autoridade. Gelfand et al. (1988), associam aos comportamentos agressivos e à ausência de preocupação com os outros, um défice de competências sociais, que culmina na inexistência de relações de amizade.

Os critérios de diagnóstico Perturbação Disruptiva do Comportamento estão definidos nas classificações internacionais da *American Psychiatric Association* (2013), sendo que esta perturbação se caracteriza pela presença de padrões recorrentes e persistentes de dificuldade de aceitação de regras, atos agressivos, desencadeados frequentemente por situações de frustração e comportamentos anti-sociais, de violação dos direitos básicos dos outros (Pardilhão et al., 2009). Porém, apesar de alguns autores considerarem que estes tipos de comportamentos surgem em algum momento, em todas as crianças em algumas fases do seu desenvolvimento (Gelfand, et al., 1988), o seu diagnóstico dependerá da sua intensidade e frequência, tal como evidência Quay (citado por Gelfand et al., 1988). Portanto, os problemas de comportamento, em determinadas fases do desenvolvimento das crianças, não são sinónimos de distúrbio nesse mesmo desenvolvimento.

Pardilhão et al. (2009), afirmam que mais que um fator isolado, a Perturbação Disruptiva do Comportamento, é a acumulação e a interação entre diversos fatores de risco individuais, familiares e ambientais. Dentro dos fatores individuais, encontramos fatores genéticos, temperamento da criança, défices neurocognitivos da criança e período pré e pós-natal; nos fatores familiares, temos o tipo de vinculação, disfunção familiar e patologia

psiquiátrica parental; e, por fim, nos fatores ambientais, podem ser o baixo nível socioeconómico, grupos de pares delinquentes, insucesso e absentismo escolar e exposição à violência nos meios de comunicação.

Esta perturbação raramente surge de forma isolada, sendo que a deteção e intervenção precoce podem originar resultados mais satisfatórios. Normalmente, a intervenção é integrada, incluído o sistema de Saúde, Educação e Social, tendo como o principal objetivo diminuir os comportamentos disruptivos (Padilhão et al., 2009).

2.2.2. Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), é considerada uma perturbação do neuro desenvolvimento, complexa e heterogénea, de natureza crónica e com uma etiologia multifatorial, especialmente devido a fatores genéticos e ambientais (López-López, Poch-Olivé, López-Pisón, & Cardo-Jalón, 2019). É considerada uma das perturbações mais prevalentes na população infantil e adolescente, com grande impacto na pessoa, na família e na sociedade (Marques et al., 2018).

O conceito que dá origem ao termo “Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção”, teve o seu desenvolvimento no início do séc. XX pelas investigações clínicas levadas a cabo pelos investigadores *Alfred Tredgold* e *George Still* (n.d, citado por Barkley, 2009). Mais concretamente, foi descrita pela primeira vez como entidade clínica em 1968, na segunda edição do DSMS e, desde aí, que a investigação científica se tem debruçado nas atualizações sobre a sua definição (Marques et al., 2018).

Apesar dos vários conceitos encontrados na literatura, para o presente relatório, adotou-se a definição que consta no DMS-5, que nos indica que a PHDA é uma perturbação do neuro desenvolvimento que resulta de uma semiologia característica: desatenção e hiperatividade/impulsividade, cujos sintomas devem aparecer antes dos 12 anos de idade e ocorrer em diferentes contextos, nomeadamente em casa, na escola, entre outros (American Psychiatric Association, 2013).

Normalmente, esta perturbação é caracterizada pela presença de três grupos de sintomas: défice de atenção (dificuldade em dirigir e manter a atenção e pouca persistência para a realização das tarefas), hiperatividade (agitação motora excessiva e desadequada) e impulsividade (dificuldade em gerir os impulsos e em protelar a recompensa), sendo que estes

sintomas terão de persistir durante, pelo menos, seis meses, em dois ou mais contextos (Marques et al., 2018). Além destes sintomas, podem associar-se outros sintomas com um importante impacto no diagnóstico. Por exemplo, ao nível da desatenção pode verificar-se uma distração fácil e dificuldade em realizar tarefas, alguma dificuldade em cumprir instruções e diretrizes e alguma desorganização (Cordinhã & Boavida, 2008) bem como, insucesso académico ou profissional, baixa tolerância à frustração, baixa autoestima, isolamento social e exposição a situações de risco (Marques et al., 2018). Por vezes, crianças que apresentam estes sintomas, são categorizadas como as malcomportadas/mal-educadas e que se recusam a aprender, perturbando a aprendizagem dos outros colegas no decorrer do percurso escolar (Nunes & Werlang, 2008).

Alguns autores, como Lima (2015) e Marques et al. (2018), afirmam que a PHDA é uma das perturbações mais frequentes no que diz respeito ao desenvolvimento da criança, apesar de, nos dias de hoje, as publicações sobre esta perturbação serem muito heterógenas. Mais concretamente, em Portugal, Marques et al. (2018), afirmam não existir dados precisos, apesar de haver estudos que indicam uma prevalência de cerca de 4% a 5%. Apesar de muitos casos não estarem identificados, esta é uma patologia frequentemente diagnosticada em contexto escolar, sendo que, antes dos 4 anos, seja mais difícil de distinguir dos comportamentos habituais desta idade (Marques et al., 2018).

Assim sendo, embora a PHDA se possa manifestar nos primeiros anos de vida, na fase do pré-escolar, normalmente, só é diagnosticada nos primeiros anos do ensino primário (Cordinhã & Boavida, 2008).

Quanto à etiologia da PHDA, sabendo que esta é uma patologia de natureza multifatorial, Marques *et al.* (2018), apresentam alguns fatores de risco (individuais, familiares e ambientais) que podem resultar na culminação desta perturbação. Nos fatores individuais, por exemplo, fatores genéticos, doenças neurológicas, fatores associados ao período pré e perinatal e fatores pós-natais, podem concorrer a favor do desenvolvimento desta perturbação; dentro dos fatores familiares, encontramos alguns como o tipo de vinculação, a disfunção familiar e a patologia psiquiátrica parental; por fim, nos fatores ambientais, estes podem ser: família numerosa, baixo nível socioeconómico e cultural e acolhimento institucional.

O diagnóstico de PHDA, conforme definido pelo DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2013), requer a identificação de um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que cause interferência no funcionamento ou desenvolvimento da criança. Este padrão manifesta-se por sintomas de hiperatividade e impulsividade, muitas vezes, manifestados antes dos 12 anos de idade. Além disso, é essencial que muitos dos sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estejam presentes em dois ou mais contextos diferentes. Os sintomas também devem demonstrar interferência significativa, reduzindo a qualidade do funcionamento social, académico ou ocupacional do indivíduo. Por outras palavras, para diagnosticar a PHDA, é crucial observar um padrão persistente e prejudicial de comportamentos relacionados à desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que afete negativamente diversos aspetos do funcionamento diário, com início dos sintomas antes dos 12 anos e com uma presença em múltiplos contextos.

Após o diagnóstico, o plano de tratamento deve incluir educação da família, estratégias para gestão do comportamento e, eventualmente, tratamento farmacológico (Marques et al., 2018). Para *Banaschewski, et al* (2018), os principais tratamentos para a PHDA são a psicoeducação, a terapia cognitivo-comportamental e os fármacos psicoativos, sendo que a escolha do tratamento é personalizada, levando em consideração a gravidade do quadro, a presença de outras condições associadas, experiências prévias em terapias e as circunstâncias presentes no ambiente familiar, social e educacional. Mais concretamente, as técnicas utilizadas ao nível das intervenções terapêuticas, nomeadamente intervenções cognitivo-comportamentais na PHDA são as seguintes: automonitorização, treino da assertividade, treino de resolução de problemas e focalizar a atenção e reduzir os eventos distratores.

Em suma, é uma condição que leva a dificuldades sentidas na sustentação da atenção por longos períodos, no controlo dos impulsos e no planeamento de atividades (Matos, 2009), o que se traduz em consequências no bem-estar e autoestima da criança (Cordinhã & Boavida, 2008). É, uma perturbação do neurodesenvolvimento mais frequente em idade pediátrica, associada a várias comorbilidades que podem mascarar a sua presença (Marques et al., 2018).

2.3. Papel do psicólogo clínico na infância

Em Portugal, a prevalência de distúrbios psicológicos é significativa, com estudos indicando que um em cada cinco portugueses enfrenta algum tipo de doença psicológica,

conforme evidenciado pelo 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013). Essa posição coloca o país em segundo lugar na Europa em termos de incidência desses distúrbios (Almeida & Xavier, 2013). As perturbações mais comuns em Portugal incluem os distúrbios de ansiedade, afetando 16,5% da população anualmente, e os distúrbios de humor, com destaque para a depressão major, que atinge 16,7% das pessoas ao longo da vida (Almeida & Xavier, 2013). Mais recentemente, no ano de 2018, Moura, Araújo, Oliveira, Ribeiro e Rosa (2018), concluíram que o predomínio de problemas de saúde mental nas crianças alcança os 12,36% a nível mundial, sendo que Portugal, a PHDA é considerada como uma das perturbações do comportamento e neurodesenvolvimento mais diagnosticados em crianças e jovens em idade escolar, com uma prevalência mundial estimada entre 5% e 7% em estudos recentes (Filipe, 2020).

Com o aumento desses problemas entre as crianças, a Psicologia Clínica desempenha um papel vital em mitigar o impacto no desenvolvimento infantil (James & Roberts, 2009). Mais especificamente, o papel da Psicologia Clínica na infância é fundamental para promover o desenvolvimento saudável e o bem-estar emocional das crianças. A Psicologia Clínica atua não apenas na identificação e tratamento de possíveis perturbações ou dificuldades emocionais, mas também na promoção de aspetos positivos, como felicidade, resiliência e autocontrolo. Através de intervenções psicológicas positivas, o psicólogo clínico procura reforçar os aspetos positivos das crianças, ajudando-as a lidar com as suas emoções de maneira saudável e construtiva. Isso envolve o desenvolvimento de capacidades sociais, emocionais e cognitivas, bem como a promoção de um ambiente escolar e familiar favorável ao crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, também se preocupa em identificar fatores de risco que possam interferir no desenvolvimento infantil, como questões socioculturais, familiares e ambientais, e em desenvolver estratégias de intervenção adequadas para minimizar esses impactos negativos (Santos et al., 2023). Por outras palavras, o papel da Psicologia Clínica na infância é contribuir para que as crianças desenvolvam uma base sólida de bem-estar emocional, capacidades sociais e cognitivas, preparando-as para uma vida adulta equilibrada e satisfatória.

Verifica-se, ainda, que a prática da Psicologia Clínica envolve a observação, análise do comportamento, avaliação psicológica e intervenção baseada na ciência para promover a saúde mental das crianças (Goodheart, 2010). Assim, a Psicologia Clínica tem um papel preponderante no que concerne às respostas dadas às necessidades de saúde ao nível de bem-

estar físico e bem-estar mental (Goodheart, 2010), torna-se por isso uma ciência de extrema importância para o desenvolvimento saudável de todos. Posto isto, percebe-se que o psicólogo tem o objetivo de orientar e oferecer apoio psicológico a indivíduos que necessitam, considerando a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Pomerantz, 2017; Plante, 2011). Mais concretamente, sabendo que a fase mais crítica e determinante do desenvolvimento da criança dá-se nos seus primeiros anos de vida, sendo que o desenvolvimento deficitário nessas fases pode afetar a habilidade social, aqui exige-se intervenções multidisciplinares em diferentes ambientes, incluindo intervenção clínica (Del Prette & Del Prette, 2017). Nestes casos, torna-se importante desenvolver uma intervenção educativa multidisciplinar em ambiente escolar, familiar e ao nível do acompanhamento personalizado em contexto clínico com a atuação de um psicólogo (Del Prette & Del Prette, 2017).

A importância da Psicologia no contexto da infância ganha ainda mais relevo dado que pode ajudar a um desenvolvimento saudável das crianças, sendo, assim, essencial a presença de psicólogos em instituições para oferecer suporte a crianças, educadores e famílias (Patrício, 2019). A ação do psicólogo também passa por prestar apoio à equipa educativa e às famílias, e desta maneira poder potenciar o acompanhamento parental prestado às crianças através de informação técnica disponibilizada (Patrício, 2019).

O exercício da atividade do psicólogo neste contexto é muito importante, tendo em conta que contribui para o desenvolvimento e processo de aprendizagem (cognitiva e afetiva) da criança, ajudando a criança a desenvolver competências imprescindíveis para a sua vida, tais como autonomia; identidade pessoal, promoção da saúde e bem-estar e promover o sucesso escolar (Leal, 2006). Assim, o acompanhamento psicológico nestes contextos passa por uma intervenção psicopedagógica, sempre que sejam verificadas necessidades de medidas de suporte na aprendizagem; no comportamento disfuncional; inclusão; na gestão de conflitos; dificuldades nas relações sociais; na gestão de conflitos entre outras necessidades que se possam advir e se justificar a intervenção (Sousa, 2013).

Relativamente à avaliação psicológica, esta surge aquando de um pedido por parte dos pais, encarregados de educação, professores e/ou educadores, que identificam dificuldades ao nível da aprendizagem e/ou comportamento (emocional, psicomotor, cognitivo) ao longo do desenvolvimento da criança. Quando se verifica a necessidade de aplicação de instrumentos, há uma seleção de acordo com a(s) problemática(s) apresentada(s).

2.4. Avaliação e intervenção terapêutica na infância

A intervenção da Psicologia Clínica, no contexto da infância visa atenuar problemas de saúde mental, podendo envolver colaboração com a família para um tratamento mais abrangente. O objetivo central é abordar questões familiares, sociais, médicas, emocionais, comportamentais e cognitivas das crianças (Jackson et al., 2010), sendo essencial considerar o contexto sociocultural em que a criança está inserida para uma intervenção eficaz (Santos, Medeiros & Laport, 2023).

A avaliação psicológica, por sua vez, procura compreender a criança, considerando aspetos do seu passado, presente e futuro, mas também da sua dinâmica familiar e contexto social. Envolve, portanto, a observação da criança no seu ambiente familiar, permitindo uma compreensão mais clara da sua inserção na dinâmica familiar e nas suas relações interpessoais (Oliveira, 2018). Já, a intervenção psicológica, procura fomentar o bem-estar e a felicidade da criança, contribuindo para o desenvolvimento saudável da mesma, preparando-a para enfrentar os desafios e stresses da vida adulta com capacidade e resiliência (Santos et al., 2023).

A intervenção terapêutica, com crianças do pré-escolar, deve ter alguns princípios básicos como: a relação terapêutica (deve estabelecer-se por meio das ações, mais do que com palavras), a natureza do relacionamento que a criança mantém com a família (elemento que impacta a intervenção) e o trabalho em equipa que deve ocorrer com os pais/cuidadores. Além disso, devemos estar cientes que, enquanto na psicoterapia com adulto, a relação terapêutica dá-se com palavras, com as crianças, dá-se através das brincadeiras, uma vez que estas se constituem como a via de comunicação das experiências das crianças (Axline, 2013). Rogers (1978), neste contexto, defende que a criança tem de ser vista como um todo e não só para os seus problemas comportamentais: “abordaremos a criança, e não os sintomas comportamentais [...] existem crianças – meninos e meninas – com backgrounds e personalidades diferentes [...] é com a criança que devemos lidar, não com a generalização que fazemos a seu respeito e do seu comportamento” (p. 20-21). Rogers defende, ainda, que as alterações comportamentais que advêm da intervenção psicológica dependem da qualidade da relação entre profissional e criança, do que propriamente pelas técnicas aplicadas. Esta relação depende das seguintes características: a capacidade do psicólogo em demonstrar aceitação e respeito pela criança, a capacidade de compreensão de si próprio e dos seus padrões emocionais e o conhecimento que tem de Psicologia (Rogers, 1978).

É necessário que se atue de forma holística e em equipa, pois só assim se consegue desenvolver um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades das crianças (Almeida, 2012). Cada criança possui as suas próprias características únicas e é influenciada pelas suas experiências de vida individuais. Portanto, é responsabilidade dos profissionais, como terapeutas, psicólogos, professores de ensino especial, professores e pais, adaptar e aplicar estratégias que sejam mais adequadas às necessidades específicas de cada criança. Isso é feito através de uma abordagem multimodal, que envolve a utilização de diferentes métodos e técnicas para atender às suas necessidades individuais (Almeida, 2012). Em contexto de intervenção e acompanhamento psicológicos, o estabelecimento da relação terapêutica é fundamental, uma vez que são criadas condições essenciais para uma maior adesão à intervenção e uma maior motivação para a mudança (Machado & Veloso, 2011). Do ponto de vista da aliança terapêutica, o acompanhamento psicológico com as crianças, envolve desafios uma vez que, o pedido inicial é realizado, frequentemente, por um adulto de referência e nem sempre pelas próprias. Assim o estabelecimento da relação e aliança terapêutica é fulcral, para minimizar o impacto das resistências da criança iniciais e/ou relutância em partilhar informação pessoal. Deve existir a documentação de todo o processo de acompanhamento que deve passar pelas seguintes etapas, avaliação pormenorizada, conhecer/observar as crianças, entrevistar os pais (anamnese), definir o plano de intervenção de modo individualizado onde os campos a avaliar são: identificação da criança, aspetos familiares e sociais, história de vida, aspetos de saúde e de comunicação (Pagliano, 2012). No planeamento da intervenção, em concordância com os pais, deve considerar-se o perfil de cada criança, assim como os recursos disponíveis e a repercussão dos seus sintomas nos vários contextos.

Porém, as intervenções psicológicas apoiadas em distintas abordagens terapêuticas procuram contribuir para promover o bem-estar emocional, desenvolver capacidades de enfrentamento saudáveis e fortalecer as relações interpessoais das crianças. Ao utilizar técnicas e estratégias adaptadas às necessidades individuais de cada criança, essas intervenções visam facilitar o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, proporcionando-lhes recursos para lidar com os desafios da vida de forma mais eficaz e satisfatória.

Existem vários tipos de intervenção ou abordagens terapêuticas no âmbito da psicologia, como a Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Humanista e Abordagem Cognitivo Comportamental. Ademais, temos a reeducação e terapia psicomotora, a realização

de atividades de atenção plena ao ar livre, o treino de promoção de competências sociais e a Ludoterapia Centrada na Criança.

Na escolha de um modelo teórico para a intervenção clínica, não há modelos superiores, desde que baseados em evidências teóricas e científicas. Durante o estágio, foi adotada a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), com foco na terapia centrada no cliente de *Carl Rogers* (2003). Esta corrente psicológica é caracterizada pela vasta diversidade de intervenção, desde a individual, grupal, escolar, clínica, organizacional e social. A corrente foi apresentada ao mundo através da publicação da obra de *Carl Rogers* “Psicoterapia e Consulta Psicológica” na década de 1940, tendo como berço os Estados Unidos da América. Esta corrente foi apresentada como uma perspectiva diferente de todos os modelos vigentes na altura (psicométrico, psicodinâmico e comportamental), tornando-se numa psicoterapêutica distinta de tudo o que existia até então (Santos, 2005; Moreira, 2010; Hipólito, 2011).

A Abordagem Centrada na Pessoa enfatiza a capacidade do indivíduo de autoconhecimento e autorrealização, com o terapeuta atuando como guia, respeitando a individualidade e incentivando o desenvolvimento pessoal (Hipólito, 2011). Ela também pode ser aplicada na intervenção com crianças, adaptando a mesma base teórica usada com adultos, mas com um ambiente terapêutico mais lúdico (Rogers, 2003). O psicólogo no caso da criança, defende que a mesma tem capacidades de auto-organização para o desenrolar do seu desenvolvimento saudável e adota uma postura de respeito e aceitação total para com a criança. O *setting* terapêutico das crianças tem à sua disposição uma componente lúdica, por forma a facilitar a perceção e comunicação das problemáticas envolvidas, o que não acontece no *setting* dos adultos (Rogers, 2003).

Além da Abordagem Centrada na Pessoa, a abordagem humanista, é também ela essencial no contexto da Psicologia Clínica na Infância, tendo vindo a ser valorizada pela *American Psychological Association* (Stenzel, 2022). Porém, como refere Elkins (2019), esta deve ser sempre utilizada em conjunto com outras abordagens, como o caso da Abordagem Centrada na Pessoa. Assim, sendo, utilizada em conjunto com outras abordagens, a abordagem humanista, valoriza os fatores humanos e relacionais, concebendo resultados eficazes na psicologia e na psicoterapia.

A Abordagem Humanista é, então, uma perspectiva que se concentra no crescimento pessoal, no desenvolvimento individual e na procura do potencial humano, destacando a

importância da subjetividade, da experiência pessoal e da autenticidade na compreensão do comportamento humano. Esta abordagem enfatiza a compreensão do indivíduo como um todo, em vez de apenas focar em aspectos isolados da sua personalidade ou experiência, sendo frequentemente aplicada na psicoterapia, no aconselhamento e em áreas que procuram promover o crescimento pessoal e a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Castañon, 2007; Elkins, 2019; Stenzel, 2022). Para *Castañon* (2007) e *Stenzel* (2022), os principais princípios desta abordagem são a ênfase no livre-arbítrio e na responsabilidade pessoal, a ênfase na experiência subjetiva, a ênfase no crescimento e na realização pessoal, a ênfase na relação terapêutica e a abordagem não diretiva. O facto de a Abordagem Humanística ser o seu foco na singularidade de cada indivíduo e na promoção do crescimento contínuo, torna-a numa ferramenta valiosa para entender e melhorar o bem-estar psicológico e emocional das pessoas.

Outra abordagem importante neste contexto é a Abordagem Cognitivo Comportamental, que se evidencia como uma abordagem efetiva na redução de sintomas e taxas de ocorrência para uma variedade de perturbações, sendo considerada para muitos como a principal abordagem cognitiva na atualidade (Reys & Fermann, 2017). Para *Reys e Fermann* (2017, p.50), esta abordagem “consiste em um sistema de psicoterapia que se baseia na teoria na qual o modo como o indivíduo estrutura as suas experiências determina o modo como ele se sente e se comporta”, sendo que, para esta teoria, “os sentimentos não são determinados por situações, mas sim pela forma como as pessoas interpretam tais situações”. Esta abordagem trabalha com a identificação e a reestruturação cognitiva através dos pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares, sendo que os psicólogos estimulam o aumentos da realização consciente e a adequação do pensamento, o que resulta no pensamento racional e respostas ao problema (Silva, 2020). Para *Silva* (2020), o objetivo desta terapia é identificar e ampliar os aspectos de saúde das pessoas, proporcionando uma terapia mais rápida e eficaz.

A Abordagem Cognitivo Comportamental centra-se nas interações entre pensamentos, emoções e comportamentos, partindo do pressuposto de que nossas interpretações dos eventos influenciam nossas reações emocionais e comportamentais, e que modificar padrões de pensamento disfuncionais pode levar a mudanças positivas no comportamento e na emoção. Assim, é orientada para objetivos e é colaborativa, sendo que o seu foco está na identificação e na modificação de pensamentos e crenças negativas ou distorcidas, conhecidas como

"distúrbios cognitivos", que podem contribuir para emoções negativas e comportamentos indesejados. Além disso, também se concentra na modificação de comportamentos problemáticos por meio de técnicas práticas, como o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, técnicas de relaxamento, exposição gradual a situações temidas (na terapia de exposição), entre outras, visto que se baseia na premissa de que as pessoas podem aprender a reconhecer e alterar padrões de pensamento disfuncionais, o que pode resultar em uma melhoria significativa na saúde mental e na qualidade de vida (Reys & Fermann, 2017; Silva, 2020).

A estratégia de intervenção, baseada na Abordagem Cognitivo Comportamental, deve seguir as técnicas de modificação do comportamento, assentes nos seguintes domínios: definição operacional do comportamento indesejado; estabelecimento da linha de base; definição dos fatores que motivam o comportamento, o que o faz persistir e a aplicação do programa de alteração do comportamento com recurso sobretudo ao reforço (Evans et al., 2018). Reforçar os êxitos da criança com comentários positivos, para que a mesma sinta a valorização enquanto desempenha comportamentos ajustados, uma vez que desta forma a criança sentir-se-á valorizada, reforçando os seus níveis de autoestima.

De acordo com Fonseca (2001), a reeducação e a terapia psicomotora, são determinantes nesta problemática, em que o foco é desenvolvido a partir de atividades lúdicas e expressivas, com o objetivo de desenvolver uma reeducação nos domínios comportamentais, emocionais e cognitivos, procurando diminuir a frequência dos comportamentos inadequados. Segundo Lopes (2003) e Antunes (2009), o ajustamento comportamental deve ser multimodal, pois poderá atuar em três vertentes: o treino dos pais, o tratamento centrado na criança e a intervenção na escola.

A realização de atividades de atenção plena ao ar livre, ou seja, fazer com que as crianças se foquem no momento presente, estimulando a atenção e o foco num objetivo específico, por forma a não dispersar a sua atenção e o seu comportamento (por ex: apanhar as folhas secas no outono, sentindo a sua textura, verificando as suas cores e cortes). Estimular a capacidade cognitiva com recursos a jogos educativos adequados à idade das crianças, que estimulem a atenção, concentração e memória. Utilizar histórias específicas de modo a trabalhar as suas emoções e sentimentos (Webster, 2011). Estamos, portanto, a falar de *Mindfulness* que, de acordo com Azevedo e Xavier (2022), se refere uma prática de meditação que envolve focar a atenção na respiração, pensamentos e sensações conforme

surgem na consciência o que, por sua vez, culmina na redução do stress, ansiedade e depressão.

O treino e a promoção de competências sociais, baseada na Abordagem Cognitivo Comportamental é importante para desenvolver competências ao nível da atenção, organização e do autocontrolo, que influenciarão positivamente a área psico-sócio-afetiva e, consequentemente, a capacidade de reajustamento e adaptação comportamental (Moore et al., 2015).

Embora haja várias abordagens na Psicologia Clínica, a abordagem terapêutica usada ao longo da intervenção psicológica com as crianças foi a Ludoterapia Centrada na Criança, que tem por base a Abordagem Centrada na Pessoa de *Carl Rogers*.

A Ludoterapia Centrada na Criança, é uma terapia de carácter lúdico, sendo que se verifica como uma abordagem bastante utilizada no campo da população infantil, sendo cientificamente reconhecida como eficaz na intervenção (Bratton, Ray, Edwards & Landreth, 2006).

A atividade do brincar é imprescindível para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social de todas as crianças, ajudando na forma de expressão, usando os materiais das brincadeiras como a sua linguagem da mesma forma que os adultos usam as palavras (Bratton, Ray, Edwards & Landreth, s.d.). A ludoterapia defende que as crianças têm em si a competência para se autorregularem e desenvolverem, no entanto, para o processo terapêutico (Rogers, 2004), é necessário um ambiente ajustado com o propósito, como empatia, apoio incondicional e genuinidade, que promovem a modificação positiva da criança (Bratton, Ray, Edwards & Landreth, s.d.). O profissional deve ter uma postura de extrema aceitação para com a criança, não impondo soluções ou crenças às crianças, trabalhando em cooperação com a estrutura de valores familiar, de modo a existir uma cooperação em torno da criança e de resultados adaptativos/positivos (Ramirez, Flores Torres, Kranz & Lund, s.d.). Deve ter uma atitude de aceitação promovendo um ambiente de segurança, para que a criança se sinta confortável e facilite desta forma a exploração através da brincadeira (Swank, Shin, Cabrita, Cheung, & Rivers, 2015).

As crianças têm a necessidade, como qualquer ser humano, de se expressarem emocionalmente, sendo que para elas é uma tarefa mais complicada do ponto de vista

emocional, colocar os sentimentos e experiências por palavras. A LCC dá a oportunidade de expressarem os seus sentimentos (felicidade, ansiedade, raiva, medo, etc...), através do brincar e dos materiais que irão escolher em consulta. Através dessa atividade, o terapeuta consegue aceder ao mundo interno dos pensamentos da criança, pois tais comportamentos manifestados vão permitir o acesso aos *insights* dos pensamentos e necessidades de cada criança (Schultz, 2016).

A terapia tem por base oito princípios através do jogo (Axline, 2013) que serviram de suporte à LCC, o terapeuta deve: manter uma relação amigável e afável com a criança; deve aceitar a criança na sua individualidade; deve estabelecer um ambiente de aceitação incondicional para que a criança se sinta confortável para expressar o que sente; deve identificar os sentimentos da criança, para que os devolva de modo a que a criança tenha *insights* do seu comportamento; deve manter um respeito incondicional pelas competências da criança em resolver os seus problemas, guiando-a nesse sentido das suas próprias escolhas; não deve guiar as conversas ou ações da criança de modo algum, pois é ela quem direciona o caminho a seguir e o terapeuta respeita a direção; deve respeitar o processo da terapia sem exercer pressão temporal; deve estabelecer os limites que sejam necessários ao bom funcionamento da terapia, de forma a capacitar e consciencializar a criança das suas responsabilidades no processo terapêutico (Ramirez, et al., s.d; Bratton, et al., s.d.).

O motor de mudança do comportamento centra-se na aliança terapêutica que a criança estabelece com o terapeuta, sendo que o terapeuta é o responsável por manter um ambiente de segurança, aceitação e compreensão incondicional, pois através do ato de brincar a criança ganhará espaço e confiança para expressar os seus pensamentos, necessidades e sentimentos de forma livre, avançando no objetivo do comportamento saudável.

A LCC acredita na capacidade de aprendizagem e crescimento da criança promotora de uma mudança de comportamento duradoura, sendo que o foco se centra na criança e não no problema e/ou diagnóstico, dado que um dos grandes objetivos da terapia é desenvolver a capacidade da criança perante o seu autoconhecimento e autoaceitação de si mesma. As crianças começam a respeitar-se, a aceitar os seus sentimentos, expressá-los com responsabilidade, a assumir as suas responsabilidades, a enfrentar problemas, a desenvolverem a sua auto-direção, a sua autorresponsabilização e o seu autocontrolo (Bratton, et al., s.d.).

Parte III

Trabalho de Estágio

O presente relatório, enquadra todo o caminho percorrido ao longo de sete meses de estágio numa IPSS, mais concretamente junto de duas salas de crianças do pré-escolar.

A intervenção, mais propriamente dita, ocorreu com duas crianças de salas diferentes com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção. Assim, nesta secção, apresenta-se os objetivos gerais e específicos, bem como as atividades desenvolvidas em estágio. Especificamente, expõem-se e discutem-se os dois casos clínicos acompanhados.

3.1. Objetivos

A formulação de objetivos, está relacionada com os pressupostos que se pretende alcançar, para dar resposta às necessidades anteriormente identificadas (Serrano, 2008).

3.1.1. Objetivos Gerais

Os objetivos gerais definem não só a natureza da intervenção, mas também dão coerência aos planos de ação (Serrano, 2008). Assim, para este trabalho, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

OG1: Conhecer o papel do psicólogo na intervenção com a área infância;

OG2: Desenvolver atividades lúdicas e recreativas junto de crianças do pré-escolar;

OG3: Acompanhar casos clínicos de crianças do pré-escolar, diagnosticadas com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção.

3.1.2. Objetivos Específicos

Após a definição do objetivo geral, emergiram os objetivos específicos (OE), delineados a partir dos objetivos gerais, mas que identificam de forma mais precisa o que se pretende alcançar (Serrano, 2008). Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos específicos, para cada um dos objetivos gerais:

OG1: Conhecer o papel do psicólogo na intervenção com a área infância:

- Realizar a ponte entre a teoria e a prática, desenvolvendo competências na prática clínica;

- Familiarizar os métodos de avaliação e intervenção psicológica direcionados ao público infantil;
- Explorar abordagens psicológicas específicas aplicadas à intervenção com crianças.

OG2: Desenvolver atividades lúdicas e recreativas junto de crianças do pré-escolar:

- Criar e implementar atividades lúdicas adaptadas às diferentes faixas etárias e necessidades das crianças;
- Estabelecer atividades que promovam o desenvolvimento cognitivo, social, emocional e motor das crianças;
- Avaliar o impacto das atividades lúdicas no envolvimento e no bem-estar das crianças pré-escolares.

OG3: Acompanhar casos clínicos de crianças do pré-escolar, diagnosticadas com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção:

- Realizar avaliações psicológicas detalhadas para compreender o quadro clínico específico de cada criança, respondendo às suas necessidades específicas;
- Desenvolver e implementar planos de intervenção individualizados, considerando as necessidades e os desafios de cada caso;
- Monitorar e avaliar regularmente o progresso das crianças em relação aos objetivos estabelecidos na intervenção.

3.2. Atividades de Estágio

Através do desenvolvimento das atividades, pretendi dar resposta aos objetivos, bem como demonstrar a multiplicidade de papéis que o Psicólogo pode assumir em contexto escolar. Assim, foram desenvolvidas as seguintes atividades: reuniões clínicas, observação direta das salas em estudo, observação de atividades e atividades lúdicas e recreativas. Destas atividades surge, ainda, o acompanhamento de dois casos clínicos que também serão apresentados, explorados e discutidos.

Na tabela que se segue (Tabela 1), do cronograma de atividades desenvolvidas no estágio, verifica-se que este projeto teve início em outubro de 2022 e término de julho de 2023, tendo sido realizadas 400h.

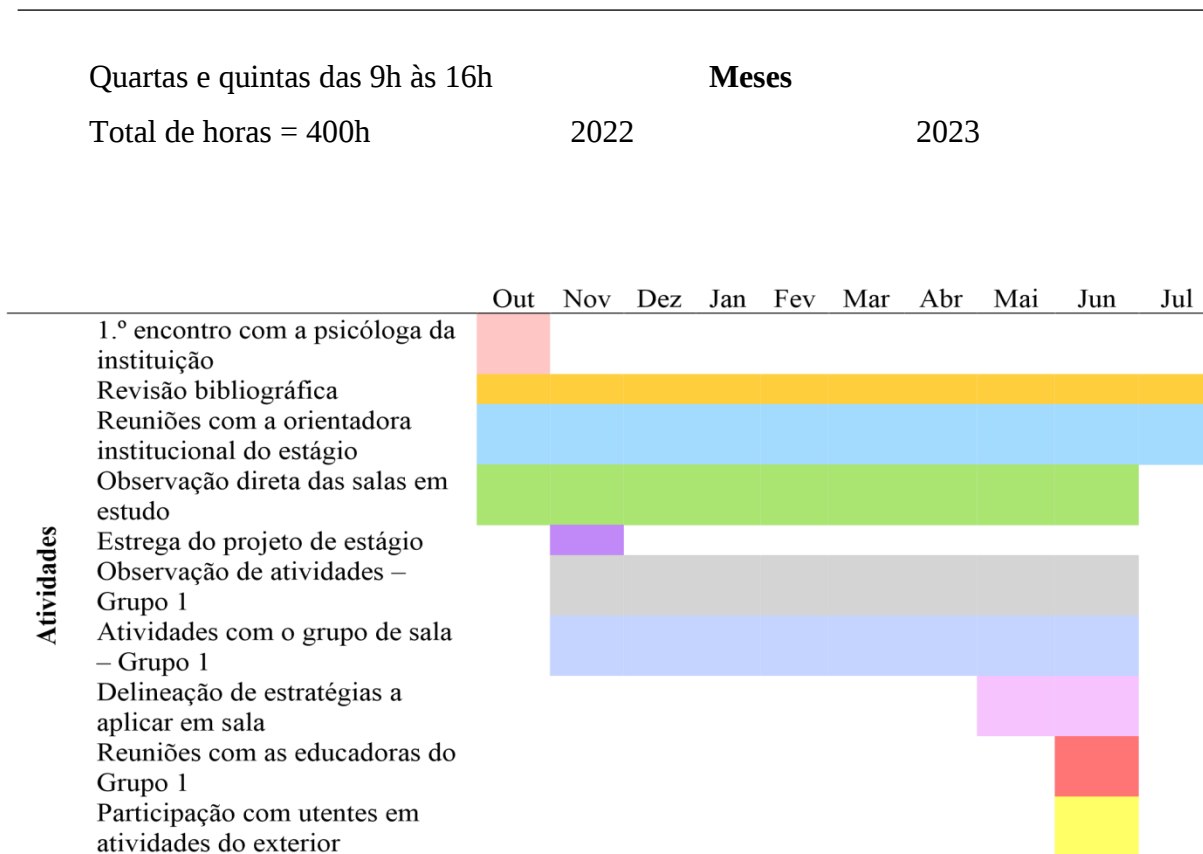


Tabela 1 - Cronograma das atividades desenvolvidas no estágio

3.2.1. Reuniões Clínicas

Durante o período de estágio, tive o privilégio de participar e conduzir algumas reuniões estratégicas e colaborativas, sendo que estes encontros foram uma parte integral da minha experiência, proporcionando oportunidades valiosas para trocar ideias, planear intervenções e alinhar esforços com colegas e profissionais envolvidos no contexto educacional e clínico. As reuniões desempenharam um papel fundamental na minha imersão prática, permitindo-me não apenas compreender a complexidade dos desafios enfrentados pelas crianças em idade pré-escolar, mas também desenvolver competências de colaboração e comunicação essenciais para a prática psicológica.

Assim, neste relato, destaco as principais discussões, estratégias delineadas e reflexões obtidas a partir das reuniões realizadas com a psicóloga, a orientadora institucional do estágio e as educadoras do Grupo 1. Estes momentos foram essenciais para a minha formação e representam um momento crucial na aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, bem

como na compreensão mais profunda do papel do psicólogo na intervenção com crianças na pré-escola.

As reuniões com a psicóloga da instituição, foram limitadas em número, no entanto, foram altamente proveitosas e significativas para o meu desenvolvimento no acompanhamento das crianças sob minha responsabilidade. Esses encontros consistiram em discussões detalhadas sobre estratégias e atividades mais apropriadas para serem aplicadas durante as sessões de intervenção. Apesar de não ser possível realizar reuniões presenciais semanais para relatar o progresso das sessões, mantive a minha orientadora informada regularmente através de chamadas ou e-mails. Sempre que viável, tentávamos organizar reuniões presenciais para revisar o trabalho realizado até então. Estes encontros, embora menos frequentes do que o desejado, permitiram uma troca de informações valiosas, contribuindo significativamente para o aprimoramento das estratégias de intervenção e para o alinhamento com as melhores práticas na área da psicologia infantil.

Foram, ainda, realizadas reuniões com a orientadora institucional. Na primeira reunião, estiveram presentes as duas das educadoras - uma da sala H e outra da sala L - juntamente com a psicóloga orientadora. Cada educadora teve a oportunidade de expor o estado de cada criança que estava a ser acompanhada, partilhando as suas principais preocupações e observações sobre o desenvolvimento de cada uma. A segunda reunião ocorreu aproximadamente a meio do estágio, tendo contado com a presença da diretora da instituição, além da psicóloga orientadora. Neste encontro, foi a minha vez de apresentar um panorama sobre o progresso do acompanhamento que estava a ser realizado com as crianças.

De facto, as reuniões realizadas durante o acompanhamento das crianças diagnosticadas com Perturbação Disruptiva do Comportamento e Défice de Atenção foram momentos cruciais para avaliar o progresso e eficácia das intervenções implementadas. O impacto positivo das estratégias adotadas foi perceptível ao longo destes encontros. Durante as reuniões, foi possível evidenciar uma melhora significativa no comportamento das crianças nas atividades propostas. Os relatos das educadoras e a análise conjunta das observações ressaltaram uma redução das manifestações disruptivas, bem como uma maior capacidade de concentração e participação em atividades lúdicas e educativas.

Além disso, o ambiente colaborativo desses encontros permitiu uma troca de informações valiosa entre a equipa, possibilitando ajustes e adaptações nas estratégias de

intervenção de acordo com as necessidades específicas das crianças. A avaliação do progresso foi uma constante nesses momentos, destacando não apenas os avanços comportamentais, mas também a evolução no desenvolvimento emocional e social das crianças ao longo do acompanhamento. Estas reuniões revelaram-se fundamentais não apenas para monitorar o sucesso da intervenção, mas também para fortalecer o planeamento estratégico, proporcionando um ambiente propício para a continuidade do progresso e bem-estar das crianças.

Em síntese, estas reuniões foram momentos cruciais para uma avaliação conjunta do trabalho realizado até então, permitindo a troca de informações entre as educadoras, a direção e a orientadora, contribuindo para uma visão abrangente do desenvolvimento e das estratégias adotadas durante o acompanhamento das crianças em contexto pré-escolar.

Antes de prosseguir com o relato das observações e da intervenção em si, é relevante destacar que essas reuniões foram cruciais para identificar que uma das crianças (L) precisava de uma avaliação mais aprofundada, enquanto a outra (H) necessitava principalmente de sessões de intervenção. Para a criança L, percebeu-se a necessidade de uma avaliação mais detalhada para melhor compreensão de suas necessidades, enquanto para a criança H, o foco principal consistia no desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas como parte da intervenção.

3.2.2. Observações diretas

A observação é uma técnica de investigação e intervenção social que permite ter uma postura de envolvimento ativo nas atividades realizadas, bem como a postura necessária de espírito crítico. Consiste na recolha de informação através do contacto direto com a situação e, consequentemente, permite a documentação de atividades, de comportamentos e características físicas sem ter de depender da vontade e capacidade de terceiras pessoas (Coutinho, 2014). Esta técnica de recolha de informação, permite ter uma postura de envolvimento ativo nas atividades realizadas, bem como a postura necessária de espírito crítico. Assim, a observação, consiste na recolha de informação através do contacto direto com a situação, constituindo uma técnica básica de pesquisa (Aires, 2015). Mais concretamente, no estágio e intervenção, adotei uma observação direta e não participante, que me permitiu interagir com as pessoas mas não pertencer diretamente ao grupo.

Neste contexto em específico a observação foi fundamental, visto que possibilitou uma avaliação mais detalhada e específica do comportamento, das interações sociais e das dificuldades que as crianças enfrentam, o que ajudou na identificação de padrões, desafios e pontos de melhoria de forma mais precisa. Concomitantemente, ao ter a possibilidade de observar as crianças em diferentes contextos (sala de aula, durante atividades lúdicas, interações sociais), ofereceu-me uma compreensão mais abrangente do seu comportamento e das suas necessidades, ajudando a contextualizar e personalizar a intervenção. Esta observação sistemática forneceu-me insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção específicas e adaptadas às necessidades individuais de cada criança o que, simultaneamente, permitiu o desenvolvimento de planos de intervenção mais eficazes e direcionados.

Neste âmbito, durante os dias em que pude estar presente na instituição, nas salas em estudo, observei que as educadoras desenvolvem uma variedade de atividades que oferecem um valor significativo para a aprendizagem e crescimento das crianças. As atividades abrangiam uma gama diversificada, desde sessões de conto de histórias até visitas ao parque, passando por atividades em grupo e atividades temáticas relacionadas às estações do ano e celebrações festivas. Foi notável a diversidade e riqueza dessas atividades, cada uma proporcionando oportunidades únicas para o desenvolvimento das competências cognitivas, sociais e emocionais das crianças. Essa abordagem diversificada não apenas tornou o ambiente de aprendizagem mais estimulante, mas também incentivou a criatividade, a interação entre pares e a exploração do mundo ao redor, contribuindo para um ambiente enriquecedor e propício ao desenvolvimento infantil.

A minha observação em sala de aula acabou por se estender além do período inicialmente previsto devido a algumas dificuldades na disponibilidade dos encarregados de educação para agendar a primeira entrevista. Embora o planeado fosse um período de observação de aproximadamente quatro meses, a minha presença na instituição estava limitada a apenas duas vezes por semana. Apesar desse contratempo, a observação transcorreu dentro do esperado. Fui calorosamente recebida e acolhida pelas educadoras da sala, assim como pelas próprias crianças. Esse ambiente favorável proporcionou-me a oportunidade de realizar uma observação mais detalhada e aprofundada. A interação positiva com as educadoras e a receptividade das crianças contribuíram significativamente para uma compreensão mais abrangente das dinâmicas e interações no contexto da sala de aula

De facto, a observação contínua ao longo do tempo possibilitou o acompanhamento do progresso das crianças, permitindo verificar a eficácia das intervenções e ajustar estratégias conforme necessário. Esta observação desempenhou um papel essencial na intervenção ao proporcionar informações detalhadas e contextuais, sendo uma base sólida para a compreensão das necessidades das crianças e para o desenvolvimento de intervenções personalizadas e eficazes.

É importante mencionar que, apesar de não ter recorrido a grelhas de observação, ao longo do tempo, utilizei notas de campo que me permitiram descrever e anotar os elementos concretos da situação, de uma forma direta e imediata.

3.2.3. Atividades desenvolvidas

Após as várias observações diretas realizadas e do levantamento das necessidades impôs-se, de seguida, e ao longo do tempo, o desenvolvimento de intervenções específicas, quer em contexto de sala, com o grande grupo, quer especificamente com os dois meninos que acompanhei.

Por exemplo, sempre que viável e apropriado, participava ativamente nas atividades conduzidas na escola. Isso incluía envolver-me em atividades como modelagem com plasticina, participar em jogos de grupo, integrar as atividades de educação física ou colaborar no 'cantinho da leitura'. A minha presença nessas atividades permitia-me estar mais próxima do ambiente educacional e das dinâmicas das crianças, mas também me proporcionava uma oportunidade valiosa para interagir diretamente com elas em diferentes contextos de aprendizagem e lazer.

Em relação às duas crianças que acompanhei, cada uma de salas distintas, adotei estratégias específicas. Com a criança L, conduzi uma avaliação psicométrica, utilizando testes adequados para compreender melhor as suas necessidades e perfil psicológico. Por outro lado, com a criança H, optei por intervir de forma direta, desenvolvendo atividades lúdicas e recreativas como parte da minha abordagem de intervenção. Essa diferenciação de abordagem permitiu atender às necessidades individuais de cada criança, oferecendo suporte personalizado de acordo com suas necessidades e características específicas.

Neste contexto, nas reuniões que realizava com as educadoras das salas, aproveitava cada sessão de acompanhamento individual com as crianças L e H para partilhar um

panorama atualizado do progresso de cada uma delas. Além disso, esses encontros eram oportunidades para discutir as principais dificuldades enfrentadas pelas educadoras no contexto da sala de aula, relacionadas especificamente ao comportamento, interações sociais ou quaisquer desafios específicos identificados em relação a cada uma das crianças. Essas reuniões não apenas forneciam um espaço para alinhamento e compreensão mútua sobre o desenvolvimento das crianças, mas também permitiam a identificação de estratégias colaborativas para apoiar o progresso e bem-estar delas no ambiente escolar.

É importante mencionar que, no contexto do pré-escolar, o desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas desempenha um papel fundamental no estímulo ao desenvolvimento global das crianças. Isto porque, as atividades além de entreterem as crianças, também educam, proporcionando um ambiente propício para a aprendizagem enquanto as crianças se envolvem em atividades divertidas e interativas. Assim, o uso de atividades lúdicas e recreativas não é apenas uma forma de entretenimento, mas sim uma ferramenta valiosa para o crescimento e desenvolvimento integral das crianças.

3.3. Trabalho Clínico

O presente relatório também se destina a apresentar e a analisar o trabalho clínico desenvolvido no âmbito do projeto “Intervenção em contexto Estágio na Educação PréEscolar”. Este projeto procurou oferecer um olhar abrangente sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças em idade precoce, através de intervenções terapêuticas e relacionais. Ao longo do acompanhamento clínico, foram exploradas diversas abordagens e estratégias para lidar com desafios comportamentais e emocionais, visando não apenas compreender as problemáticas apresentadas, mas também propor caminhos de

intervenção. Neste contexto, serão apresentados e discutidos casos clínicos que refletem a diversidade de desafios enfrentados pelas crianças e as estratégias terapêuticas adotadas para promover seu desenvolvimento saudável.

3.3.1. Projeto “Intervenção em Psicologia Clínica na Educação Pré-escolar”

A implementação do projeto “Intervenção em contexto Estágio na Educação Pré-Escolar”, surge da necessidade crescente de abordagens terapêuticas e relacionais que promovem um desenvolvimento saudável e equilibrado nas crianças em idade precoce. Este projeto, abarca uma visão abrangente e holística do processo de crescimento, explorando

estratégias terapêuticas inovadoras para lidar com desafios comportamentais e emocionais. Ao fornecer uma análise detalhada das práticas, metodologias e casos clínicos envolvidos, esta exposição visa oferecer uma compreensão ampliada dos caminhos adotados para a promoção do bem-estar infantil.

Como já mencionado, o projeto foi realizado numa IPSS, com crianças do pré-escolar, de duas salas diferentes, tendo sido acompanhado pela responsável do Departamento de Rendimento Social de Inserção.

Um das principais necessidades identificadas, através da observação, de conversas informais e dos relatos das educadoras, concentra-se na dificuldade que algumas crianças enfrentam para manter a atenção em atividades específicas. Esse desafio torna-se mais evidente, sobretudo, em tarefas que requerem um comportamento mais calmo e concentrado. Além disso, outro ponto crítico identificado está relacionado à transição entre as atividades, onde é notável a presença de dificuldades comportamentais. Outra questão identificada está relacionada com o descontrole emocional manifestado pelas crianças, resultando em comportamentos inadequados, como gritar, fazer birras e recorrer à violência para resolver conflitos interpessoais. Esta problemática assume um papel significativo, uma vez que pode ser considerada como uma causa subjacente para as dificuldades anteriores, podendo influenciar diretamente outros aspetos do comportamento.

Neste âmbito, é de suma importância a presença do psicólogo neste contexto, visto que a sua presença oferece suporte crucial para entender e lidar com questões emocionais e comportamentais das crianças. Por exemplo, na avaliação individual das crianças, identificando problemas emocionais, comportamentais ou de desenvolvimento que possam afetar seu desempenho e bem-estar; no fornecimento, às educadoras, de estratégias para lidar com desafios comportamentais e emocionais em sala de aula; na orientação aos pais, oferecendo insights sobre o desenvolvimento infantil, comportamento e estratégias para lidar com problemas em casa; na identificação precoce de problemas, permitindo intervenções mais eficazes e oportunas; no desenvolvimento de programas e estratégias para promover o bem-estar emocional das crianças, criando um ambiente mais saudável e positivo; e na facilitação da comunicação entre educadores, encarregados de educação e outros profissionais para garantir uma abordagem integrada no suporte às crianças (Ordem dos Psicólogos, 2019; Del Prette & Del Prette, 2017).

Posto isto e, tendo em conta as necessidades identificadas e acima referidas, ficou definida a minha visita semanal em cada uma das salas, com o objetivo de observar os comportamentos das crianças, visando identificar potenciais obstáculos para um desenvolvimento saudável e comportamento adequado. Esse acompanhamento incluiu o uso de notas de campo, preenchidas durante cada observação ao longo do acompanhamento e da intervenção. Isso permitiu a monitorização abrangente das diversas dimensões do plano de acompanhamento, possibilitando a avaliação da evolução ou retrocesso nas áreas identificadas. Além disso, tal como já foi possível de perceber, ocorreu um acompanhamento individualizado a cada criança, sendo que com a criança L se focou na avaliação com testes psicométricos e, na criança H, com sessões de intervenção e de desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas.

Mais concretamente, como instrumentos de avaliação, recorreu-se: Escala de Déficit de Atenção com Hiperatividade (EDAH), pré-escolar, Matrizes Progressivas de *Raven* e *Bar-Illan*. A EDAH, é para avaliar crianças com PHDA, analisando os sintomas como desatenção, hiperatividade e impulsividade para ajudar no diagnóstico e no acompanhamento do tratamento; a pré-escolar, avalia de forma mais precisa os sintomas da PHDA em crianças do pré-escolar; as Matrizes Progressivas de *Raven*, são um teste não-verbal utilizado para avaliar a capacidade cognitiva e o raciocínio abstrato; e o *Bar-Illan*, consiste numa avaliação às diversas competências cognitivas, incluindo memória, atenção, processamento de informações e habilidades linguísticas.

Concomitantemente, recorreu-se a atividades lúdicas e recreativas, atividades estas que desempenham um papel fundamental no contexto do desenvolvimento infantil e no trabalho psicológico com crianças. Em primeiro lugar, o jogo e a recreação fornecem um estímulo valioso para o desenvolvimento holístico das crianças., pois, enquanto se envolvem em jogos, brincadeiras e atividades criativas, as crianças exercitam competências cognitivas, emocionais, sociais e motoras de maneira natural e instintiva. Além disso, as atividades lúdicas oferecem um espaço para a expressão emocional das crianças, sendo que no contexto terapêutico, o brincar, é uma ferramenta valiosa para os psicólogos se conectarem com o mundo das crianças, facilitando um ambiente de confiança e compreensão. Ademais, as atividades lúdicas proporcionam um terreno fértil para a construção do relacionamento terapêutico entre o psicólogo e a criança, pois criar um ambiente de confiança e segurança é crucial para facilitar a comunicação e a expressão das dificuldades emocionais ou

comportamentais da criança. Desta forma, as atividades lúdicas e recreativas são uma ferramenta valiosa e multifacetada para os psicólogos que trabalham com crianças, visto que oferecem momentos de diversão, mas também constituem um terreno propício para o desenvolvimento saudável das crianças, permitindo a expressão, aprendizagem e crescimento emocional e social (Seo, Junior & Carvalho, 2022).

Posto isto, aquando da idealização do projeto, esperava-se que as atividades e estratégias propostas proporcionassem uma melhoria progressiva no comportamento das crianças no ambiente da sala de aula, o que envolveria um aumento da atenção dedicada às atividades, um maior interesse em realizar as tarefas designadas pelas educadoras e um melhor controlo das emoções manifestadas pelas crianças. Além disso, esperava-se observar uma melhoria na transição entre as diferentes atividades, reduzindo comportamentos disruptivos nesses momentos de mudança.

Inicialmente, embora a intenção fosse intervir com grupos de cinco crianças para desenvolver um plano de promoção de competências sociais, apenas foi possível acompanhar dois casos clínicos: um envolvendo avaliação de testes psicométricos (caso L) e outro com sessões de intervenção que incluíam atividades lúdicas e recreativas (caso H). Apesar dessa limitação, a intervenção focada nos casos L e H revelou melhorias, embora de forma mais expressiva no caso H. No caso L, mesmo com a avaliação psicométrica, as melhorias não foram tão significativas, houve alguma evolução no comportamento e na capacidade de lidar com frustrações, com maior concentração e menor agitação durante as atividades escolares. Entretanto, as mudanças observadas foram menos notáveis em comparação com o caso H. Quanto ao caso H, destacaram-se melhorias substanciais na gestão das emoções e uma redução nas manifestações agressivas, resultando em interações mais tranquilas com os colegas. Em ambos os casos, houve impacto positivo na transição entre atividades, refletindo uma adaptação mais suave e menos sobrecarga para as educadoras. Apesar das discrepâncias nos resultados, é possível concluir que as estratégias implementadas durante a intervenção demonstraram eficácia, especialmente no caso H.

3.2.2. Casos Clínicos

Em seguida, apresentarei os casos clínicos que, um de avaliação (“L”) e outro de acompanhamento (“H”). Cada caso oferece uma oportunidade única de explorar as complexidades enfrentadas pelas crianças no seu desenvolvimento. A análise detalhada desses

casos permitirá compreender não apenas as perturbações específicas enfrentadas por cada criança, mas também os fatores contextuais que influenciam seu bem-estar e funcionamento. Por meio dessas apresentações, procuro não apenas descrever os desafios encontrados, mas também destacar estratégias de intervenção e abordagens que visam apoiar e melhorar o desenvolvimento de cada criança

3.3.2.1. Caso clínico 1 – “L” avaliação

Identificação:

- Nome: L
- Idade: 5 anos
- Data de nascimento: 19 de setembro de 2017
- Escolaridade: ensino pré-escolar

Na Figura 1 , encontra-se o genograma familiar de L.

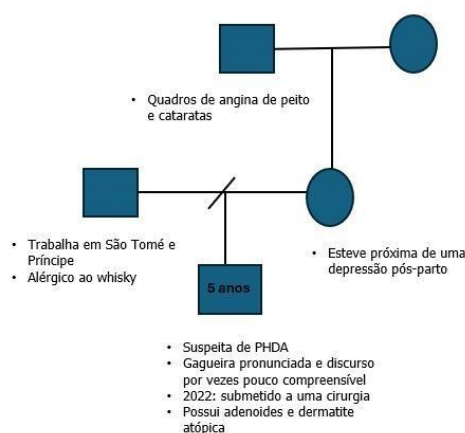


Figura 1 – Genograma familiar de “L”

Motivo do pedido:

O caso L foi encaminhado para uma avaliação psicológica a pedido da mãe. O motivo do encaminhamento está associado ao recente diagnóstico, realizado pela médica de família, de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. Segundo a mãe, L demonstra os

seguintes comportamentos: excessiva agitação, dificuldade em concluir tarefas iniciadas, resistência em seguir instruções e, ainda, episódios frequentes de birras e teimosia. Esses comportamentos, observados pela mãe, motivaram a procura de uma avaliação psicológica para compreender melhor ditas problemáticas e saber lidar com os desafios enfrentados por L. Desta forma, a avaliação psicológica, procurou explorar e caracterizar o comportamento de L, visando oferecer uma compreensão mais abrangente dos seus padrões comportamentais e necessidades específicas.

História Clínica:

Durante a minha avaliação, L iniciou um acompanhamento em consulta de psicologia, onde surgiu a suspeita de diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), posteriormente comprovada. Nesse contexto, foi prescrita a administração do fármaco (metilfenidato) – Concerta (classificado como um estimulante do sistema nervoso central, que aumenta a concentração e reduz hiperatividade) - na dose de 15 mg diários, por volta das 06h30 (uma vez diária). Além disso, existe a possibilidade de L receber acompanhamento futuro em terapia da fala devido a uma gagueira pronunciada e um discurso, por vezes, pouco compreensível, sendo que a inclusão da terapia da fala visou abordar e melhorar especificamente os desafios de comunicação e fluência verbal identificados em L, proporcionando estratégias e intervenções que promovessem uma comunicação mais eficaz e compreensível. Essas medidas visam abordar as diversas necessidades identificadas, tanto no âmbito comportamental associado à PHDA quanto nas questões de comunicação e linguagem.

Em agosto de 2022, L foi submetido a uma cirurgia no pescoço devido a um quisto sebáceo. Foi a mãe que deu conta do tal quisto quando ele tinha um ano de idade, no entanto, a intervenção cirúrgica foi adiada até os quatro anos de idade, seguindo orientação médica. Durante os internamentos, para a intervenção cirúrgica, L reagiu bem, embora tenha demonstrado alguma resistência no momento da administração da anestesia geral. Clinicamente, além da cirurgia, L possuía adenoides e dermatite atópica. No histórico clínico familiar, observa-se que o pai de L é alérgico ao *whisky*, enquanto o avô materno apresenta quadros de angina de peito e cataratas.

Anamnese:

A mãe de L relatou que a sua gravidez não foi planejada.. L nasceu aos 8 meses, e apesar dos enjoos persistentes até os quatro meses, a gestação foi geralmente tranquila, o que permitiu que a mãe continuasse trabalhando até a última semana de gravidez. No entanto, a adaptação da mãe a esta nova etapa vital (nascimento) foi desafiadora, já que se viu sozinha nos primeiros dias, uma vez que o pai só pôde estar presente duas semanas após o nascimento devido a obrigações laborais em São Tomé e Príncipe. A sua ausência contínua devido ao trabalho contribuiu para uma sobrecarga materna. A mãe relatou sentir-se extremamente cansada, enfrentando um período próximo de depressão pós-parto. Embora tenha sido aconselhada a tirar uma licença médica, recusou-se, optando por retornar ao trabalho, o que, segundo ela, melhorou seu estado emocional.

A mãe descreveu um estado de exaustão e insônia devido ao nervosismo e ao choro frequente. Comentou que a dada altura quase tudo a irritava, incluindo o choro do próprio filho. No início, L dormia pouco devido à adaptação à amamentação pois, além de mamar diretamente, a mãe também extraía uma quantidade limitada de leite a cada mamada, o que resultava em constante fome do bebê. Essa situação melhorou com o passar do tempo. A mãe ressaltou que a separação do marido e a falta de ajuda dele em relação ao filho tornaram tudo muito mais difícil, levando-a a assumir todas as responsabilidades sozinha. Atualmente, o tio de L é a figura familiar masculina mais presente na vida da criança.

Ao longo da anamnese, a mãe explicou que o comportamento de L é pior na presença dela (um comportamento mais desafiador, agitado ou difícil de lidar, o que inclui comportamentos como agitação excessiva, dificuldade em se acalmar, falta de controle sobre os movimentos e impulsividade), contrastando com o seu comportamento quando ela está ausente. Familiares e amigos já observaram que ele se comporta de forma bastante diferente quando está na presença da mãe, demonstrando um comportamento considerado bastante adequado. A mãe expressou dificuldades em lidar com o comportamento agitado de L, especialmente em ambientes como centros comerciais, onde ele tende a agir de forma muito ativa, deslocando-se constantemente e demonstrando grande energia, como se estivesse incessantemente ativo. Em relação à agitação psicomotora, a mãe menciona que L apresenta muita movimentação dos membros quando está sentado, mexendo frequentemente as mãos e os pés. Ela também destaca que L é bastante comunicativo, especialmente quando está aprendendo algo novo, mostrando-se muito falante nessas situações.

Ao nível do seu desenvolvimento geral, de acordo com relatos da mãe, L atingiu marcos importantes. As suas primeiras palavras surgiram por volta do primeiro ano de idade, enquanto as primeiras frases foram formuladas por volta dos três anos. É importante notar que L não gatinhou; começou a andar diretamente por volta dos oito meses de idade. No que diz respeito à autonomia na higiene, demonstrou habilidades por volta dos dois anos, embora atualmente apresente resistência, manifestando birras na hora do banho. A partir dos dois anos e meio, quando entrou na creche, começou a alimentarse sozinho, adquirindo gradualmente autonomia nessa área. Aos três anos, começou a vestir-se sem ajuda, embora ocasionalmente ainda tenha dificuldades em vestir a roupa corretamente.

Em relação à introdução alimentar, a mãe mencionou que divergiu bastante dos conselhos médicos, introduzindo alimentos sólidos para L aos dois meses, incluindo pratos como cachupa. Destaca, ainda, que, desde cedo, L demonstrou uma boa aceitação alimentar, atualmente conseguindo tomar o pequeno-almoço e os comprimidos por conta própria, embora por vezes ainda peça para ser alimentado. No entanto, desde que iniciou a medicação, notou-se uma diminuição no apetite. L não demonstra preferência por legumes ou doces.

Sobre o sono, L foi habituado a dormir sozinho no berço desde cedo no quarto da mãe e sempre teve um bom padrão de sono. Aos cinco anos, devido a uma mudança para uma casa maior, L passou a ter o seu próprio quarto, embora relate medo recorrente do escuro e mencione a presença de monstros. Durante a entrevista, a mãe percebeu que esse medo possivelmente se relaciona com uma experiência em que L assistiu a um filme de terror com o primo. Quanto aos hábitos de sono, L costuma acordar cedo, mesmo aos fins de semana, apesar de dormir bastante.

No que diz respeito à interação social, a mãe percebe que L tende a ser mais ativo e energético quando está rodeado de colegas da mesma idade, adotando um comportamento mais contido na presença de adultos. Globalmente, a mãe descreve L como uma criança bastante sociável. Quanto à adaptação à creche, decorreu sem problemas significativos, sem manifestações de choro, exceto quando era hora de regressar a casa.

Ao nível do desenvolvimento de atividades de grupo, L demonstra dificuldade em lidar com a derrota, especialmente durante jogos futebol, reagindo negativamente à negação e às derrotas, o que demonstra muita competitividade. A mãe notou que, há algum tempo, L manifestou comportamentos agressivos (exemplos?), mesmo antes de iniciar o tratamento

medicamentoso. Apesar de já ter tido episódios mais frequentes de agressão, a mãe percebe uma diminuição desses comportamentos atualmente; anteriormente, se os colegas o agredissem, L reagia de forma agressiva, mas agora isso parece ter diminuído.

No que diz respeito à dinâmica familiar, L viveu sempre com a mãe e, há cerca de um mês, começaram a viver com a cunhada materna. Embora os pais estejam separados desde que L tinha cinco meses, devido ao pai viver fora do país, a relação entre L e o pai é positiva. Ultimamente, L tem expressado mais vontade de falar com o pai, solicitando frequentemente chamadas telefônicas; no entanto, quando não consegue contato, fica chateado e emocional, ou seja, segundo relatos da mãe, chorava, fazia birras e, por vezes, indicava que “já não gosto do pai”. Quando estão juntos, L sente-se mais confortável na presença da mãe. A mãe salienta que a sua relação com o pai de L é estritamente sobre questões relacionadas com o mesmo. Quanto à relação com o filho, a mãe afirma ser boa passando tempo juntos em folgas e, frequentemente, indo ao parque. L também desenvolveu uma forte ligação com um amigo próximo da mãe. Em relação à família extensa, a convivência é limitada; L tem mais proximidade com os primos da mãe, pois os avós maternos não vivem em Portugal e não houve convivência com os avós paternos, que viviam em Angola.

Relativamente às atividades extracurriculares, L praticava futebol, mas foi retirado dos treinos há cerca de três meses porque expressou desinteresse. Recentemente, manifestou interesse em retornar à atividade. Ele gosta de desenhar, assistir ao canal *Netflix* e jogar no telefone da mãe. No entanto, tem medo do mar e evita ir à praia.

Avaliação Psicológica

Considerando o contexto apresentado, foi conduzida uma Avaliação Psicológica em para aprofundar as questões/problemáticas levantadas durante a anamnese. Desta forma, utilizou-se o instrumento *Bar-Ilan* (Itskowitz & Strauss, 2011), com o intuito de aprofundar a compreensão sobre a problemática associada à Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção de L. Detalhadamente, o *Bar-Ilan*, geralmente aplicado em crianças em idade escolar (a partir dos 5 anos) até a adolescência, é um teste que consiste em apresentar uma série de figuras para a criança desenhar, e a partir desses desenhos, obter informações sobre a forma como a criança se percebe a si mesma, a sua família, os seus relacionamentos e o mundo ao seu redor. A entrevista semiprojetiva que acompanha o teste permite uma exploração mais aprofundada das respostas da criança e das suas experiências emocionais. É aplicado

individualmente e não tem um tempo fixo de administração, pois varia de acordo com a dinâmica da entrevista e a profundidade das respostas da criança. Este teste é amplamente utilizado por psicólogos clínicos, escolares e outros profissionais para auxiliar no diagnóstico e na compreensão de questões psicológicas em crianças. Pode ser especialmente útil em situações em que as crianças têm dificuldade em expressar verbalmente os seus pensamentos e sentimentos, oferecendo uma forma alternativa de comunicação através do desenho (Itskowitz & Strauss, 2011).

Os objetivos dessa avaliação centraram-se em identificar e caracterizar os padrões de comportamento, bem como compreender os impactos dessas características na vida cotidiana de L. Ademais, procurou-se avaliar a extensão das dificuldades enfrentadas por L, visando oferecer informações que possibilitem um melhor entendimento da PHDA e, por conseguinte, estratégias mais eficazes de intervenção e acompanhamento adequado para o seu desenvolvimento

Este instrumento avalia diferentes áreas, como a impulsividade, a atenção, a atividade motora, a persistência, a frustração e a agressividade. Para a avaliação, são usados critérios objetivos e observações comportamentais, a fim de identificar padrões de comportamento que possam indicar a presença de PHDA ou outras dificuldades comportamentais. Essas informações ajudam os profissionais a compreenderem melhor as necessidades da criança, podendo direcionar estratégias de intervenção e acompanhamento mais adequadas. Este teste é aplicado em crianças que frequentam a educação pré-escolar e o 1º ciclo, com idades entre 5 e 10 anos. Faz parte de um conjunto de testes utilizados para avaliar a prontidão escolar, visto que permitir avaliar as competências que são importantes para o desempenho académico e para a adaptação à vida escolar. O teste é composto por 9 cartões, sendo que 7 deles têm critérios específicos para meninas e outros 7 para meninos, no total de 16 cartões. Cada cartão representa uma situação vivenciada na escola ou em casa e são apresentados na seguinte ordem (Tabela 2):

Figura	Área/Tema a explorar
Figura 1	Um rapaz e uma rapariga a caminho da escola - revela as expectativas da criança face à escola;
Figura 2	Uma professora e uma criança na sala de aula - revela a atitude perante os professores, os companheiros de classe e a situação de aprendizagem;
Figura 3	Grupos de crianças no pátio do recreio - foca as relações sociais dentro da escola;
Figura 4	Uma criança em casa com a mãe - revela a perceção da criança da sua relação com a mãe, especialmente no que diz respeito ao seu envolvimento na escola;
Figura 5	Uma criança em casa com opai - revela informação semelhante à que se obtém no quadro anterior, mas no que diz respeito ao pai;
Figura 6	Duas crianças num quarto, uma com um livro e outra com um brinquedo - revela a preferência da criança entre o estudo e o aspeto lúdico;
Figura 7	Irmãos no quarto- revela as relações fraternas;
Figura 8	Os pais sozinhos- revela a perceção que a criança tem da relação dos pais, especialmente no que se refere à atitude deles face à criança;
Figura 9	Um grupo de crianças, incluindo um rapaz deficiente, no pátio de recreio - revela a perceção da criança das crianças deficientes e até que ponto esta se identifica com as mesmas.

Tabela 2 - Instrumento Bar-Ilan

Durante o processo de avaliação, foram conduzidas seis sessões, durante certa de dois meses, individualizadas com o intuito de compreender mais profundamente a condição de L. Cada sessão foi meticulosamente planeada para investigar diferentes áreas de funcionamento, permitindo uma análise holística do seu perfil psicológico e comportamental. Ao longo dessas sessões, foram enfrentadas algumas dificuldades inerentes ao contexto da avaliação, como a necessidade de adaptar estratégias para manter a atenção e envolvimento de L, além de contornar momentos de inquietude que por vezes se manifestavam. Os comentários e observações colhidos durante essas sessões foram essenciais para a construção de uma análise detalhada e abrangente, oferecendo insights valiosos para a compreensão das suas necessidades e potencialidades

1ª Sessão

Na primeira sessão, procedi à aplicação do teste Bar-Ilan ao L, porém, enfrentei desafios significativos devido à sua inquietação constante e à notória dificuldade de concentração durante o procedimento.

Durante a avaliação, ao apresentar a primeira imagem que mostrava um rapaz e uma rapariga a caminho da escola, o L não conseguiu responder às perguntas propostas, insistindo apenas em obter lápis para colorir as imagens. Apesar de tentativas para direcionar a sua atenção, a sua inquietação persistia, e ele expressava um forte desejo de pintar. Ofereci colaboração na atividade, prometendo a oportunidade de pintar depois, o que me permitiu obter brevemente a sua atenção para avançar para a próxima imagem.

Ao exibir a segunda figura, que ilustrava uma professora e uma criança em sala de aula, das perguntas padrões, o L respondeu apenas a uma - “O que é que a professora está a dizer ao rapaz?” [sic]. A resposta de L foi: “Podem comer bolachas Maria” [sic]. Essa referência pareceu estar relacionada ao hábito das educadoras na sua sala de distribuírem bolachas em determinados momentos do dia. Posteriormente, ele não se envolveu nas questões e, em vez disso, concentrou-se em contar o número de crianças na imagem. Mesmo com tentativas de redirecionamento, não consegui que L fornecesse mais informações, pois ele insistia em querer pintar as imagens, o que levou à introdução da próxima figura.

Na terceira figura, que ilustrava um grupo de crianças no recreio, ao ser questionado sobre as atividades das crianças, ele respondeu que estavam a jogar futebol. Quando perguntado sobre as conversas entre elas, ele distraiu-se dizendo “estou a ouvir a minha mãe” [sic], demonstrando inquietação persistente. Além disso, sua linguagem verbal foi pouco clara e compreensível. Mesmo ao tentar abordar outra questão, ele voltou a insistir em querer pintar as imagens, levando-me a apresentar a próxima figura.

Na quarta figura, que retratava a criança em casa com a mãe, perguntei ao L o que a mãe estava a dizer ao filho. Ele, por alguns instantes, distraiu-se olhando para vários elementos da imagem antes de responder “a mãe disse que o menino pode ir à janela” [sic]. Em seguida, ao perguntar como ele achava que o menino se sentia, a resposta foi confusa: “assim ele pode ir à janela, e depois ele vai partir a janela e vai sair muito sangue” [sic]. Após essa resposta, ele levantou-se, começou a mexer nas cortinas da sala e a indagar sobre os

objetos presentes. Tentei retomar a sua atenção, explicando que estávamos quase terminando, mas ele já estava extremamente impaciente e agitado, exibindo uma agitação motora constante.

Na quinta figura, que representava a criança na casa do pai, ao fazer as mesmas perguntas sobre a imagem anterior, ele respondeu: “está a dizer que não pode mexer nas plantas e não as pode arrancar” [sic]. Ao indagar como o filho se sentia sobre o que o pai dizia, ele respondeu “se o pai zanga depois ele vai pôr o filho de castigo trancado no quarto” [sic].

Passei para a figura seguinte (6ª), sem fazer as questões sobre a imagem, pois L pediu novamente para as pintar e estava visivelmente impaciente, levantando-se e pedindo para sair. Nesta figura, que apresentava duas crianças num quarto, uma com um livro e outra com um brinquedo, ao questionar qual delas ele queria ser, escolheu a que estava a brincar com um comboio, porque em casa da mãe não tinha um. Ao perguntar como achava que as crianças se sentiam, respondeu “não sabe” [sic], ao mesmo tempo que repetidamente movia as mãos.

Ainda faltavam mais 3 figuras para apresentar, mas não foi possível dar seguimento à aplicação do teste, pois L levantou-se em direção à porta dizendo que queria brincar com os seus colegas e que estava cansado. De facto, a aplicação do teste foi extremamente difícil, pois L não conseguia permanecer sentado, concentrar-se nas imagens ou responder às questões propostas. Em vez disso, ele dispersava com vários elementos presentes na sala, como cortinas, plantas e objetos diversos. A cada imagem apresentada, ele expressava o desejo de pintá-las. Manifestou inquietação constante, coçava o pescoço e mexia nas suas pequenas tranças. Levantou-se várias vezes da cadeira e as suas respostas, muitas vezes, eram desconexas ou fora de contexto. Demonstrou um comportamento extremamente agitado, gaguejando devido à rapidez ou bloqueando com respostas como “não sei” [sic]. Posto isto, dei como terminada a sessão e a aplicação do teste Bar-Illan, sendo que na segunda sessão não se retomou ao teste da primeira sessão, por indicação da professora que lecionava as aulas nesse período.

2ª Sessão

Nesta segunda sessão, para complementar a avaliação de L, foi também aplicado o teste de Matrizes Progressivas coloridas, para obter uma visão e avaliação mais abrangente

das competências cognitivas e comportamentais de L, ajudando a compreender aspetos distintos de seu funcionamento intelectual. Este é um teste psicométrico frequentemente utilizado para medir a inteligência fluída, que está relacionada com a capacidade de raciocínio e solução de problemas independentemente do conhecimento adquirido. A inteligência fluída está relacionada com a capacidade de identificar padrões, inferir relações entre elementos e aplicar princípios lógicos em uma situação desconhecida.

De uma forma muito breve, o desempenho no teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven também foi influenciado pelo comportamento inquieto, a dispersão, a dificuldade de concentração e as respostas não relacionadas às perguntas durante o teste anterior de L.

Nesta sessão, L estava numa constante inquietação, e sempre que lhe pedia para que se concentrasse na tarefa que estávamos a realizar, ele aparentava ficar muito frustrado relatando que queria ir brincar com os colegas e pintar as figuras apresentadas. A postura na cadeira é sempre agitada, ora se senta, ora se coloca de joelhos em cima. Ainda se levantou algumas vezes para ir mexer em objetos presentes na sala onde estávamos a realizar a prova, pediu para que jogássemos a um jogo e que fôssemos para a sala dos amigos.

A aplicação do teste durou sensivelmente 15 minutos, onde era pedido que resolvesse 36 questões, mas a inquietação de L era crescente, o que o impossibilitou de realizar todas as questões adequadamente. Durante a aplicação do teste foi necessário pedir-lhe, constantemente, que se concentrasse e permanecesse quieto. Diante da evidente frustração crescente e do cansaço declarado por parte do L, decidi interromper o teste na décima nona questão, pois tornou-se claro que não seria possível mantê-lo focado na atividade por mais tempo. O resultado obtido pelo L foi um percentil de 5, situando-se no grau V da classificação total, indicando um desempenho muito inferior à média esperada para sua faixa etária. O seu comportamento durante o teste revelou uma extrema dificuldade em executar as tarefas propostas e em manter a atenção necessária para completá-las.

3ª Sessão

Na terceira sessão, decidi utilizar a bateria de testes denominada "pré-escolar", em que é composta por dois cadernos de aplicação (A e B) que constituem um único caderno de respostas. O caderno A inclui testes relacionados ao nível verbal, conceitos quantitativos, memória auditiva e constância da forma. Já o caderno B abrange provas que exploram a

posição no espaço, orientação espacial, coordenação visuomotora e percepção visual, particularmente a habilidade de distinguir figuras do seu fundo.

Como previsto e dado o registo do comportamento demonstrado por L em todas as sessões que temos tido, apenas conseguiu realizar o primeiro tópico do caderno A, que avaliava o nível verbal.

Dado o comportamento inquieto de L aliada à falta de interesse em realizar a tarefa, decidi não o sobrecarregar mais e deixar para as sessões seguintes a continuidade da aplicação deste teste.

Uma vez mais, o maior interesse dele na tarefa, era colorir as figuras que se apresentavam na folha de teste. Constantemente tentava pintá-las sem nem sequer questionar se podia. Quando eu explicava que o propósito da atividade não era pintar as figuras e que não podia fazê-lo, ele ficava extremamente triste, cruzando os braços por cima da mesa, deitando a cabeça sobre eles.

Mencionei diversas vezes que após ele terminar a atividade, poderia pintar tudo o que ele assim desejasse, mas ainda assim, não consegui mantê-lo interessado para dar seguimento à aplicação do teste, deixando, então, isso para as sessões seguintes.

4ª Sessão

Nesta sessão, dei continuidade à aplicação do teste pré-escolar do caderno A, desta vez relacionada com a avaliação aos conceitos quantitativos. Uma vez mais, só foi possível contar com a disposição de L durante aproximadamente 10 minutos para a realização da prova, não podendo desta forma, passar para a seguinte etapa que consiste na avaliação da memória auditiva. O objetivo desta parte da avaliação consistia em selecionar o quadrado que representasse uma determinada quantidade de objetos ou uma característica específica entre uma variedade de quadrados com imagens internas. Mais uma vez, foi observada uma agitação extrema por parte de L, demonstrando pressa em terminar para ir brincar com os amigos. Ele levantou-se algumas vezes, desviou o olhar para o teto, questionou se poderia colorir as figuras e alegou cansaço. Apesar das minhas repetidas solicitações para que se concentrasse e realizasse a prova, foi notável uma dificuldade acrescida em comparação com a prova anterior, realizada na sessão anterior. Nesta prova, L obteve apenas 1 ponto de 14 possíveis, além de uma evidente falta de interesse. Novamente, optou-se por adiar a

continuação das seguintes etapas da prova para as sessões subsequentes, considerando a dificuldade do L em manter o foco em uma tarefa que não desperta o seu interesse.

5ª Sessão

Durante esta sessão, realizamos a prova da memória auditiva, na qual o objetivo era eu mencionar em voz alta o nome de 6 objetos com a folha do teste virada para baixo. Após mencionar os 6 objetos, L teria que, na folha da prova, selecionar aqueles de que se lembrava ter escutado. Surpreendentemente, L conseguiu obter 6 pontos em 7 possíveis nesta prova. Considerando o bom desempenho, decidi avançar para a próxima etapa da prova ainda nesta sessão. Na prova subsequente do caderno A, relacionada com a constância da forma, L teve de identificar, entre várias imagens de flores, aquelas que eram idênticas à flor posicionada no topo da folha. Nesta prova, L conseguiu 10 pontos em 12 possíveis.

Durante a realização dessa parte da prova, já era perceptível uma certa saturação por parte de L, pois começou por mencionar que queria ir brincar com os colegas. No entanto, estava um pouco menos inquieto do que o habitual, o que possibilitou uma maior predisposição e atenção à tarefa. Ainda que demonstrando uma dificuldade constante em manter o foco, no geral, foi bem-sucedido, especialmente considerando as pontuações obtidas, que superaram a média esperada. L mostrou-se mais disposto a colaborar, apesar da sessão ter durado apenas 10 minutos.

6ª Sessão

Nesta sessão, optei por uma abordagem diferente ao observar que L demonstrava em todas as sessões um constante desejo de voltar para a sala perto dos colegas. Decidi, então, realizar o teste na sua sala, num canto mais afastado dos colegas, com o intuito de verificar se essa mudança faria com que ele não sentisse tanta pressa em concluir as provas. E assim foi, o L completou todas as etapas da prova do caderno B, que continha as provas de posição no espaço, orientação espacial, coordenação visuomotora e percepção visual (figura-fundo). Apesar de esperar que iria existir uma maior pré-disposição do L para realizar as provas por ele estar inserido no seu ambiente de conforto, não calculava que fosse ter tanto sucesso. No entanto, durante a execução, observei que L agiu com mais calma, embora ainda enfrentasse dificuldades para manter a atenção. Notavelmente, a pressa para terminar não foi tão evidente

inicialmente, só se tornando mais aparente no final da prova quando ele começou a ficar inquieto e saturado.

Na prova de posição no espaço, era necessário selecionar as figuras que estivessem todas viradas para o mesmo lado. L obteve 2 pontos em 14 possíveis. Na prova de orientação espacial, era solicitado que reproduzisse a mesma figura apresentada, ou seja, colorisse partes idênticas à figura original. Aqui, ele marcou 5 pontos em 16 possíveis. Na prova de coordenação visuomotora, o objetivo era traçar um caminho entre duas imagens sem levantar o lápis ou tocar nas linhas desenhadas. Ele alcançou 10 pontos em 12 possíveis. Já na prova de percepção visual (figura-fundo), onde deveria seguir os traços que compõem a figura, a pontuação foi 0 em 9 pontos possíveis.

Embora tenha sido possível concluir todo o caderno B numa única sessão, mesmo com uma menor intensidade, observou-se a persistência da agitação motora, dificuldade em manter o foco e a tendência de realizar tarefas não solicitadas, como pedir para colorir as figuras, contar aleatoriamente as imagens apresentadas na folha de prova, marcar as imagens de uma forma diferente da sugerida, entre outros comportamentos que divergiam da orientação dada.

Reflexão da Avaliação

O L, de cinco anos, foi diagnosticado na consulta de pedopsiquiatria da sua unidade de saúde com PHDA, estando atualmente medicado com o fármaco “Concerta”. Esta informação apenas me foi transmitida após um mês de acompanhamento ao L. Partindo do pressuposto, que a introdução deste psicofármaco deveria trazer melhorias no comportamento do L, não era isso que se verificava tanto em casa como na escola, dado que L tinha oscilações de comportamento como por exemplo falta de energia, pouco apetite, apatia, como em outros dias verificava-se o oposto, excesso de energia, falta de atenção, agressividade e impulsividade. Ponderou-se que provavelmente a administração da medicação não era feita corretamente e diariamente, colocando ainda a hipótese de dias que possivelmente o L não a tomava. Tendo em conta o que se observou no decorrer das sessões com o L, bem como os resultados obtidos nos testes aplicados, embora não se tenha feito nenhum diagnóstico, as avaliações podem suportar uma Perturbação Hiperativa com Déficit de Atenção, sendo que sintomas verificados preencheram os critérios do DSM V, como a falta de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Os resultados obtidos no teste psicométrico EDAH, demonstrou um elevado Percentil (> 95) a todas as subescalas, exceto uma, sendo as de percentil > 95 a Hiperatividade, Hiperatividade + Déficit de Atenção e problemas comportamentais. Na subescala Déficit de Atenção, o L teve um percentil de 92 (descrito como moderado). Ou seja, L apresenta um percentil de 99 na subescala Hiperatividade, sendo que, segundo as tabelas de normas com referências da classificação do SM-IV-TR, resultados acima do percentil 90 ou 95, apresenta uma suspeita de risco Moderado ou elevado, respectivamente, de PDA/H do tipo predominante Hiperativo-Impulsivo. Na subescala Déficit de Atenção, L apresentou um percentil e 92, e segundo a interpretação das tabelas de normas, acima do percentil 90 ou 95, levantam a suspeita de risco moderado ou elevado, respectivamente, de PDA/H do tipo desatento. É de Salientar que caso os resultados obtidos nas subescalas de hiperatividade (H) e déficit de atenção (DA) ou na escala Hiperatividade/DA atinjam as zonas de risco, é de colocar-se como hipótese de diagnóstico de PDA/H de tipo misto. Contudo, apenas quando ambas as subescalas H e DA (e não apenas uma delas) atinjam um percentil igual ou superior a 90 é que se coloca como possibilidade de PDA/H tipo misto. Em suma, segundo os resultados de L:

- Risco elevado de apresentar Hiperatividade com problemas comportamentais (percentil > 95), L teve 99 (H) e 97 (PC);
- Risco elevado de apresentar Hiperatividade e Déficit de Atenção (percentil > 95), L obteve 98;
- Risco Moderado de apresentar Déficit de Atenção (percentil entre 90 e 94), L obteve 92.

O déficit de atenção manifestado pelo L em todas as nossas sessões, bem como na observação em sala e o feedback manifestado pelas educadoras, eram evidentes através de sintomas como a constante dificuldade em manter a sua concentração nas tarefas propostas e a manutenção da mesma, bem como as suas distrações fáceis e constantes em praticamente tudo o que realizava e era proposto. Eram também observáveis sintomas de hiperatividade, nomeadamente movimentos excessivos com os pés e as mãos, quando sentado, mexe as pernas constantemente e movimenta as mãos mexendo nas suas tranças ou esfregando as mãos, ao nível da impulsividade manifestava-se através de respostas sempre antecipadas a

questões ainda não terminadas, não conseguia esperar pela sua vez, interrompia os outros e agia sem pensar. Era verificável também a sua baixa tolerância à frustração e limitações no seu controlo de impulsos e cumprimento de instruções que lhe eram dadas.

Os sintomas anteriormente descritos, estão presentes em diversos contextos, como em casa, na escola ou na rua, sendo que estes prejudicam significativamente o funcionamento social e escolar do L. Assim sendo, o acompanhamento realizado confirma o diagnóstico da pedopsiquiatria e recomenda a seguinte proposta de intervenção abaixo descrita.

Proposta de Intervenção:

Com base nos resultados dos testes aplicados a L e toda a informação recolhida na anamnese concluiu-se que a proposta de uma intervenção psicológica poderia ser benéfica que o L. Dessa forma, é crucial que o indivíduo "L" seja acompanhado em consultas de psicologia infantil, sendo que, embora tenha iniciado há um mês, a continuidade dessas consultas não foi confirmada. É recomendável explorar a possibilidade PHDA para verificar o diagnóstico de forma eficaz e obter um relatório médico subsequente. Além disso, seria benéfico realizar consultas de desenvolvimento infantil e pedopsiquiatria para considerar possíveis ajustes na medicação. Há interesse em investigar a dinâmica familiar, visando intervir junto à família para desenvolver técnicas que auxiliem na implementação de regras e limites. Também é relevante explorar aspetos comportamentais de "L". O objetivo geral é promover a aquisição e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, visando aumentar a consciência da frustração e trabalhar na sua diminuição. Isso inclui a promoção de habilidades de gestão de conflitos, autocontrole e adaptabilidade, visando melhorar a qualidade das interações e relações de "L", preparando-o para a transição para o 1º ciclo escolar. Assim, sintetizando, durante as seis sessões de avaliação, foram observadas diversas condutas que sugerem áreas de desafio para L, mas também para a família e escola. Uma das principais dificuldades evidenciadas foi a sua notável inquietação e acentuada dificuldade em manter a concentração e atenção nas tarefas propostas. Demonstrou uma tendência a procurar constantemente outras atividades, perdendo rapidamente o foco das atividades em questão. Além disso, comportamentos impulsivos foram notados com frequência. L mostrou-se propenso a agir impulsivamente, levantando-se repetidamente, solicitando atividades que não estavam relacionadas com os testes propostos e agindo de maneira desorganizada durante as sessões de avaliação. Outra área de preocupação foi a dificuldade em seguir instruções, pois mesmo quando orientado, L frequentemente realizava tarefas de forma diferente do que foi solicitado,

demonstrando certa resistência em seguir as orientações dadas. A agitação motora foi uma característica constante durante as sessões, sendo que L apresentou uma grande agitação física, o que dificultou a sua permanência nas atividades propostas, resultando em momentos de dispersão e interrupções frequentes. Por fim, L revelou um desinteresse prolongado em tarefas que não eram do seu agrado, demonstrando tédio e desinteresse em atividades que não despertavam o seu interesse, o que afetou a sua motivação nessas atividades.

Estes comportamentos observados durante as sessões de avaliação, sugerem áreas-chave que necessitam de intervenção e suporte para auxiliar L no desenvolvimento de estratégias que possam promover uma melhor concentração, controle impulsivo, capacidade de seguir instruções, gerenciamento da agitação motora e aumento a atenção em tarefas menos atrativas.

Assim, a intervenção poderia ser focada em técnicas comportamentais e educacionais, adaptadas para lidar com as características específicas L. Uma abordagem teórica eficaz pode ser a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Abordagem Sistêmica, que podem auxiliar na compreensão dos padrões comportamentais e fornecer estratégias para gerir os sintomas. Por um lado, a Terapia Cognitivo-Comportamental, oferece técnicas cognitivas para ajudar L a identificar e desafiar pensamentos disfuncionais que interferem na concentração. Além disso, estratégias comportamentais, como a técnica de agenda e planejamento semanal, promovem a organização e a atenção nas suas atividades. Também são fornecidas técnicas de controle de impulsos, como a técnica do freio de pensamento, para ajudar L a pausar e refletir antes de agir impulsivamente. Técnicas de relaxamento, como a respiração profunda e visualização guiada, pode ser estratégias para ajudar L a regular a sua agitação motora e emoções. Além disso, a Terapia Cognitivo Comportamental também utiliza a reestruturação cognitiva para modificar percepções sobre atividades menos atrativas, tornando-as mais motivadoras (Beck, 2021). Por outro lado, a Abordagem Sistêmica pode explorar as dinâmicas familiares de L, identificando padrões de interação que contribuem para as suas dificuldades, sendo que intervenções familiares, como a terapia familiar, promovem a coesão familiar e criam um ambiente de apoio para o desenvolvimento de habilidades de autorregulação em L. Além disso, a Abordagem Sistêmica pode ajudar a identificar fatores contextuais que influenciam a motivação de L em relação a atividades menos atrativas. Assim, intervenções sistêmicas, como a reestruturação do ambiente familiar e a definição de metas familiares partilhadas,

criam um contexto mais favorável para o envolvimento de L nessas atividades (Alarcão, 2000; Minuchin, 2012).

Neste contexto, os objetivos terapêuticos poderiam ser:

- Melhorar a atenção e concentração: desenvolver estratégias específicas para ampliar a capacidade de foco e prolongar a atenção em atividades designadas;
- Gerir comportamentos impulsivos: implementar técnicas que promovam o controle dos impulsos e encorajem uma resposta mais reflexiva diante das situações;
- Desenvolver habilidades de autorregulação: introduzir e praticar estratégias que auxiliem a gerir a agitação motora e a modulação de comportamentos disruptivos;
- Melhorar a adesão a atividades menos atrativas: introduzir e praticar métodos que incentivem um maior envolvimento e interesse em tarefas menos estimulantes;
- Aprimorar as competências de seguir instruções: focar em técnicas que facilitem a compreensão e a execução precisa das instruções recebidas.

Para alcançar estes objetivos, as estratégias de intervenção específicas podem ser diversas, incluindo o uso de reforço positivo para incentivar comportamentos desejados (Skinner, 2005), a modelagem de comportamento para demonstrar e encorajar a imitação de ações adequadas (Nabavi, 2012) e treino de competências sociais para promover interações positivas e atividades direcionadas para aprimorar a atenção e concentração (Dweck, 2014).

Embora estas sejam sugestões gerais, é importante destacar que um plano de intervenção mais abrangente e personalizado deve ser desenvolvido por um profissional especializado, levando em consideração as necessidades específicas de L e os contextos nos quais essas estratégias serão implementadas.

3.3.2.2. Caso Clínico 2 – “H” acompanhamento

Identificação:

- Nome: H
- Idade: 5 anos
- Data de nascimento: 14 de maio de 2018
- Escolaridade: ensino pré-escolar

Atualmente, vive com os pais e com o irmão mais novo de 9 meses. Na Figura 2, encontra-se o genograma familiar de H.

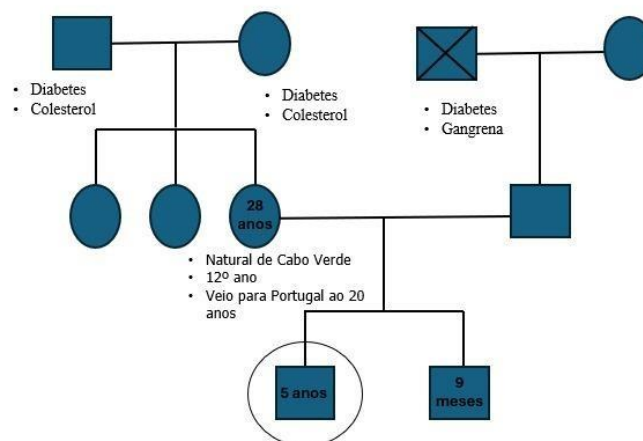


Figura 2 – Genograma familiar de “H”

Identificação da mãe:

A mãe de H, com 28 anos de idade, é natural de Cabo Verde e mudou-se para Portugal aos 20 anos. É uma de três irmãs, sendo uma mais nova e outra mais velha, com quem mantém relações próximas, especialmente com H. Cresceu em Cabo Verde com seus pais e irmãs, mas migraram para Portugal em tenra idade. No momento atual, trabalha na área de limpeza, tendo concluído o 12º ano de escolaridade.

A mãe de H tem uma trajetória marcada pela migração precoce para Portugal, onde ela e a sua família tiveram de se adaptar a um novo país e contexto cultural. Essa experiência pode ter influenciado diversos aspetos da sua vida e, por consequência, a dinâmica familiar e as interações com H.

Motivo de pedido:

Os pais de H procuraram orientação devido a uma série de comportamentos que chamaram a sua atenção, entre eles, destacam-se a dificuldade de concentração, uma inquietude persistente e birras frequentes, nomeadamente alguma desobediência e comportamentos desafiadores. Observaram que H tinha dificuldade em seguir as instruções, sendo necessário pedir várias vezes para que faça algo. Desde muito cedo, notaram nele uma

agitação extrema, manifestada pela sua dificuldade em permanecer quieto em qualquer lugar. Por exemplo, à mesa, distrai-se facilmente, sendo também descrito como alguém muito falador. Além disso, parecia ter dificuldades em controlar as suas emoções e frequentemente reagia com intensidade quando confrontado com situações contraditórias. Segundo os pais, H tende a chorar exageradamente diante de frustrações. No entanto, com a chegada de uma nova educadora, notaram algumas melhorias no comportamento, tanto em casa quanto na escola.

História clínica:

Ao rever a história clínica de H, verifica-se que não teve nenhum internamento, nenhuma complicação grave de saúde, nem padece de nenhuma doença. Atualmente, H desde o Verão de 2022 tem dificuldades em evacuar. Suspeitam que provavelmente houve uma vez que lhe doeu e ganhou medo. Foram ao médico e aconselharam uma alimentação mais rica em legumes e fibra, no entanto, o H recusa-se a comer e faz sempre muitas birras.

Relativamente à história clínica familiar os avós maternos têm diabetes e colesterol. O avô paterno apanhou gangrena e tinha diabetes, no entanto, esse avô já faleceu.

Anamnese:

A gravidez da mãe de H foi planeada. H nasceu às 38 semanas de gestação, sendo que a mãe conseguiu trabalhar até às 35 semanas. Foi um parto normal por indução. A mãe diz que nos primeiros meses, teve muitos enjoos, mas que no geral correu tudo bem. Foi bem acompanhada e verificou-se a ausência de complicações. H nasceu com 3,400kg.

Logo após o nascimento, H apresentou um padrão de atividade muito elevado, muitas vezes acordava diversas vezes durante a noite, resultando num padrão de sono fragmentado e não contínuo. A mãe descreveu essa fase como desafiadora, destacando a dificuldade enfrentada. Em uma ocasião posterior, H conseguiu sair sozinho do berço, o que causou grande susto e preocupação aos pais.

Os pais referiram que não foi fácil a passagem para alimentos sólidos que só conseguiram introduzir aos 4/5 meses de idade. A sopa tinha de ser sempre toda passada senão H estranhava e não comia.

Começou a gatinhar aos seis meses de idade e a andar aos nove meses.

Quando H fez um ano de idade, passou a dormir no seu quarto sozinho onde mantinha o hábito de dormir a noite toda. Ocorreram apenas duas situações fora do comum. Numa delas, H acordou três vezes a meio da noite a dizer “larguem-me” e, da outra vez, sentiu medo de um poster de dinossauros que tinha no quarto.

As primeiras palavras foram ao fim de um ano e meio, sendo que as primeiras frases não se lembram quais foram.

Começou a comer sozinho com dois anos e meio de idade e a vestir-se sozinho aos três anos. No entanto, apesar de se vestir sozinho, na atualidade ainda tem alguma dificuldade, pois costuma vestir algumas roupas do avesso e sempre que se depara com alguma dificuldade desiste da tarefa e diz que não sabe, muitas das vezes antes mesmo de tentar.

Ao nível da sua higiene pessoal no momento da entrevista verificou-se que não lavava os dentes nem tomava banho sozinho, ainda que tenha mudado de opinião e neste momento já gosta de tomar banho, coisa que antes não acontecia.

A entrada na creche, com um ano de idade, ao início era pautada por choro aquando da separação, mas rapidamente se adaptou, tornando a adaptação tranquila.

Ao nível da socialização de H, os pais dizem que H é uma criança muito dada, faz amigos com muita facilidade e adora falar. Em contexto de grupo, gosta de ser o líder e o centro das atenções. Quando vão ao parque e as crianças não querem brincar com ele, chora.

A relação do H com os pais é uma positiva e próxima, no entanto, passa mais tempo com a mãe que com o pai devido aos horários deste. Aos fins-de-semana sempre que podem vão passear ao parque. Referiram ainda que quando estão a cuidar do irmão, notam com H fica muito observador, mesmo enquanto está a brincar, interrompendo sempre a brincadeira e começa a olhar fixamente. Os pais dizem que, muitas vezes, conversam com o H de modo a explicar que o irmão é e, sempre será o seu melhor amigo. Têm momentos só com ele para que não se sinta excluído. Os pais mencionam que fazem questão, quando possível, de fazer as refeições todos juntos.

Ambos dizem ter uma boa relação, referindo que quando têm conversas um pouco mais sérias, H fica logo em alerta e até questiona o que se passa. Notam ansiedade por parte do H e muita observação nestas situações.

Descrição das sessões de acompanhamento:

As sessões de acompanhamento realizadas com H procuraram abordar as suas necessidades específicas de H focando-se em atividades lúdicas e recreativas como uma forma de desenvolvimento integral, ou seja, não apenas como um momento de diversão, mas também como uma oportunidade de H desenvolver competências cognitivas, sociais, emocionais e motoras. Estas sessões foram estruturadas de forma a fornecer um ambiente propício para a exploração e aprendizagem, ao mesmo tempo em que promoviam estratégias para lidar com desafios comportamentais. Especificamente, os objetivos das sessões de acompanhamento eram os seguintes: trabalhar a atenção e a desativação psicofisiológica, através de técnicas de relaxamento, nomeadamente a respiração diafragmática.

O objetivo geral foi proporcionar a H oportunidades de interação, aprendizagem e crescimento por meio de atividades adaptadas e planeadas de acordo com as suas necessidades individuais. Desta forma, as sessões de acompanhamento foram oito e tiveram a duração média de 40 minutos, entre o início de março e finais de junho.

De salientar que o acompanhamento a H seguiu a abordagem Centrada na Pessoa (ACP), com foco na terapia centrada no cliente de *Carl Rogers* (2003).

1ª Sessão

Na nossa primeira sessão, propus um exercício de desenho para trabalhar a impulsividade e a pressa recorrente nas ações de H. A dinâmica consistiu em eu fazer uma linha de cada vez no desenho e, em seguida, ele tentar replicar o que via. Escolhemos desenhar uma casa, o mar, um sol, nuvens e dois meninos. Durante a atividade, observei que H estava entusiasmado e contente com a tarefa proposta. Uma vez que ele respeitou as regras estabelecidas de aguardar as minhas instruções para desenhar e por isso considero que a sessão foi bem-sucedida.

Posteriormente, ainda na mesma sessão, procurei trabalhar com as duas figuras desenhadas por H e por mim, incentivando-o a criar uma história fictícia com elas.

Inicialmente, ele demonstrou resistência, recusando-se a participar. No entanto, após um breve período, ele começou a narrar uma história. Foi desafiante compreender a sua lógica e raciocínio, pois as suas frases eram fragmentadas devido à linguagem pouco desenvolvida e ao discurso pouco elaborado. Em essência, mencionou que o pai brincava com ele, mas o restante da narrativa foi bastante aleatório, incluindo as suas preferências por brincadeiras e dinossauros.

A sessão prosseguiu por cerca de 30 minutos. Durante esse tempo, houve momentos em que ele se levantou e explorou a sala, mexendo em objetos e questionando sobre eles. A cada ocasião em que agia sem permissão, enfatizei a necessidade de pedir autorização antes de se levantar e a importância de concluir as atividades solicitadas antes de mudar de tarefa. H pedia desculpa sempre que era corrigido e seguia as instruções, mas depois repetia a mesma ação minutos mais tarde. Com a crescente agitação, optei por encerrar a sessão.

2ª Sessão

Nesta sessão, procurei abordar os comportamentos reportados pela educadora do H na sala de aula, incluindo a dificuldade em obedecer às instruções, agir agressivamente com os colegas e perturbar algumas atividades escolares. Ao questioná-lo sobre essas ações, H frequentemente mencionava não saber por que agia dessa forma. As suas respostas eram acompanhadas por uma postura cabisbaixa e triste, levando-me a salientar que não o estava a repreender, mas apenas a tentar conversar e compreender.

Num determinado momento, decidi abordar a questão da agressividade, mencionando uma situação em que ele havia partilhado algumas situações sobre o seu pai lhe bater. Procurei entender se ele achava bem tal comportamento agressivo, para estabelecer uma comparação com aquilo que a educadora tinha partilhado comigo, ao que prontamente respondeu que não, mostrando-se contrariado com a situação. Então, questionei: “então se não gostas que te batam, achas correto bater aos teu amigos?” [sic], ao que ele respondeu com uma postura mais retraída: “não, peço desculpa... Mas eles também me batem” [sic]. Reforcei a importância de comunicar esses incidentes à educadora ou a um adulto que esteja presente, destacando que a violência não é a solução adequada para resolver conflitos.

Posteriormente, realizamos exercícios de respiração e relaxamento, como a respiração diafragmática, para que H tentasse aplicar em situações que se sintasse mais chateado ou

zangado. Aderiu bastante bem à execução dos exercícios, dizendo que por vezes fazem isto na sala com as educadoras e auxiliares. Estivemos cerca de 10 minutos com os exercícios de respiração e relaxamento, no total, e depois dei por encerrada a sessão, pois o H mencionou algumas vezes durante a sessão que estava cansado demonstrando sinais de agitação.

3ª Sessão

Durante a sessão, propus uma atividade em que H deveria encontrar diferenças entre imagens, visando trabalhar a sua capacidade de atenção. Após identificar as diferenças, H expressou o desejo de pintar as figuras retratadas na folha de atividades, pois é algo que ele adora fazer e que o mantém mais calmo e entretido. Durante a atividade de pintura, tentei incentivá-lo a pintar dentro das linhas de contorno e com tranquilidade.

Posteriormente disse-me *“eu não consigo”* [sic], ao qual eu respondi *“se pintares devagar vais ver que consegues”* [sic], acabou por conseguir. Mas de seguida, nem dois minutos depois, disse *“já estou cansado”* [sic]. Ainda no decorrer da pintura, subitamente ele diz-me *“eu acho que gosto da minha mãe”* [sic], ao qual eu pergunto *“achas que gostas da tua mãe?”* [sic] e ele de seguida *“e gosto de ti”* [sic], e eu *“eu também gosto muito de ti”* [sic], de seguida, diz *“e gosto do meu pai, mas ele bate-me”* [sic]. Tendo em conta que este desabafo me deixou um pouco intrigada, questioneei *“bate? porquê e como?”* [sic], e ele de imediato, gesticulando, bate na cara e diz *“em todo lado”* [sic]. Perguntei em que situações isso acontece, ao qual ele me responde que não faz nada, que lhe batem quando ele está a brincar com o irmão mais novo. Perguntei-lhe *“sentes-te zangado quando isso acontece?”* [sic], ao que ele me diz que sim. Depois de seguida diz que lhe batem todos os dias. Acrescenta também, em sequência da conversa relacionada com o seu comportamento, que não se porta mal. Mencionou ainda que também batem no irmão (que tem 9 meses), mas só nas mãos. Posteriormente, acabou por mudar o assunto para as pinturas das figuras.

Mais à frente, disse que gostava de brincar com o irmão, e eu perguntei ao que é que ele gostava de brincar, e ele responde que gostava de brincar dinossauros. Em seguida, perguntei se gostava também de brincar com o pai, e ele diz-me que sim, que brincam à apanhada, mas tornou a referir que o pai só lhe bate. Tentei novamente sondar em que contextos essas situações costumam ocorrer, ao qual ele me diz de forma muito hesitante *“eu não faço nada”* [sic], e prossegue com as suas pinturas. Tentei, para melhor compreender o conceito de bom comportamento que o H tem, perceber como é que ele acha que se comporta

na escola, ao qual ele me responde que se comporta bem, o que não corresponde totalmente à realidade. Questionei se ele acha que se porta melhor aqui ou na sua casa, ao qual me responde que se porta bem em ambos os sítios. De seguida, levantou-se da cadeira, andou pela sala, voltou para a cadeira, mas colocou-se de joelhos em cima da mesma. Chamei-o à atenção e tentei fazê-lo entender que só pode levantar-se da cadeira quando ele pede e é autorizado por um adulto. Expliquei-lhe que a cadeira serve para se sentar e não para estar de joelhos ou de pé, pois pode magoar-se. Depois de lhe dizer isso, ele lá se sentou, pediu desculpa, e continuou com as suas pinturas.

Este comportamento de levantar-se da cadeira e depois se posicionar de joelhos pode ser interpretado como um sinal de impulsividade e dificuldade em manter uma postura adequada durante uma atividade direcionada. Essa ação pode estar associada a problemas de atenção e regulação comportamental. O fato de ele ter-se levantado da cadeira sem autorização, ter retornado após o redirecionamento e novamente mudado a posição para uma postura incorreta, indica uma dificuldade em se adequar a regras e manter um comportamento consistente durante uma atividade. Porém, é necessário estar ciente que sendo uma criança e, em idade pré-escolar, é normal alguma dificuldade em permanecer quieto e sentado.

A sessão durou 40 minutos, e no geral, foi bem conseguida.

4ª Sessão

Nesta sessão, H estava mais inquieto que o habitual, com mais dificuldades de concentração e também muito mais desafiador, o que não era uma característica comum nele, pelo menos nas nossas sessões. Tínhamos acabado de nos sentar e tornou, de forma espontânea e abrupta, a dizer que o pai lhe bate. Acrescentou também que o pai bate no irmão, mencionando novamente que não fazem nada para que isso aconteça. Quando questionei se ele fez alguma coisa ou se se comportou menos bem para o pai lhe bater, ele diz-me novamente que não. Tentei explorar um pouco mais sobre a situação ao qual ele diz “*vá, acabou a história*” [sic], e então não insisti mais. Notei que a nível da expressão corporal, H estava muito inquieto e ansioso, pois a respiração estava um pouco mais acelerada que o habitual. Antes desta sessão, tive o feedback da educadora de que nas últimas duas semanas o H tem estado mais desafiador, que tem usado mais a violência física para com os colegas, e que este ato não era de todo habitual.

Na realização das atividades era perceptível que o H não estava disposto a colaborar, pois a agitação era muita. Decidi aplicar os exercícios de respiração durante xx tempo com intuito de o ajudar a relaxar. Pareceu surtir efeito, e após terminar o exercício, pediu para colorir umas imagens. Permaneceu a sessão toda praticamente calado enquanto pintava as figuras. Assim, questionei se queria conversar, ao qual me dizia que estava muito cansado. Após terminar de colorir as figuras, dei por encerrada a sessão.

5ª Sessão

Nesta sessão notei H mais calmo e a escutar mais do que na sessão anterior, pois foi possível que ele permanecesse a maior parte do tempo sentado de forma correta sem se levantar demasiadas vezes. Conversei com ele novamente sobre o mau comportamento que teve em casa e na escola (como desobediência constante às educadoras e algum comportamento agressivo para com os colegas, como empurrá-los se eles não quisessem brincar com ele; em casa, era também referente a desobediência) devido ao feedback que obtive por parte dos pais e da educadora. Disse-lhe novamente que não se bate nos amigos nem se chama nomes à mãe, ao qual ele questionou como é que eu sabia que ele chamava nomes à mãe, do qual eu respondi que eu falo com os pais. Dado este feedback, questionei-lhe o porquê de chamar nomes à mãe, ao qual me responde que não sabe o porquê. Subitamente diz que se porta mal porque o pai lhe bate e posteriormente, pediu desculpa e pediu-me para não ficar zangada com ele, ao qual eu respondi que ele deve pedir desculpa à mãe e ao pai e não chamar mais nomes em situações futuras. Existe aqui uma reflexão importante a fazer: a ideia de que a violência gera violência é uma consideração importante. É um desafio para todos, incluindo pais, crianças, educadores e a sociedade em geral, lidar com essas situações. Muitas vezes, a culpa é atribuída às crianças, mas é importante reconhecer que os seus comportamentos podem ser desencadeados por circunstâncias que não estão necessariamente relacionadas a elas, mas sim aos cuidadores e ao ambiente em que estão inseridas. Isso leva-nos a considerar a violência como algo herdado ou aprendido, o que demanda uma reflexão profunda sobre como podemos quebrar esse ciclo e promover ambientes seguros e saudáveis para o desenvolvimento das crianças.

Quanto à situação de andar a bater nos colegas, expliquei-lhe uma vez mais que não é uma atitude correta independentemente dos seus motivos, salientando ainda que a violência não é nunca uma opção de solucionar os nossos problemas. Finalizei ainda colocando a questão *“para que servem as mãos?”*, ao qual me responde *“para dar abraços e festinhas”*.

Após esta conversa, levamos a cabo uma atividade lúdica, com bonecos, onde se simulou um momento de discórdia entre dois amigos, em que um dos bonecos era ele e o outro era o colega da sala dele. A atividade consistiu em explicar que não se deve utilizar o ato de bater, e desta forma, solicitei que me demonstrasse como foi a situação em que ele bateu no colega, e ele contou a história do acontecimento que tinha ocorrido através dos bonecos. Tornei novamente a frisar que as mãos não servem para bater, ao qual me responde *“está bem, desculpa, não faço mais”* [sic].

Depois quis pegar nas restantes figuras que estavam disponíveis na caixa lúdica e estive ali uns momentos a brincar. Pegou, essencialmente, nos dinossauros e ia-me contando os poderes que cada um possui e de qual dos tipos de dinossauros ele mais gosta. O H demonstra saber muita coisa derivada dos dinossauros e é, de fato perceptível, que todas as atividades que ilustrem os dinossauros, ele está sempre muito disposto a participar.

A sessão já tinha atingido os 45 minutos, e o H já apresentava sinais de cansaço e com vontade de ir brincar com os amigos no exterior. Como tal, dei por encerrada a sessão.

6ª Sessão

Nesta sessão levei novamente a caixa lúdica que continha quatro bonecos, mais especificamente, um homem, uma mulher e duas crianças, mais dois animais, um cão e um gato, dois dinossauros e dois carrinhos. Pedi-lhe que me contasse como costuma ser os fins-de-semana dele, e ele replicou a sua dinâmica familiar nas figuras que eu levei.

Primeiramente, ficou radiante com os dinossauros que levei depois, ainda teve uns largos minutos a divagar. Mais à frente, pegou nas figuras e replicou uma brincadeira que costuma ter com o irmão em casa. Em relação aos animais que levei, referiu que gostava de ter um cão, mas que gosta também muito de gatos. Perguntei como costumam ser as brincadeiras que tem com o irmão, ao qual me responde apenas que são boas.

Questionei se costumam só brincar os dois ou se por vezes o pai e a mãe também brincam com eles, ao qual ele acena com a cabeça que sim, pois estava muito focado nos brinquedos. Quando agarrou no carro, disse que também tinha um, e que quando vem para a escola com o pai, que o pai mete música no carro. Perguntei se ele gosta de andar de carro e ele acena com a cabeça dizendo que sim e de seguida diz-me que queria ir pintar porque estava cansado. Dei-lhe umas imagens que costumo trazer comigo para todas as sessões e ele

estive ainda uns 10 minutos concentrado nas suas pinturas. Estava particularmente calmo e foram uns 10 minutos praticamente no silêncio com ele bastante concentrado a pintar as figuras. Conforme ia pintando, perguntava-me se estava bem pintado e se estava bonito, ao qual eu lhe respondia sempre que sim e que o importante era ele gostar daquilo que estava a fazer.

A sessão durou aproximadamente 40 minutos.

7ª Sessão

Nesta sessão optei por uma sessão mais livre, em que em vez de estarmos sentados toda a sessão, estivemos de pé. Nesta sessão dei-lhe umas atividades que consistiam em treinar a sua capacidade de concentração e atenção, mas desta vez, com liberdade para estar de pé se assim o desejasse. Numa das atividades, pedia que ele interligasse os animais correspondentes ao seu habitat natural. A outra atividade consistia em ele interligar os animais da mesma família. Notei que estava entusiasmado com a atividade, e pedia sempre se depois podia pintar as figuras. Terminou as atividades com sucesso, soube sempre ao que cada imagem correspondia. No decorrer da atividade, de vez em quando, dispersava e ia em direção à janela ou em direção à porta. Tinha necessidade, como sempre, de se mexer e movimentar. Depois lá voltava a realizar a tarefa, pedindo desculpa por ter interrompido o que estava a fazer. O H distrai-se com facilidade, mas chamando a atenção, pede sempre desculpa e retoma o que estava a fazer sem refutar. A sessão durou 40 minutos.

Senti que esta sétima sessão foi do seu agrado dado o fato de não ter que estar sentado enquanto efetuava a tarefa.

8ª Sessão

Nesta sessão optei novamente por estarmos de pé em vez de sentados. Propus a atividade de encontrar, dentro da sala, objetos de determinadas cores, com o objetivo de treinar a sua capacidade de concentração. Durante a realização, senti que o H estava bastante empenhado e contente, demonstrando um real interesse em participar. No entanto, por vezes desviava-se do tema e começava a falar de outros assuntos não relacionados com a atividade. Sempre que isso acontecia, chamava a sua atenção para que retomássemos o foco.

Quando não conseguia encontrar o objeto solicitado, ficava um pouco frustrado. Nesses momentos, ao revelar-lhe a localização do objeto para que pudéssemos prosseguir, o H questionava-me: “eu ganhei?”. A percepção que retiro é que, para ele, o mais importante não é tanto divertir-se, mas sim sentir que ganha. Esta tendência já tinha sido observada noutras situações em sala de aula, principalmente em atividades de grupo. Quando a sua equipa perdia, o H ficava extremamente frustrado e chegava mesmo a chorar de indignação.

Quando me questionou se tinha ganho, expliquei-lhe que o mais importante não era ganhar ou perder, mas sim participar e, sobretudo, divertir-se. Ele acenou afirmativamente, mostrando concordar.

Após esta atividade, realizámos novamente o exercício de relaxamento com a técnica de respiração diafragmática, entre 5 a 10 inspirações e expirações abdominais, de forma lenta e profunda, utilizando o diafragma. Por fim, dei-lhe figuras para pintar e fazer colagens simples, elogiando sempre as suas criações e incentivando-o a concentrar-se nos detalhes.

Creio que esta terá sido talvez a melhor sessão em termos de empenho, embora o H tenha demonstrado entusiasmo em todas as atividades realizadas ao longo das sessões.

Discussão sobre as sessões de acompanhamento:

O H é uma criança que foi encaminhada para acompanhamento psicológico devido à presença de comportamentos persistentes de extrema inquietude, falta de concentração, birras frequentes e dificuldades em lidar com a frustração. Neste sentido e tendo como base a informação recolhida nas 8 sessões de acompanhamento, gostaria de destacar vários aspetos relevantes que podem enriquecer a discussão deste caso.

Nesta fase crucial do desenvolvimento pré-operacional, que vai desde os 2 aos 7 anos de idade (nesta fase as crianças começam a utilizar as imagens e as palavras para desta forma tentarem representar os objetos, no entanto, ainda não compreendem os conceitos lógicos; o pensamento é egocêntrico, pois existe muita dificuldade em perceber as situações pela perspetiva da outra pessoa) de H, é essencial destacar a relevância da nutrição adequada e do sono adequado, elementos fundamentais para o crescimento e a saúde adaptativa (Feldman, Papalia & Olds, 2009). No caso do H, há evidência de desafios na área da nutrição, uma vez que ele se recusa a comer determinados alimentos que lhe são sugeridos pela médica de família com o intuito de melhoria num dos problemas manifestados – dificuldade de evacuar-,

manifesta birras e não tem preferência por legumes. Além disso, as perturbações do sono são observadas, algo comum em muitas crianças (Feldman et al., 2009). É crucial que os pais procurem orientação médica para lidar com esses problemas, que podem estar a prejudicar o desenvolvimento saudável da criança. Há estudos que demonstram que os problemas respiratórios de algumas crianças podem levar a problemas comportamentais, pois dormem menos e têm dificuldade em respirar. Isto causa irritabilidade, por exemplo e, portanto os comportamentos desajustados também podem ter também uma origem mais orgânica.

A agitação motora apresentada pelo H pode ser uma resposta desenvolvida, possivelmente por observação do comportamento do pai, para lidar com sentimentos negativos, como a frustração e a insegurança, o que nos leva a refletir sobre a influência da aprendizagem social e da modelagem. A procura por um equilíbrio emocional pode levar a criança a utilizar estratégias pouco adaptativas para expressar esses sentimentos. Torna-se essencial ajudar o H a adquirir ferramentas mais eficazes para alcançar um equilíbrio emocional mais adequado (Hipólito, 2011). Isto é, é crucial ajudar H a adquirir ferramentas mais eficazes para regular as suas emoções, o que envolve ensiná-lo a reconhecer e nomear as suas emoções, desenvolver capacidades de autorregulação, como respiração profunda ou relaxamento muscular, e aprender estratégias de enfrentamento saudáveis, como a resolução de problemas ou a busca de apoio social. Ao aprender a regular as suas emoções de maneira adaptativa, H pode experimentar um equilíbrio emocional mais adequado, o que é essencial para o seu bem-estar emocional e desenvolvimento saudável.

É crucial compreender os problemas associados e confiar nas capacidades da criança e nas condições ambientais adequadas para promover a mudança terapêutica. O terapeuta deve evitar a aplicação excessiva de testes psicológicos e diagnósticos rígidos, concentrando-se na compreensão profunda dos comportamentos da criança (Belém, 2000). Apesar de, em geral, H demonstrar colaboração com as regras estabelecidas durante as sessões, houve momentos desafiadores que requereram a reiteração das regras. As sessões apresentaram evolução positiva, embora tenham ocorrido oscilações comportamentais.

Os relacionamentos que a criança mantém são cruciais para seu desenvolvimento e bem-estar, contribuindo para uma maior harmonia consigo mesma, com o ambiente e com os outros (Rogers, 1980). Manter relacionamentos positivos e saudáveis com figuras de referência, pares e agentes educativos, é fundamental para atender às necessidades da criança.

Quando a criança percebe a relação terapêutica como segura e acolhedora, tornam-se possíveis mudanças comportamentais (Hipólito, 2011). Um ambiente onde a criança se sente compreendida e não julgada ajudou a estabelecer uma relação de confiança como H, proporcionando um espaço seguro para compartilhar experiências e situações. A Ludoterapia desempenhou um papel significativo na construção dessa relação terapêutica e na evolução do processo.

Neste caso, percebeu-se, ainda, a incidência da herança familiar e dos estilos parentais na educação de uma criança pode ser profunda e significativa. As interações e experiências familiares, tanto positivas quanto negativas, moldam a forma como uma criança percebe o mundo e desenvolve as suas próprias respostas a diferentes situações. O relato de H sobre o pai bater nele e no irmão mais novo, evidência uma dinâmica familiar complexa e preocupante. O comportamento agressivo ou punitivo do pai pode afetar consideravelmente a percepção de H sobre autoridade, disciplina e até mesmo de autoestima. Essas experiências podem moldar a maneira como ele interage com os outros, expressa emoções e lida com conflitos. Além disso, os estilos parentais têm um papel crucial no desenvolvimento da criança e, por isso, se a abordagem disciplinar dos pais é baseada na violência ou punição física, isso pode criar um ambiente onde a criança aprenda a resolver conflitos pela agressão ou a perceber a violência como um método aceitável para resolver problemas. Isso pode ter efeitos profundos no desenvolvimento emocional e comportamental de uma criança. Por outro lado, uma abordagem educacional baseada no respeito mútuo, comunicação aberta e técnicas de disciplina positiva pode ajudar a criança a desenvolver habilidades sociais, a regular emoções e a aprender a resolver conflitos de forma construtiva. No caso específico de H, parece haver um impacto significativo do ambiente familiar no seu comportamento. A exposição à violência pode afetar negativamente o seu bem-estar emocional e o seu comportamento.

Isso destaca a importância de intervenções adequadas não apenas para H, mas também para a família como um todo, oferecendo apoio emocional, orientação e, quando necessário, encaminhamento para profissionais especializados em lidar com questões familiares.

Concluindo, ao aplicar a abordagem centrada na pessoa na intervenção com H e ao considerar o livro "Auto-Organização e Complexidade" de João Hipólito (2011), foi possível explorar como os conceitos de auto-organização e complexidade ajudam a entender e a facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem infantil.

A auto-organização pode ser vista no desenvolvimento natural das crianças, onde elas aprendem e crescem através das suas próprias experiências, em vez de serem moldadas exclusivamente por influências externas. Isto é alinhado com a ideia de Rogers (2004) de que os indivíduos têm uma capacidade inata para o crescimento e desenvolvimento pessoal, o que é especialmente relevante no contexto infantil. Um ambiente terapêutico que apoie a auto-organização pode ser crucial para as crianças, pois um terapeuta com a abordagem centrada na pessoa fornece um ambiente de aceitação empática, congruência, que são essenciais para que as crianças se sintam seguras para explorar e reorganizar as suas experiências internas e percepções de mundo (Hipólito, 2011).

Mencionar ainda sobre a complexidade de como as crianças lidam com experiências variadas e muitas das vezes contraditórias, a terapia centrada na pessoa permite que as crianças integrem essas experiências de maneira significativa, promovendo desta forma, uma visão mais holística e integrada do seu próprio desenvolvimento. É de elevada importância reconhecer e validar a complexidade e singularidade de cada criança na terapia. A teoria da auto-organização pode ajudar a ilustrar como cada criança é um sistema complexo com as suas próprias trajetórias de crescimento e mudança, necessitando de uma abordagem terapêutica que seja flexível e personalizada (Hipólito, 2011).

A teoria psicoafetiva de Hipólito (2011) foca na integração entre os processos emocionais e cognitivos no desenvolvimento humano. Esta teoria sugere que as emoções não apenas influenciam, mas também são moldadas por nossas cognições, comportamentos e interações sociais ao longo da vida. Segundo Hipólito, as experiências afetivas iniciais têm um papel crucial na formação da personalidade e dos padrões de comportamento adulto.

Ao relacionar a teoria psicoafetiva com a abordagem centrada na pessoa de Rogers (2004), podemos observar paralelos significativos, especialmente na valorização da experiência emocional como central para o desenvolvimento pessoal e terapêutico. Rogers enfatiza a importância de um ambiente terapêutico caracterizado por empatia, congruência e aceitação incondicional, que são essenciais para promover a autoexploração e a mudança psicológica.

A teoria de Hipólito (2011) complementa isso ao elucidar como a capacidade de integrar e regular emoções pode ser desenvolvida e refinada em um contexto terapêutico que respeita e acolhe a complexidade emocional do indivíduo. A abordagem centrada na pessoa,

ao oferecer esse ambiente de suporte, facilita a auto-organização afetiva do cliente, permitindo-lhe alcançar uma maior congruência entre suas experiências internas e sua expressão externa.

Sendo que o objetivo principal das consultas de acompanhamento psicológico é promover a confiança e autonomia da criança, proporcionando um ambiente seguro para explorar e aprender sobre o seu mundo (Hipólito, 2011), acompanhar este caso permitiu compreender a complexidade de trabalhar com crianças e a importância crucial de um ambiente acolhedor e seguro, tanto na família quanto na escola, para facilitar a exploração livre e espontânea, sem críticas ou julgamentos. Essa abordagem pode levar a mudanças graduais e positivas no comportamento das crianças, contribuindo para ensiná-las a se comportarem de maneira mais apropriada no futuro.

Parte IV

Discussão

Nas considerações finais deste relatório, é fundamental ressaltar os pontos-chave observados ao longo de todo o caminho percorrido, com foco nas abordagens com as crianças “L” e “H”. Esta fase de encerramento permite uma visão abrangente das atividades realizadas, dos avanços notados durante as reuniões, bem como uma análise aprofundada do impacto do projeto como um todo, além de uma discussão específica dos casos clínicos dessas crianças. Esta síntese abarca não apenas o processo de intervenção, mas também a análise do desenvolvimento e evolução das estratégias terapêuticas adotadas em resposta às necessidades identificadas.

É evidente a crise que se instalou na saúde mental das crianças em geral (Pires & Martins, 2019). Essa preocupação emergiu de forma expressiva em meio a crises globais que têm afetado amplamente diversos âmbitos. Essa situação tem potencial para comprometer o desenvolvimento regular dos processos comportamentais e psicológicos e pilares essenciais para o amadurecimento das ferramentas de autorregulação. Estas competências são fundamentais para auxiliar as crianças a lidarem com as adversidades que enfrentarão ao longo da vida (Almeida, 2017).

4.1. Discussão das atividades

Durante as reuniões e atividades desenvolvidas, houve uma abordagem dedicada e focada na compreensão das necessidades individuais das crianças.

As sessões iniciais, com as crianças e com as educadoras, como a observação em contexto de sala, foram estruturadas de forma a abordar as dificuldades comportamentais e emocionais identificadas. A exploração destes contextos permitiu uma análise mais detalhada dos desafios enfrentados por cada criança, facilitando a elaboração de estratégias específicas para melhorar o comportamento e, promover um ambiente mais propício ao seu desenvolvimento saudável.

Estes momentos de observação e de atividades em contexto de sala, proporcionaram um ambiente seguro e acolhedor para as crianças explorarem as suas emoções e comportamentos, sendo que as atividades eram diversificadas e adaptadas às necessidades específicas de cada criança, visando promover a expressão emocional, o desenvolvimento de habilidades sociais e a gestão adequada das suas emoções. Através de jogos, expressão artística, e outras dinâmicas, em conjunto com as educadoras foram introduzidas estratégias

práticas para lidar com a frustração, promover a atenção e auxiliar no desenvolvimento de habilidades de autorregulação emocional.

A colaboração entre todos (estagiária, psicóloga da instituição, educadoras e Diretora), foi fundamental para identificar as áreas de intervenção necessárias, bem como para implementar abordagens adaptadas e soluções práticas para lidar com os desafios observados.

Durante as reuniões, houve um foco particular na troca de informações e na partilha de estratégias para lidar com os desafios comportamentais das crianças. Esses encontros foram oportunidades valiosas para discutir casos específicos, identificar padrões de comportamento e explorar abordagens que pudessem ser implementadas em sala de aula. A colaboração entre os diferentes membros da equipa permitiu a criação de um plano de intervenção mais abrangente e adaptado às necessidades individuais das crianças. Assim sendo, considero que estas reuniões foram essenciais para alinhar estratégias e garantir uma abordagem consistente e colaborativa no suporte às crianças.

Sem dúvida que as reuniões e as atividades, sobretudo a observação em contexto de sala de aula, foram um ponto-chave no estabelecimento de estratégias personalizadas para cada criança, proporcionando uma abordagem mais holística e centrada no indivíduo para o apoio ao desenvolvimento infantil.

4.2. Discussão do projeto

Durante o primeiro semestre do estágio, concebi o projeto "Intervenção em Contexto Estágio na Educação Pré-Escolar", uma abordagem abrangente e colaborativa destinada a lidar com as necessidades comportamentais e emocionais das crianças, focada no apoio ao desenvolvimento infantil. Este projeto foi estruturado para envolver diferentes componentes, incluindo reuniões para discutir casos específicos, planejar estratégias e alinhar abordagens para melhorar o ambiente escolar. Ademais, este projeto sugere a implementação de atividades direcionadas especificamente para as crianças "L" e "H" durante as sessões, adaptadas para auxiliá-las na expressão de emoções, desenvolvimento de competências sociais e aprendizagem de estratégias de autorregulação, como as técnicas de desativação psicofisiológica utilizadas.

É importante observar que, até o momento, o projeto permanece uma sugestão de melhoria, não sendo implementado pela instituição. As atividades e estratégias propostas

foram concebidas para atender às necessidades individuais de cada criança, contribuindo para a criação de um espaço seguro e acolhedor. Ao longo do estágio, embora o projeto não tenha sido implementado, verificou-se uma melhoria gradual no comportamento das crianças, especialmente na capacidade de manter a atenção durante as atividades, e um interesse mais consistente em participar ativamente, é necessário destacar que a implementação completa do projeto ainda não ocorreu.

Concomitantemente, observou-se uma evolução no controle das emoções das crianças, refletindo uma maior capacidade de lidar com frustrações e desafios, resultando em uma redução dos comportamentos desadequados. Isso impactou positivamente o ambiente de transição entre as atividades, tornando-o mais tranquilo e cooperativo. No entanto, é fundamental ressaltar que o projeto não foi totalmente implementado.

Em conclusão, embora o projeto permaneça como uma sugestão de melhoria, as observações feitas durante a implementação parcial indicam uma evolução positiva no comportamento das crianças. Esta experiência não apenas destacou a eficácia potencial das intervenções propostas, mas também proporcionou uma valiosa oportunidade de aprendizagem e crescimento profissional. A análise crítica das estratégias propostas e a interação com diversos profissionais no projeto enriqueceram minha compreensão das dinâmicas emocionais, comportamentais e sociais que influenciam o desenvolvimento infantil, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento como psicóloga.

4.3. Discussão clínica dos casos apresentados

Atualmente, têm sido estudados vários fatores que podem influenciar o desenvolvimento das crianças, podendo ser considerados como fatores de risco ou de proteção. Esses fatores são diversificados e podem afetar diferentes aspectos do desenvolvimento infantil.

No que diz respeito aos fatores de risco, conforme discutido por Brand et al. (2019), estes podem estar associados às próprias características da criança, como dificuldades escolares, uso de estratégias inadequadas de enfrentamento e comportamentos desajustados. Além disso, variáveis do contexto familiar, conforme observado por Georgious & Symeou (2018), como características dos pais, modelos de parentalidade e interações familiares, também podem representar riscos para o desenvolvimento infantil. Por fim, fatores do

contexto social, como desvalorização, críticas constantes, agressão e rejeição em contextos escolares, conforme apontado por Buchanan (2014), também podem influenciar negativamente o desenvolvimento da criança.

Por outro lado, os fatores de proteção, como destacado por Georgious & Symeou (2018), incluem características da criança que indicam um desenvolvimento saudável, como realização escolar e interpessoal, e comportamentos ajustados, como regulação emocional e habilidades de relacionamento. Além disso, fatores do contexto familiar, como comunicação positiva entre pais e filhos e ambientes familiares seguros e estáveis, conforme observado por Georgious & Symeou (2018), podem atuar como proteção para o desenvolvimento infantil. Da mesma forma, ter uma rede de suporte social saudável e participar de atividades extracurriculares prazerosas, conforme discutido por Buchanan (2014), também pode mitigar os efeitos dos fatores de risco e promover um desenvolvimento adaptativo e saudável da criança.

O desenvolvimento infantil não ocorre sempre de forma constante e linear, por vezes, ocorrem dificuldades nesse processo, como é natural, e podem surgir incoerências entre o *self* organísmico da criança e o *self* percebido. Ou seja, a criança pode perceber que nem tudo o que ela quer/precisa é totalmente bem aceite pelos pais/tutores (Brites, 2006), isto faz com que a criança mude algumas das suas percepções de acordo com aquilo que as suas figuras aceitam e idealizam, de modo a não perder o carinho e amor, o que se dá o nome de condicional positiva que advém da “manutenção das condições de valor” (Hipólito, 2011, p.153). O que faz com que a criança não consiga experienciar uma atitude que antes era percebida como positiva para si, sem se deixar influenciar pelas condições exteriores, independentemente daquilo que o seu organismo quer e/ou necessita (Rogers & Kinget, 1977). Se a criança se guiasse pela sua avaliação plena daquilo que sente, sem ser influenciada por fatores externos, havia a possibilidade de criar um equilíbrio na satisfação daquilo que é percebido como as suas necessidades, conseguindo desta forma avaliar quais é que são as experiências mais satisfatórias para si e ao longo do tempo alterar os seus comportamentos de forma voluntária. Isto seria possível com a experiência da criança de sentimentos de aceitação por parte das suas figuras (Rogers & Kinget, 1977). Isto leva a que o *self* da criança seja colocado em causa, perdendo o seu estado de integração, uma vez que a avaliação das experiências que a rodeiam se tornam condicionadas e a noção do *seu self* começa a integrar elementos deformados que não fazem uma correta leitura das experiências

assim como as experiências não vão fazer parte da noção que a criança tem do seu *self*. Desta forma deixa de funcionar de forma unificada/organizada, pois integra em si características diferentes que não vêm da sua concepção e conseqüentemente, essas mesmas experiências vão ameaçando a sua estrutura do *self*, começando a criança a entrar em conflito e para que a sua estrutura seja conservada, começa a adotar mecanismos de defesa e esse estado de incoerência leva a tensões e desequilíbrios na criança (Rogers & Kinget, 1977).

Há ainda estudos que afirmam que os muitos dos problemas de ajustamento das crianças, são mais acentuados e mais verificados em crianças cuja relação parental tem um funcionamento pouco ajustado. Quando existem conflitos parentais, há conseqüências negativas e graves no desenvolvimento, o que leva a resultados desfavoráveis no sistema escolar, problemas ao nível do ajustamento, problemas de relacionamentos sociais e maior reatividade por parte das crianças (Papp, Goeke-Morey, & Cummings, 2004). Foi realizado um estudo a 2200 famílias, que teve evidência científica no que concerne à possibilidade de existirem problemas comportamentais e emocionais nas crianças, quando os pais se mostram hostis com as mesmas e não manifestam uma relação afetiva (Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito e Nicholson, 2013). As áreas da linguagem e motricidade fina estão diretamente relacionadas com a responsividade materna e com falta de estimulação cognitiva proveniente da figura materna (Ribeiro, Perosa & Padovani, 2014).

A PHDA, neste caso em concreto, encontra-se categorizada no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (versão, ano) como uma perturbação do neurodesenvolvimento, manifestando-se, geralmente, em fases desenvolvimentais mais precoces, como é o caso da infância. É uma condição que representa conseqüências nas diferentes áreas da vida da criança, nomeadamente social, familiar, intrapessoal e escolar, através de padrões de comportamento caracterizados por impulsividade e/ou falta de atenção (APA, 2014). A experiência em consultório possibilita verificar a incidência da perturbação num grande número de crianças, em que se torna possível verificar que a estruturação neurodinâmica da atenção apresenta vários comprometimentos, levando à verificação de quadros clínicos específicos, cumpridores dos critérios da perturbação PHDA (APA, 2014).

Não deve haver uma fixação ao diagnóstico feito à criança, pois isso põe em causa a aceitação incondicional positiva do psicólogo ou das outras pessoas (Bozarth, 1998/2002). Deve se ter em conta todo contexto familiar da criança ao invés de uma fixação pelo seu diagnóstico, pois essa “categorização” tem como intuito a que o psicólogo perceba melhor o

sofrimento da criança e para guiá-la no melhor caminho para a sua autonomia através das capacidades intrínsecas que a criança dispõe (Brites & Pires, 2008), todo este processo deve ser complementado com as várias perspetivas, a médica, comportamental, educativa, emocional e a social para um melhor ajustamento da criança (Pereira & Fernandes, 2001). Na vertente médica, destaca-se a farmacologia, diretamente ligada às perturbações de desenvolvimento infantil. No entanto, a prescrição de fármacos não corre sempre bem, em algumas situações, o tratamento é feito de forma contínua e pouco sustentada nos critérios. Pode haver uma prescrição que não estando ajustada provoca alteração nos comportamentos e provoque efeitos secundários adversos (Pereira & Fernandes, 2001). Torna-se por isso fundamental perceber qual o grau de gravidade da perturbação e o impacto que a mesma exerce e nos vários contextos que a criança está inserida (social, escolar, familiar, etc.), uma vez que todas as crianças têm as suas particularidades, em que umas conseguem adotar estratégias para diminuir os efeitos dos fármacos e outras ficam em risco pelas contraindicações dos mesmos (Pereira & Fernandes, 2001). Muitas vezes, para que não haja a administração destes fármacos e consequentemente as contraindicações associadas aos mesmos, são administradas terapias menos evasivas, como por exemplo a ludoterapia, que embora possam levar algum tempo a terem resultados, conseguem ter melhorias nas crianças com este tipo perturbações.

Posto isto e, sabendo que projeto e todo o caminho percorrido, envolveram estratégias de intervenção psicológica em crianças com dificuldades comportamentais, como os casos específicos do L e de H, tecem-se algumas conclusões finais sobre os casos clínicos apresentados.

Foram desenvolvidas abordagens terapêuticas e recreativas para lidar com questões como desatenção, agitação, dificuldades emocionais e comportamentos desajustados. O L apresentava problemas de concentração e comportamentos agitados, enquanto o H enfrentava desafios emocionais e comportamentais. Durante a intervenção foram aplicados testes psicométricos para avaliar a possível existência de hiperatividade e défice de atenção, as suas aptidões para a aprendizagem escolar, a agitação motora presente, as dificuldades intelectuais e os comportamentos agressivo de L, enquanto, com H, foram desenvolvidas atividades lúdicas e recreativas para ajudá-lo a controlar as emoções e o comportamento. Estes casos foram parte integral do projeto, onde foram aplicadas intervenções específicas e estratégias

adaptadas às necessidades de cada criança, visando melhorar seu comportamento, interação social e desenvolvimento emocional.

Ao realizar avaliações em L, conseguimos obter uma compreensão mais detalhada e objetiva de suas capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais. A análise desses testes proporcionou insights valiosos sobre o funcionamento de L em várias áreas do desenvolvimento infantil. Esta avaliação permitiu identificar pontos fortes e áreas que exigem maior atenção no desenvolvimento de L e, por isso, compreendemos melhor as suas competências cognitivas, emocionais e até a sua forma e estilo de aprendizagem. Estas informações foram fundamentais para orientar a intervenção terapêutica e educacional de forma mais precisa e personalizada. Além disso, o facto de se ter recorrido a instrumentos específicos (“*Bar Ilan*”; “*Matrizes de Raven*”; “*Pré-Escolar*” e o “*EDAH*”), conseguiu-se uma base sólida para o estabelecimento de metas terapêuticas realistas e mensuráveis o que, consequentemente, possibilitou o acompanhamento do progresso de L ao longo do tempo, permitindo ajustes nas estratégias de intervenção conforme suas necessidades específicas. É importante mencionar que com L, conseguiu-se uma abordagem precisa e eficaz, considerando suas características individuais e potenciais. Em suma, o facto de se ter recorrido a instrumentos específicos, estes desempenharam um papel fundamental no processo de compreensão e intervenção em L, fornecendo informações valiosas para promover o seu desenvolvimento integral e bem-estar emocional.

Com base nas atividades lúdicas e recreativas desenvolvidas com H, já foi possível observar uma evolução significativa em várias áreas do seu comportamento e bem-estar emocional. Através dessas atividades, foi possível promover um ambiente terapêutico mais acolhedor e estimulante, proporcionando a H um espaço para expressar as suas emoções e desenvolver competências sociais e emocionais. Durante as sessões, percebeuse uma melhoria gradual na capacidade de concentração e atenção de H, sendo que as atividades estimularam a sua interação social, facilitando a expressão de sentimentos e pensamentos pelo meio do brincar. H demonstrou maior controle emocional ao lidar com situações desafiadoras durante esses momentos, o que sugere um progresso positivo em seu desenvolvimento socioemocional. Estas atividades proporcionaram momentos de diversão, mas também foram estratégias terapêuticas eficazes para auxiliar H a lidar com as suas emoções e comportamentos desafiadores. O ambiente lúdico e acolhedor criado nessas atividades permitiu que H se sentisse mais à vontade para expressar as suas preocupações e dificuldades,

contribuindo para uma relação terapêutica mais sólida e de confiança. Em suma, as atividades lúdicas e recreativas desempenharam um papel crucial no apoio ao desenvolvimento emocional e comportamental de H, fornecendo-lhe ferramentas importantes para lidar com as suas emoções e interações sociais. O uso dessas estratégias terapêuticas demonstrou ser eficaz na promoção do bem-estar de H e na construção de uma base sólida para seu crescimento emocional e social.

Concluindo, tanto L como H apresentaram desafios e necessidades únicas no contexto de acompanhamento psicológico. Apesar das diferenças nas abordagens, ambos os casos ilustram a importância da personalização no acompanhamento psicológico. Adaptar as estratégias de intervenção às necessidades individuais de cada criança é crucial para promover seu desenvolvimento emocional, social e cognitivo de maneira eficaz. Ambos os casos enfatizam a relevância de uma abordagem holística na avaliação e intervenção psicológica infantil, pois compreender as nuances individuais de cada criança, as suas competências, desafios e necessidades específicas é essencial para oferecer suporte psicológico eficaz e promover um desenvolvimento saudável e equilibrado.-

4.4. Conclusão

Após o término deste relatório e do estágio curricular, é fundamental refletir profundamente sobre toda a experiência vivida, os conhecimentos adquiridos e o impacto que esta experiência teve tanto no meu crescimento profissional quanto no pessoal.

Mas, antes demais, considero importante reforçar a presença dos Psicólogos na Educação, nomeadamente na implementação de estratégias de prevenção, intervenção e promoção da saúde psicológica, sendo este um dos contextos com maior potencial para a realização deste tipo de ações (Ordem dos Psicólogos, 2019). Além disso, segundo a

Ordem dos Psicólogos (2019, p.4), “o contributo da Psicologia e das/os Psicólogas/os a nível escolar passa por uma resposta custoeffective a um amplo e diversificado conjunto de problemas (...), mas também pela conceção e implementação de programas de Saúde Escolar focados na prevenção e promoção da Saúde Psicológica, com resultados positivos, estáveis e duradouros no desenvolvimento saudável e no bem-estar de crianças”.

O trajeto deste estágio foi marcado pelos desafios, por momentos de exaustão e aprendizagens diárias, o que é expectável quando se trabalha com crianças. Contudo, foi

altamente gratificante, principalmente por se tratar da população com a qual pretendo atuar no futuro próximo, dada a minha profunda atração por essa área. Esta etapa proporcionou um ganho considerável de autonomia, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos até então adquiridos apenas de forma teórica, embora essa transição tenha gerado algumas inseguranças, algo comum no percurso de aprendizagem, mas que acredito se dissipará gradualmente com a prática profissional contínua.

Ao longo deste estágio, pude desenvolver diversas atividades de forma autônoma, sempre com supervisão, como detalhado neste relatório. Essas experiências permitiram a aquisição de ferramentas e conhecimentos valiosos, enriquecendo significativamente a minha base enquanto futura profissional de psicologia. Além disso, a participação nas aulas de Seminário na universidade foi de extrema importância, pois propiciou o suporte necessário para entender como aplicar na prática o conhecimento teórico adquirido nos anos anteriores, especialmente nos momentos de maior incerteza. Esses momentos foram essenciais para minha aprendizagem e troca de experiências.

Destaco também a oportunidade de integrar uma equipa multidisciplinar, da qual pude extrair aprendizagens valiosas que levarei para minha prática profissional. As vivências compartilhadas foram ricas em aprendizagens, abrangendo diversas áreas de atuação. Acredito firmemente que um trabalho em equipa unificado proporciona resultados mais satisfatórios para todos os envolvidos.

Porém, uma das dificuldades enfrentadas durante o estágio foi a gestão do tempo, que muitas vezes foi limitado devido à divisão entre horários de trabalho, estágio, aulas, elaboração deste relatório e vida pessoal. Apesar disso, olhando retrospectivamente, foi um percurso árduo, mas extremamente gratificante por ter conseguido cumprir com os objetivos propostos. Considero que uma melhor organização do tempo me poderia ter proporcionado uma maior dedicação a determinadas atividades. Assim, olhando para o futuro, sugiro a continuidade do aprimoramento em áreas específicas, como a gestão do tempo e a aplicação prática de estratégias pedagógicas. Recomendo também uma maior abertura para estágios com maior carga horária para uma experiência mais profunda e aprofundada no contexto prático da psicologia infantil.

Mais concretamente, em relação ao caso "L", a avaliação com testes psicométricos permitiu uma compreensão mais detalhada das necessidades, embora tenha sido limitada pela

dificuldade de colaboração e interação. Sugiro, para futuras intervenções, estratégias alternativas de avaliação – como o uso de tecnologia, onde haja acesso a aplicativos e softwares específicos projetados para avaliar e treinar as competências de atenção e autocontrole - que se adaptem melhor ao perfil e às condições de “L”, bem como um foco na construção de uma relação terapêutica mais sólida para permitir uma participação mais ativa de “L”. Quanto ao caso de “H”, as atividades lúdicas e recreativas pareceram ser eficazes na promoção de um comportamento mais adequado, mas identificaram-se desafios significativos relacionados ao controle das emoções e comportamentos agressivos. Recomenda-se, para futuras intervenções, uma abordagem mais ampla e holística, que envolva não apenas atividades recreativas, mas também técnicas específicas de regulação emocional e gestão de comportamento, como a identificação de emoções, que consiste em ensinar as crianças a identificar e a nomear as suas próprias emoções, bem como o uso de espaços calmos, onde a criança possa ir para se acalmar, com brinquedos sensoriais e almofadas para criar algum conforto. Isto pode ocorrer, possivelmente, em colaboração com os pais ou responsáveis, visando um suporte contínuo e mais abrangente. Por outras palavras, evidencia-se a importância de trabalhar com o sistema e não apenas com o indivíduo que manifesta o problema. Muitas vezes, os desafios enfrentados por uma criança são reflexos de dinâmicas familiares, sociais ou ambientais mais amplas. Portanto, uma abordagem sistêmica, que considera o contexto em que a criança está inserida, é essencial para uma intervenção eficaz e duradoura. Isso implica não apenas focar nas atividades recreativas, mas também em técnicas específicas de regulação emocional e gestão de comportamento, em colaboração com os pais ou responsáveis.

Dessa forma, pode-se oferecer um suporte contínuo e abrangente, abordando não apenas o problema individual, mas também os aspetos sistêmicos que contribuem para ele. Essa abordagem sistêmica é claramente evidenciada na análise e discussão de casos clínicos, reconhecendo que o problema pode afetar todos os membros do sistema familiar e não apenas um indivíduo isolado.

Além disso, estes casos evidenciaram a importância da adaptação das estratégias de intervenção de acordo com as necessidades individuais de cada criança, considerando suas dificuldades específicas e a dinâmica familiar. Apesar das limitações encontradas, as experiências proporcionadas por esses casos contribuíram significativamente para a

aprendizagem e ofereceram insights valiosos para futuras práticas clínicas, destacando a importância da flexibilidade e adaptação na psicologia infantil.

Além disso, durante o estágio, foi possível desenvolver diversas competências alinhadas aos objetivos estabelecidos. Aprendi sobre o papel do psicólogo na intervenção com crianças, aplicando princípios teóricos na prática clínica. Realizei avaliações psicológicas detalhadas e desenvolvi planos de intervenção personalizados para crianças com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção. Além disso, implementei atividades lúdicas e recreativas para promover o desenvolvimento cognitivo, social, emocional e motor das crianças pré-escolares, adaptando-as conforme necessário. O monitoramento regular do progresso permitiu ajustes contínuos nos planos de intervenção. Essa experiência contribuiu significativamente para minha formação profissional, proporcionando uma visão mais integrada e adaptativa na intervenção com crianças.

Resumindo, o estágio foi um período de intenso desenvolvimento e aprendizagem, marcado pela primeira experiência no mundo real da psicologia. Essa vivência será fundamental como base para minha preparação pessoal e profissional para o próximo estágio, agora no âmbito profissional, sob a supervisão da Ordem dos Psicólogos. Assim, que a perspectiva de intervenção e os contributos teórico-práticos adquiridos me proporcionaram uma visão mais abrangente e aprofundada da prática psicológica, especialmente no contexto de intervenção com crianças.

Referências Bibliográficas

- Abramson, A. (2002). *Children's mental health is in crise. 2022 trends report*. American Psychological Association.
- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares uma visão sistémica*. Quarteto Edidora.
- Almeida, J. M. C. & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas. https://www.mgfamiliar.net/wpcontent/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Almeida, I. (2017). *Emoções – Um projeto para o desenvolvimento socioemocional em idade pré-escolar*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/83924>.
- Almeida, C. M. dos M. F. (2012). *Alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção: Intervenção educativa* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona]. Repositório Científico da Lusófona. <https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/3245>
- Amaral, S. M. (2014). *Promovendo a regulação emocional em crianças do 1º ciclo do ensino básico: um programa de competências emocionais e sociais* [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. <http://hdl.handle.net/10400.3/3358>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* [DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders]. Climepsi Editores.
- Andrade, S., Santos, D., Bastos, A. Pedromônico, M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública*, 39(4), 606-611.

- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos. Da Hiperatividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. Verso da Kapa.
- Arándiga, A. V., & Tortosa, C. V. (2004). *Inteligência Emocional: aplicaciones educativas*. Editorial Eos.
- Axline, V. M. (2013). *Play Therapy - The Inner Dynamics of Childhood*. Canada: Hesperides Press. (Originalmente publicado em 1947).
- Azevedo, M. L. & Xavier, M. C. (2022). Conhecimento, Recomendação e Uso de Mindfulness por Psicólogos Clínicos Brasileiros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-18.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/stgh5KtZkQsM8N8VtKGbRrc/?format=pdf&lang=pt>
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 149-59.
- Barkley, R. A. (2009). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Artmed.
- Batista, H. H. V. & Noronha, A. P. (2018). Instrumentos de autorregulação emocional: uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 389-398.
- Beck, J. S. (2021). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Artmed Editora.
- Belém, D. (2000). *Carl Rogers: do diagnóstico à Abordagem Centrada na Pessoa*. Edições Bagaço.
- Bower, R.G.T. (1983). *Uma Introdução ao Desenvolvimento da Primeira Infância*. Moraes Editora.
- Bozarth, J. (2002). *Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário*. Edial.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos – Saúde mental e educação*. (2 nd ed.). Coisas de Ler.
- Brand, J., Moore, R., Song, X., & Xie, Y. (2019). Why does parental divorce Lower children's education attainment? A causal mediation analysis. *Sociological Science*, 6, 264-292.

- Bratton, S., Ray, D., Edwards, N., & Landreth, G. (s.d.). Child-centered play therapy (CCPT): theory, research, and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8(4), 266-281.
- Bridges, L. J., Denham, S. A. & Ganiban, J. M. (2004) Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340-345.
- Brites, R. S. R., & Pires, M. R. T. (2008). A ética e o processo de avaliação psicológica. *Anais - Série de Psicologia – Psique*, 4(4), 145 – 156.
- Buchanan, A. (2014). Risk and protective factors in child development and the development of resilience. *Open Journal of Social Sciences*, 2(4), 244-249.
- Campbell, S.B. (1995). Behaviour problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113–149.
- Cardoso, C. I. (2013). *As vivências das emoções em contexto Pré-Escolar*. Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa.
- Castañon, G. A. (2007). Psicologia Humanista: a história de um dilema epistemológico. *Memorandum*, 12, 105-124.
- Cole, M. & Cole, S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Artmed Editora, S.A.
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), 577-589.
- Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise psicológica*, 22(1), 55-64.
- Coutinho, P. C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2nd ed.). Almedina.
- Cury, B., Lopes, L., & Linhares, D. (2012). Abordagem Centrada na Pessoa: diretividade na perspectiva do cliente. *Psique*, 8, 9-35.

- Delatorre, M. Z., Santos, A. S., & Dias, H. Z. J. (2011). O normal e o patológico: Implicações e desdobramentos no desenvolvimento infantil. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 317-326.
- Del Prette A., Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais: Manual Teórico-prático*. Editora Vozes.
- Diogo, A. M. (1998). *Família e escolaridade*. Colibri.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Climepsi Editores.
- Dweck, C. S. (2014). *A atitude mental para o sucesso*. Vogais. Elkins, D. N. (2019). Common factors: what are they and what do they mean for humanistic psychology?. *Journal of Humanistic Psychology*, 47, 474-500.
- Enrique, J., Heowk, H., & Huitt, W. (2007). An overview of family development. *Educational Psychology Interactive*, 2, 1-18.
- Erikson, E. H. (1976). *Infância e Sociedade*. Zahar Editores.
- Evans, S., Owens, J., Wymbs, B., & Ray, A. (2018). Evidance-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psycology*, 47(2), 157-198.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>
- Filipe, A. M. (2020). Situar a hiperatividade e déficit de atenção em Portugal: dimensões sociais, históricas e éticas de um tema emergente na saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), 1-14.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/5dSPWXq6pcpydCFSpsHDPfh/?format=pdf&lang=pt>
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Âncora Editora.
- Franco, V. (2009). A adaptação das famílias de crianças com perturbações graves do desenvolvimento-contribuição para um modelo conceptual. *Infad-International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 21(2), 25-37.

- Franco, V., & Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do Impacto da intervenção precoce no Alentejo – criança, família e comunidade*. Administração Regional de Saúde.
- Gelfand, D., Jenson, W., & Drew, C. (1988). *Understanding child behavior disorders – An introduction to child psychopathology* (2 nd ed.). Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Georgiou, S. N., & Symeou, M. (2018). Parenting practices and the development of internalizing /externalizing problems in adolescence. *Parenting: Empirical advances and intervention resources* (pp. 15-29). Retrieved from <https://doi.org/10.5772/63688>.
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D’Esposito F., & Nicholson, J. M. (2013). Maternal postnatal mental health and later emotional–behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child: care, health and development*, 40(3), 327–336.
- Greenspan, S. (2009). *A criança e o seu desenvolvimento*. Editorial Presença.
- Goodheart, C. (2010). Economics and Psychology Practice: What We Need to Know and why Professional Psychology. *Research and Practice*, 41, 189-195.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. EDIUAL.
- Itskowitz, R. & Strauss, H. (2011). *Bar-Ilan: teste de figuras para crianças*. Hogrefe.

- Jackson, Y., Alberts, F. L., Jr., & Roberts, M. C. (2010). "Clinical child psychology: A practice specialty serving children, adolescents, and their families": Correction to Jackson et al (2010). *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(3), 220.
- James, R. L., & Roberts, M. C. (2009). Direções futuras na psicologia clínica da criança e do adolescente: uma pesquisa Delphi. *Revista de Psicologia Clínica*, 65(9), 10091020.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Quarteto.
- Lima, C. B. (2015). *Perturbações do neurodesenvolvimento*. Lidel.
- Linehan, M. M., Bohus, M. & Lynch, T. R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). The Guildford Press.
- Lopes, J.A. (2003). *Problemas de comportamento, problemas de aprendizagem e problemas de “ensinagem”*. (3 nd ed.). Quarteto.
- López-López, A., Poch-Olivé, M.L., López-Pisón, J., & Cardo-Jalón, E. (2019). Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la Práctica Clínica Habitual. Estudio Retrospectivo. *Medicina*, 79(1), 68-71.
- Machado, P.; Veríssimo, M.; Torres, N.; Peceguina, I.; Santos, A. J; Rolão, T.. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*, 26(3), 463 - 478.
- Machado, L. A. & Veloso, A. (2011). O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 523-532.
<https://www.scielo.br/j/prc/a/cV7GhnkCkzw6VmLMYDQLZsn/?format=pdf&lang=pt>
- Major, S. O. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: retrato das crianças portuguesas* [Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC.
<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/17774>

- Marques, M. I., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M. J., & Monteiro, J. P. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Idade Pediátrica: papel dos cuidados de saúde primários. *Gazeta Médica*, 5(1), 28-36.
- Matos, M., Branco, J., Carvalhosa, S., & Sousa, A. (2005). *Entre pares na infância e adolescência*. Artes Gráficas.
- Matos, M., Leandro, A., Machado, M., Leal, I., Vilar, D., Gonçalves, C., Moreno, M., & Lohr, S. (2015). Novas e antigas dinâmicas familiares: influência no bem-estar dos adolescentes e seus cuidadores. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6(1), 15-34.
- Matos, M., Negreiros, J., Simões, C., & Gaspar, T. (2009). *Definição do problema e caracterização do fenómeno*. In H. C. F. C. Ferreira-Borges (Ed.), *Violência, Bullying e Delinquência (1ed.)*. Coisas de Ler Edições.
- Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil-conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar*, 25(6), 669-76.
- Mauss, I. B., Evers, C., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2006). How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 389602.
- Messias, J. & Cury, V. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencição. *Psicologia: Reflexão e Critica*, 19(3), 355-361.
- Minuchin, S. (2012). *Families and family therapy*. Taylor & Francis LTD.
- Miranda, G. & Bahia, S. (2005). *Psicologia da Educação – temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino*. Relógio D'Água.
- Moore, D., Richardson, M., Gweernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Stein, K., Rogers, M., Garside, R., Logan, S., & Ford, T. (2015). Non-pharmacological interventions for ADHD in school settings: An overarching synthesis of systematic reviews. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 1-14. <https://doi.org/10.1177/1087054715573994>

- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. Estudos de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 537-544.
- Morrison, F. J., Ponitz, C. C., & McClelland, M. M. (2010). Self-regulation and academic achievement in the transition to school. In S. Calkins & M. A. Bell (Eds.), *Child development at the intersection of emotion and cognition* (pp. 203-224). American Psychological Association.
- Moura, S. G. & Barreira, M. M. L. (2017). Agressividade infantil no contexto escolar: contribuições do psicólogo para a formação de professores. *Revista Humanidades*, 32(2), 236-249.
- Moura, M., Araújo, A., Oliveira, A. S., Ribeiro, J. P., & Rosa, C. (2018). Psicopatologia na infância: levantamento epidemiológico. *Gazeta Médica*, 5(1), 4-12.
- Mulye, T., Park, M., Neson, C., Adams, S., Irwin, C., & Brindis, C. (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45, 8-24.
- Nabavi, R. T. & Bijandi, M. S. (2012). *Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory*.
https://www.researchgate.net/publication/267750204_Bandura's_Social_Learning_Theory_Social_Cognitive_Learning_Theory
- Nunes, M. M., & Werlang, B. S. G. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. *ConScientiae Saúde*, 7(2), 207-216.
- Oliveira, P. S. (2018). A realização de um psicodiagnóstico infantil. *Psicologia. Pt*.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1258.pdf>
- Olson, S. L., & Lunkenheimer, E. S. (2009). Expanding concepts of self-regulation to social relationships: Transactional processes in the development of early behavioral adjustment. In A. J. Sameroff (Ed.), *Transactional processes in development: How*

children and contexts shape each other (pp. 55-76). American Psychological Association

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). Aviso n.º 8456/2019 – Projeto de Regulamento que Define o Ato do Psicólogo. Diário da República n.º 94/2019 – 2.ª série.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). *A intervenção dos/os Psicólogos/os no contexto educativo*.

https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/a_intervencao_dos_psicologos_em_contexto_educativo.pdf

Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 592-599.

Pagliano, P. (2012). *The multisensory handbook: a guide for children and adults with sensory learning disabilities*. Routledge

Paladino, C. E. (1983). Psicología clínica infantil. Exigencias que plantea su ejercicio. *Revista de Psicologia*, 9, 31-32.

Papp, L. M., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2004). Mothers' and fathers' psychological symptoms and marital functioning: examination of direct and interactive links with child adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 469-482.

Pereira, C., & Fernandes, A. (2001). Terapêutica Farmacológica nas Perturbações do Desenvolvimento Infantil — Generalidades. *Acta Pediatr. Port.*, 32(1), 51-5.

Pereira, M. (2008). *A relação entre pais e professores: uma construção de proximidade para uma escola de sucesso*. Universidade de Málaga.

Pires, M., Jesus, S. N., & Hipólito, S. (2009). *Estilos parentais e stress infantil*. Atas do I congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

- Pires, J. & Martins, P. C. (2019). Saúde mental e utilização de psicofármacos em crianças e jovens em regime de acolhimento residencial em Portugal – um estudo exploratório. *Configurações*, 23, 123-137.
- Plante, T. (2011). What is contemporary clinical psychology? In T. Plante (Ed.), *Contemporary clinical psychology* (pp. 3-29). Wiley & Sons. Inc.
- Pomerantz, A. (2017). *Clinical psychology: science, practice and culture* (4 ed.).SAGE.
- Ramirez, S., Flores-Torres, L., Kranz, P., & Lund, N. (s.d). Using Axline's eight principales of play therapy with mexican-american children. *Journal of instructional psychology*, 32(4), 329-337.
- Raposo, B. V. (2019). *Relação emocional, relações interpessoais e problemas de internalização na adolescência: o papel mediador do bem-estar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/28174>
- Reverendo, I. M. M. S. (2011). *Regulação emocional, Satisfação com a vida & Percepção da aceitação - rejeição parental. Estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do emotion Regulation index for children and adolescents (Erica)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/18199>
- Reyes, A. N. & Fermann, I. L. (2017), eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 49-54.
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. *Paidéia*, 24(59), 331339.
- Rogers, C. (1978). *O tratamento clínico da criança problema*. Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1939).
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin Company.

- Rogers, C. (2003). *Client-Centered Therapy*. Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Edual – Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1997). *Psicoterapia e relações humanas: Teoria e prática da terapia não diretiva*. Interlivros.
- Rohner, R., Khaleque, A. & Cournoyer, D. (2009). *Introduction to parent acceptance rejection theory, methods, evidence, and implications*. University of Connecticut, Center for the Study of Parental Acceptance and Rejection.
- Rottenberg, J. & Gross, J. J. (2003). When Emotion Goes Wrong: Realizing the Promise of Affective Science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 227-232.
- Santos, C. (2005). Abordagem centrada na pessoa: relação terapêutica e processo de mudança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 163-170.
- Santos, E. D. B., Medeiros, L. P., & Laport, T. J. (2023). O papel da psicologia positiva no desenvolvimento infantil. *Revista Mosaico*, 14(2), 276-283.
https://www.researchgate.net/publication/373697509_Papel_da_psicologia_positiva_no_desenvolvimento_infantil
- Schultz, W. (2016). Child-centered play therapy. *Reasin Papers*, 38(1), 21-37.
- Seo, C. M. P., Junior, J. C. G., & Carvalho, A. S. M. (2022). A importância das atividades lúdicas psicopedagógicas com crianças de 0 a 3 anos – uma revisão teórica. *Research Society and Development*, 11(1), 1-11.
https://www.researchgate.net/publication/357533461_A_importancia_das_atividades_ludicas_psicopedagogicas_com_crianças_de_0_a_3_anos_-_uma_revisão_teórica
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de projetos sociais: Casos práticos*. Porto Editora.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Climepsi.

- Silva, C. J. (2020). A terapia cognitiva comportamental de Beck e psicologia positiva de Seligman: um estudo comparativo das abordagens. *Pretextos*, 5(9), 103-116.
- Skinner, B. F. (2005). *Walden Two*. Hackett Publishing Company.
https://ia903106.us.archive.org/25/items/B.F.SkinnerWaldenTwoIncludingWaldenTwoRbOk.xyz/%5BB.F.Skinner%5D_Walden_Two%2C_including_Walden_Two_R%28b-ok.xyz%29.pdf
- Sousa, L. B. (2013). Psicopedagogia e escola: elementos do ontem e reflexões sobre o hoje. *Entre Textos*, (48), 2-24.
<https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/8974/1/entretextos-48.pdf>
- Stenzel, L. M. (2022). A abordagem humanista no debate da psicoterapia baseada em evidências. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 70-82.
- Swank, J., Shin, S., Cabrita, C., Cheung, C., & Rivers, B. (2015). Initial investigation of nature-based, child-centered play therapy: a single-case design. *Journal of Counselling & Development*, 93, 440-450.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Society for Research on Child Development Monograph.
- Velez, M. P. (2010). *Indisciplina e Violência na Escola: factores de risco – um estudo com alunos do 8º e 10º anos de escolaridade*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2565>
- Wall, K. (2003). Estruturas domésticas em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, 9-11.
- Webster, C. (2011). *Incredible Toddlers. A Guide and Journal of Your Toddler's Discoveries*. Promoting Toddler's Safety and Their Social, Emotional and Language Development. USA.
- Webster-Stratton, C. (2016). *The Incredible Years® Series: A Developmental Approach*.

In. M. J. Van Ryzin, K. L. Kumpfer, G. M. Fosco, & M. T. Greenberg (Eds.), *FamilyCentered Prevention Programs for Children and Adolescents: Theory, Research, and Large-Scale Dissemination* (pp. 42-67). Psychology Press.
https://www.incredibleyears.com/hubfs/The%20Incredible%20Years%20Resources%20and%20Files/WP%20Files/IY-Series_A-Developmental-Approach.pdf