



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

PSICOLOGIA CLÍNICA NA INTERVENÇÃO EM PEDAGOGIA
TERAPÊUTICA

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

Autor: Miguel Alegria Machado Alves

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Maria das Dores Pires Gomes

Número do candidato: 30003244

Março de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Quero agradecer aos meus pais e à minha família por me terem amado.

Quero agradecer a todas as outras pessoas que se cruzaram comigo na vida por me terem transformado.

Quero agradecer à UAL e a todos professores da licenciatura e mestrado, cada um trouxe uma aprendizagem diferente. Agradeço também aos colegas de curso, pela camaradagem, partilha e apoio que sempre senti.

Quero agradecer em particular à Prof.^a Doutora Ana Gomes pelo ânimo que me deu com o seu *feedback* na orientação da execução deste relatório. Essenciais foram também as suas aulas na licenciatura e mestrado, cheias de conhecimento prático inspirado pelo seu saber científico.

Quero agradecer à Prof.^a Doutora Mónica Pires pelos ensinamentos, pela partilha da experiência clínica e pelo incentivo e orientação, durante as aulas de Seminário de Estágio. Foram um apoio fundamental.

Por fim e mais importante agradeço à Susana. Pelo exemplo do que é ser psicólogo, e pela paixão à profissão. Pela biblioteca que já tinha tudo o que eu precisava e que eu nem imaginava que existia. Por toda a comida que cozinhou e todas as tarefas que realizou para e por mim. Acho que não se agradece o amor, ama-se de volta.

“Para mim, uma outra forma de aprender é confessar as minhas próprias dúvidas, procurar esclarecer os meus enigmas, a fim de compreender melhor o significado actual da minha experiência.”

(Rogers, 1985, p. 250)

Resumo

O presente relatório pretende reportar o trabalho de estágio do mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. O estágio teve a duração de nove meses, ao longo dos quais foram realizadas 447 horas de trabalho de estágio numa Instituição Particular de Solidariedade Social, direcionada para apoiar crianças com dificuldades de integração escolar e problemas de saúde mental, sem compromisso cognitivo e com idades entre os 5 e os 12 anos. A Instituição de estágio tem um modelo próprio de intervenção, a Pedagogia Terapêutica, através do qual pretende dar respostas a problemáticas da interface entre a saúde e a educação. O psicólogo clínico tem uma função essencial à Instituição intervindo através da avaliação psicológica (individual e familiar), apoio psicológico, conceptualização de caso e delineamento de intervenção. As perturbações mentais mais comuns na Instituição são a Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade, depressão infantil e perturbações disruptivas e do controlo dos impulsos. As atividades mais significativas do estágio foram a facilitação e dinamização de atividades em grupo de pedagogia terapêutica, a avaliação psicológica e o acompanhamento em apoio psicológico, a participação em reuniões de supervisão clínica, entre outras. São apresentados dois casos clínicos, com as respetivas conceptualizações, um de apoio psicológico baseado no modelo de ludoterapia centrada na criança, e outro de avaliação psicológica. A Instituição tem uma atividade relevante, alargando o leque de respostas em saúde mental disponíveis em Portugal e na prossecução do cumprimento e defesa dos direitos consagrados na Convenção sobre os direitos da Criança.

Palavras-chave: psicologia clínica, saúde mental, pedagogia terapêutica, ludoterapia centrada na criança, Convenção sobre os Direitos da Criança.

Abstract

The present report aims to document the internship work of the master's degree in Clinical Psychology and Counselling. The internship lasted for nine months, during which 447 hours of internship work were carried out in a Private Institution of Social Solidarity, aimed at supporting children with school integration difficulties and mental health problems, without cognitive impairment and aged between 5 and 12 years old. The internship institution has its own intervention model, Therapeutic Pedagogy, through which it aims to address issues at the interface between health and education. The clinical psychologist plays an essential role in the institution by conducting psychological assessment (individual and family), providing psychological support, case conceptualization, and intervention planning. The most common mental disorders in the institution are Attention Deficit Hyperactivity Disorder, childhood depression, and disruptive behavior and impulse control disorders. The most significant activities of the internship included facilitating therapeutic pedagogy group activities, psychological assessment, and psychological support, participation in clinical supervision meetings. Two clinical cases are presented, along with their conceptualizations: one involving psychological support based on the child-centered play therapy model, and the other involving psychological assessment. The institution has a significant role, expanding the range of mental health responses available in Portugal and in the pursuit of fulfilling and defending the rights enshrined in the Convention on the Rights of the Child.

Keywords: clinical psychology, mental health, therapeutic pedagogy, child-centered play therapy, Convention on the Rights of the Child.

Índice

1. Introdução	13
2. Psicologia Clínica no Contexto de Intervenção	16
2.1. Caracterização da Instituição	16
2.2. O contexto de intervenção	17
2.3. População a quem se destina a intervenção da Instituição	17
2.4. A relação entre a psicologia clínica e o contexto de intervenção	18
2.5. Ética e deontologia no exercício da psicologia clínica	19
2.5.1. Definição e objetivos da ética	19
2.5.2. Código deontológico da OPP	20
2.5.3. Dilemas éticos	24
3. Enquadramento Teórico Geral	26
3.1. Direitos das crianças, legislação, educação inclusiva, saúde mental infantil e o enquadramento da Instituição de estágio	26
3.2. Prevalência de problemas de saúde mental infantil	28
3.3. Âmbito de atuação da instituição	29
3.4. Problemas psicossociais nas crianças e insucesso escolar/dificuldades de aprendizagem	29
3.5. Perturbações mentais mais comuns na população apoiada pela Instituição	33
3.5.1. Depressão infantil	33
3.5.2. Perturbação distímica (código ICD-11: 6A72)	34
3.5.3. Perturbação de défice de atenção e hiperatividade (código ICD-11: 6A05)	35
3.5.4. Perturbações de Ansiedade (Código ICD-11: 6B)	36
3.5.5. Perturbações disruptivas do comportamento e do controlo dos impulsos (código ICD-11 6C9)	36
4. Enquadramento teórico da prática clínica	38
4.1. A Intervenção Pedagógico-Terapêutica (IPT)	38
4.2. Principais atividades propostas nos grupos de pedagogia terapêutica	41
4.3. Referencial teórico de base para a conceptualização de casos clínicos – Terapia Centrada no Cliente	44
4.3.1. Os três pilares conceptuais da Terapia Centrada no Cliente	44
4.3.2. A teoria da personalidade na terapia centrada no cliente	47
4.3.3. A teoria do desenvolvimento psicoafetivo de Hipólito	49
4.4. Ludoterapia e ludoterapia centrada na criança	51
4.4.1. História e precursores da ludoterapia	51

4.4.2.	Ludoterapia centrada na criança (L TCC).....	52
4.4.3.	Especificidades da Ludoterapia centrada na criança	54
4.4.4.	Eficácia da Ludoterapia centrada na criança.....	55
4.5.	Integração de modelos – Pedagogia Terapêutica e Abordagem Centrada na Pessoa	57
5.	Objetivos de estágio	58
5.1.	Objetivos Gerais	58
5.2.	Objetivos Específicos	58
6.	Atividades de Estágio.....	60
6.1.	Trabalho Clínico –Acompanhamento individual em apoio psicológico e avaliação psicológica	67
6.1.1.	Caso clínico I – António - Acompanhamento individual em apoio psicológico	67
6.1.2.	Descrição do caso.....	67
6.1.3.	Descrição do Processo	75
6.1.4.	Conceptualização clínica do caso	82
6.1.5.	Caso clínico II – Luís - Avaliação Psicológica	91
6.1.6.	Enquadramento teórico das provas psicológicas aplicadas.....	91
6.1.7.	Descrição do caso	95
6.1.8.	Descrição dos resultados da avaliação psicológica	103
6.1.9.	Conceptualização clínica do caso	110
7.	Considerações finais e conclusões	121
8.	Referências.....	126

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Atividades de estágio, respectivos objetivos e n.º de horas de estágio dedicadas

Tabela 2 - Objetivos específicos ordenados por número de horas de estágio dedicadas

Índice de Figuras

Figura 1. Genograma do António

Figura 2. Genograma do Luís

Índice de Anexos

Anexo I – Cronograma das atividades de estágio

Anexo II – Esquema resumo da conceptualização de caso do António

Anexo III – Esquema resumo da conceptualização de caso do Luís

Anexo IV – Consentimentos informados

Índice de Abreviaturas

ACP -Abordagem Centrada na Pessoa

APT – Apoio Pedagógico-Terapêutico – Utiliza-se quando se refere à participação de uma criança na intervenção mais característica da Instituição.

CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DALY - Disability-Adjusted Life Years

ESP – Equipas de Saúde Escolar

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças 11^a revisão

ELI – SNIPI - Equipa Local de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

ESE – Equipa de Saúde Escolar

ICD-11 – International Classification of Diseases 11th revision

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IPT – Intervenção Pedagógico-Terapêutica – Utiliza-se para designar, de forma geral e abrangente a intervenção mais característica da Instituição.

HTP – Teste Casa - Árvore - Pessoa (*House - Tree – Person*)

MPR-S - Matrizes Progressivas de Raven – Standard

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PDAH - Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade de acordo com OMS (2023)

PT - Pedagogia Terapêutica

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire*

TA -Tendência Atualizante

TAT - Teste de Apercepção Temática - *Thematic Apperception Test*

TCC – Terapia Centrada no Cliente

1. Introdução

O estágio curricular constitui um importante componente do processo de formação académica e profissional que permite ao aluno a participação em situações reais e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no curso de mestrado. Foram realizadas 447 horas de trabalho de estágio entre os meses de outubro de 2022 e julho de 2023.

O estágio decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), localizada na Grande Lisboa. A Instituição foi fundada em 1975 e até 1992 funcionou como centro de saúde mental infantil e juvenil de Lisboa. Devido á reestruturação dos centros de saúde mental em 1992, pelo Dec. Lei nº. 127/92, assume nova designação e segue com um modelo de intervenção junto da criança e da família, a pedagogia terapêutica (Intervenção Pedagógico Terapêutica - IPT). Para implementar a sua intervenção a Instituição recebe apoio da Câmara Municipal, do Ministério da educação e da Segurança Social e do Ministério da Saúde.

A população alvo da Instituição é constituída por crianças referenciadas, maioritariamente pelas escolas e instituições da zona geográfica, por apresentarem alterações de comportamento, dificuldades de concentração, instabilidade e agressividade ou outras perturbações emocionais ou afetivas que impeçam a sua integração escolar. Têm idades entre os 5 e os 12 anos.

A missão e objetivos da Instituição estão definidos no sítio da internet da mesma (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022) e são:

“Proporcionar às famílias, respostas promotoras do fortalecimento da sua dinâmica de funcionamento e do seu potencial de bem-estar físico, psicológico e social;”

“Intervir nas crianças que se encontram em situação de risco, com problemáticas do foro emocional e comportamental, suscetíveis de evoluir para quadros de evidente exclusão (social, familiar, escolar e pessoal), consequente a perturbação ou disfunção psicopatológica;”

“Cooperar e articular com as diferentes entidades e profissionais implicados no trabalho com as famílias e suas crianças, no sentido de facilitar uma maior qualidade e celeridade de resposta, mantendo uma visão holística do sistema familiar.”

Os princípios gerais de atuação da Instituição no âmbito da Pedagogia Terapêutica são os enunciados por Santos (2005) como definição deste modelo de intervenção:

1. a pedagogia terapêutica é uma atitude face às crianças com problemas escolares;
2. é um método de intervenção com estas crianças;

3. é não diretiva na observação, mas diretiva na intervenção;
4. tem a duração estritamente necessária à total integração escolar da criança (Barros, 1999);
5. procura encontrar o ponto de fratura que impede a aprendizagem;
6. procura estabelecer uma relação direta e verdadeira, genuína com a criança, sendo o pedagogo-terapeuta totalmente implicado como pessoa;
7. implica que a metodologia pedagógica seja a informada pela psicologia;
8. pode ser definida como uma psicoterapia, mas é no seu fundamento uma pedagogia;
9. utiliza métodos da pedagogia para alunos com necessidades de saúde especiais;
10. é um método que deve estimular a investigação científica psicológica e pedagógica.

Estes princípios são colocados em prática por uma equipa técnica multidisciplinar que inclui técnicos de serviços social, pedagogos (educador e professor), técnicos de saúde mental (psicólogo clínico e médico pedopsiquiatra) e técnicos de reabilitação psicomotora.

Através da sua intervenção, a Instituição minimiza o impacto dos problemas de saúde mental infantil na sua área de atuação, apoiando o Estado Português na prossecução do cumprimento da Convenção sobre os Direitos da Criança (Procuradoria-Geral da República, 2008) entre outros normativos legais na área da saúde e da educação (Malho, 2022). A relação entre a elevada prevalência de problemas de saúde mental na infância e os escassos recursos públicos existentes para os minimizar e tratar (abaixo do previsto legalmente) torna preciosa a atividade da Instituição na interface da saúde com a educação (Pereira, 2022).

No presente relatório de estágio irei descrever o contexto de intervenção da instituição e a respetiva população alvo, enquadrarei a psicologia clínica e o papel do psicólogo no âmbito da atividade da Instituição. Em seguida apresentarei um enquadramento teórico geral dos temas mais relevantes para o estágio: posicionamento legal e social da atividade da Instituição, problemáticas de saúde mental mais frequentes na Instituição (Depressão infantil, Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbações de Ansiedade, Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento), e as respetivas prevalências na população geral e infantil. O relatório incluirá também um enquadramento teórico da prática clínica onde serão abordados os construtos teóricos fundamentais para a intervenção e para as análises clínicas (teoria da Intervenção Pedagógico-Terapêutica e teoria da Terapia Centrada no Cliente, incluindo a ludoterapia centrada na criança). Na secção dedicada ao trabalho de estágio, descreverei os objetivos gerais e específicos assim como as atividades realizadas, avaliando-se o respetivo cumprimento face ao previsto inicialmente. O relatório inclui ainda a descrição

detalhada de dois casos clínicos, o caso do António (acompanhamento em apoio psicológico) e o caso do Luís (avaliação psicológica). No fim de cada caso é proposta a respetiva conceptualização clínica. Para concluir o relatório apresentarei algumas considerações finais que pretendem refletir sobre a importância da aprendizagem experiencial do estágio, sobre o cumprimento dos objetivos propostos, sobre a relevância e propósito do trabalho psicológico com crianças com problemas de saúde mental.

Parte I

Contextualização do Estágio

2. Psicologia Clínica no Contexto de Intervenção

2.1. Caracterização da Instituição

O estágio decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), localizada na Grande Lisboa. A Instituição foi fundada em 1975 e até 1992 funcionou como centro de saúde mental infantil e juvenil de Lisboa, sob a alçada do ministério da saúde. Devido á reestruturação dos centros de saúde mental, em 1992, assume nova designação e torna-se associação sem fins lucrativos, através da iniciativa de um conjunto de discípulos do fundador. Rapidamente assumiu o estatuto jurídico atual de IPSS (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022).

Na sua fundação a instituição pretendia dar respostas de saúde mental a crianças cujas problemáticas não se enquadravam no ambiente hospitalar e que beneficiariam de uma instituição próxima da comunidade, que utilizasse uma metodologia adequada às necessidades das crianças. Esta nova metodologia, a pedagogia terapêutica (Intervenção Pedagógico Terapêutica - IPT), idealizada e colocada em prática pelo fundador da Instituição, teve em conta que muitas das crianças apoiadas apresentavam dificuldades emocionais, mas também dificuldades escolares, apesar de frequentemente não haver evidências de défices a nível cognitivo. A IPT fundamenta-se essencialmente na pedagogia, muito influenciada pelo movimento da escola moderna. No entanto o objetivo era intervir terapêuticamente, de acordo com o modelo psicanalítico, utilizando a relação pedagógica como instrumento privilegiado para provocar mudança terapêutica (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022; Morato, 2022).

Para implementar a sua atividade, a Instituição recebe apoio da Câmara Municipal, do Ministério da educação, do Ministério da Segurança Social, do Ministério da Saúde, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, do Banco Alimentar Contra a Fome, entre outras.

A missão e objetivos da Instituição estão definidos no sítio da internet da mesma (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022) e são:

- “Proporcionar às famílias, respostas promotoras do fortalecimento da sua dinâmica de funcionamento e do seu potencial de bem-estar físico, psicológico e social;”

- “Intervir nas crianças que se encontram em situação de risco, com problemáticas do foro emocional e comportamental, suscetíveis de evoluir para quadros de evidente exclusão (social, familiar, escolar e pessoal), consequente a perturbação ou disfunção psicopatológica;”
- “Cooperar e articular com as diferentes entidades e profissionais implicados no trabalho com as famílias e suas crianças, no sentido de facilitar uma maior qualidade e celeridade de resposta, mantendo uma visão holística do sistema familiar.”

2.2. O contexto de intervenção

A Instituição na qual o estágio decorreu possui duas áreas de atuação principais: a Intervenção Pedagógica Terapêutica (IPT) direcionada para crianças com potencial cognitivo, que por algum tipo de bloqueio emocional, afetivo ou outro demonstram ter uma insuficiente integração e desempenho escolar; e a Intervenção Familiar, trabalhando no desenvolvimento da autonomia e bem-estar das famílias, através das valências de Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) (Pereira et al., 2022). O foco da minha atuação na Instituição foi direcionado principalmente para a IPT.

A equipa técnica da Instituição é composta pelos seguintes elementos: coordenador geral, assistente social, dois psicólogos clínicos, um médico pedopsiquiatra supervisor clínico, uma psicóloga supervisora clínica familiar, uma educadora de infância, dois professores, dois psicomotricistas, um técnico administrativo, um técnico auxiliar e um cozinheiro. Em função dos projetos desenvolvidos, pode ser solicitada a colaboração pontual de outros técnicos.

2.3. População a quem se destina a intervenção da Instituição

A população alvo principal da Instituição são crianças, com idade entre os cinco anos e os 12 anos, com dificuldades significativas na integração social e escolar por apresentarem quadros de perturbações emocionais e/ou comportamentais, sem que exista outra resposta psicopedagógica na comunidade (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022).

De acordo com Pereira e colaboradores (2022) as crianças da instituição podem frequentemente ser descritas como possuindo uma curiosidade intensa mesmo que não explícita, demonstram dificuldade ou mesmo recusa em pensar sobre as próprias aprendizagens, apresentam fragilidades emocionais que se revelam através do medo e do desinvestimento em si próprios, manifestam sintomas de agressividade e instabilidade, possuem uma comunicação verbal pobre fruto de um pensamento superficial, ligado ao real e à satisfação imediata das

necessidades, pobre em fantasia e criatividade, a autoimagem desvalorizada é também frequente e possuem referências espaço-temporais pouco consistentes.

A Instituição dá também apoio a famílias com crianças em risco psicossocial que sejam sinalizadas por alguma estrutura da comunidade ou solicitem apoio diretamente. A resposta mais comum à família é o acompanhamento em sessões terapêuticas em complemento ao apoio direto à criança (Pereira et al., 2022).

2.4. A relação entre a psicologia clínica e o contexto de intervenção

De acordo com o Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses — versão consolidada (OPP, 2021b), o psicólogo clínico e da saúde é aquele que “tem reconhecida competência científica na aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas na área clínica e da saúde, nomeadamente no diagnóstico, avaliação psicológica, intervenção, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação dos seus clientes.”. Esta definição pode ser completada por Ricou (2014 citado por Faria et al., 2020) que refere que a psicologia clínica integra a teoria e prática da psicologia, com o objetivo de compreender, prever e aliviar perturbações bem como promover o desenvolvimento e a adaptação pessoal em todo o ciclo de vida humano.

Destacamos ainda as atitudes relacionais que de acordo com Faria e colaboradores (2020) o psicólogo clínico deve implementar, a compreensão empática, o cuidado incondicional positivo e a congruência.

Sendo que a atividade da Instituição de estágio é direcionada para a saúde mental e educação infantil e que a saúde mental é a área de atuação por excelência, do psicólogo clínico, este tem uma importância vital na atividade da Instituição.

As palavras de João dos Santos são elucidativas quanto ao papel do psicólogo na Instituição “A psicologia deve enriquecer-se com a experiência pedagógica como a pedagogia com a psicologia. O psicólogo deve estudar a criança no seu meio natural e não na situação artificial de laboratório. O trabalho que se propõe à criança não é fecundo se não corresponder a uma necessidade do seu desenvolvimento” (Santos, 76, citado por Barros, 1999, p. 102).

De acordo com o referido por Pereira e colaboradores (2022) a pedagogia terapêutica pressupõe a criação de um clima comunicacional e relacional de segurança e acolhimento, a observação sistemática não diretiva da experiência de vida e pedagógica da criança, a implementação de uma atitude terapêutica que explore o papel da fantasia e da vida emocional.

Os requisitos da pedagogia terapêutica ajustam-se perfeitamente às competências que o psicólogo clínico deve possuir e implementar na sua prática.

O papel do Psicólogo na Instituição materializa-se através da sua intervenção em diversos contextos dos quais destaco os seguintes:

- Implementação da observação sistemática;
- Avaliação psicológica de crianças (Observação de crianças);
- Acompanhamento psicoterapêutico individual com crianças;
- Avaliação familiar;
- Elaboração de relatórios e relatos psicopedagógicos e conceptualização de casos que partilhados em equipa coadjuvem esta na delineação da Intervenção Pedagógico Terapêutica;
- Facilitação de reuniões com as várias instituições e estruturas que intervêm diretamente com a criança, a família, a escola, os serviços de saúde, instituições comunitárias e sociais de apoio, entre outras;
- Orientação de estagiários em psicologia.

2.5. Ética e deontologia no exercício da psicologia clínica

2.5.1. Definição e objetivos da ética

De acordo com Ricou (2014), ética pode definir-se etimologicamente por modo de ser ou carácter. Esta definição pressupõe uma relação e uma apreciação dos comportamentos humanos como bons ou maus. No caso da psicologia essa relação é a do psicólogo com o seu cliente, visto como pessoa humana, única, social e relacional. Assim a ética em psicologia procura orientar os comportamentos do psicólogo, na sua relação com o cliente, com vista a promover o seu bem, através da relação interpessoal, na qual o cliente é o centro do raciocínio ético. A ética pretende ainda que as intervenções psicológicas tenham os melhores resultados possíveis.

Baseado na ética enquanto ciência e com o objetivo de ajudar a estabelecer a atividade de uma classe profissional, estipulando referências e princípios orientadores para a prática profissional, surgem os códigos de ética profissional. Estes documentos são instrumentos educacionais para os profissionais, nos quais estão definidos os melhores e mais positivos comportamentos profissionais (através de princípios aspiracionais), com vista à promoção do bem-estar da pessoa do cliente (Ricou, 2014).

Uma das vantagens da existência dos códigos de ética profissionais é a melhoria da imagem da profissão junto do público em geral, com aumento da credibilidade e confiança, potenciando assim as intervenções e a responsabilidade dos profissionais (Ricou, 2014).

2.5.2. Código deontológico da OPP

O código de ética dos psicólogos em Portugal é o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), instituição que regula a prática profissional da psicologia no país (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2021a).

Este código é constituído por um preâmbulo, no qual são definidos os objetivos do documento, a sua organização, relação com legislação aplicável entre outros aspetos, e duas secções separadas. Na primeira secção estão definidos os cinco princípios gerais (aspiracionais) que orientam os psicólogos para os ideais da intervenção psicológica. Na segunda secção estão estabelecidos os princípios específicos, regras de conduta ética específicas dos psicólogos (Faria et al., 2020).

O princípio geral A - Respeito pela dignidade e direitos da pessoa define que o psicólogo deve ter o respeito pelo outro como um valor essencial. O psicólogo não deve discriminar os seus clientes por razões que não sejam de ordem psicológica e profissional e deve trabalhar sempre promovendo a autonomia destes. O psicólogo deve ainda aceitar as decisões do cliente exercidas em racionalidade e com consciência. No âmbito deste princípio o cliente é visto como pessoa única (OPP, 2021a).

O princípio B – Competência, estabelece que o psicólogo deve atuar sempre segundo as melhores práticas técnicas e científicas e que deve envidar esforços de constante atualização profissional. Esta atualização deve ser obtida através de formação teórica e prática, supervisão e ainda através de outras atividades consideradas necessárias (por exemplo a participação num processo psicoterapêutico pessoal) (OPP, 2021a).

O princípio C – Responsabilidade refere que os psicólogos devem estar sempre cientes das consequências dos seus atos, no cliente, nos colegas e na profissão e sociedade. Devem conseguir avaliar a fragilidade dos seus clientes e atuar com vista à promoção da sua autonomia e do seu bem-estar e dos demais. O psicólogo deve ajudar todos os que necessitem dos seus serviços (OPP, 2021a).

O princípio D – Integridade, estabelece que os psicólogos devem ser íntegros, no sentido de inteireza moral, de fidelidade aos princípios éticos no raciocínio e na ação. O psicólogo deve

ainda evitar conflitos de interesses. O psicólogo não se deve deixar influenciar pelas suas motivações, crenças, preconceitos se surgirem conflitos de interesses pessoais, profissionais ou outros (OPP, 2021a).

De acordo com o princípio E - Beneficência e não maleficência, os psicólogos devem atuar defendendo os legítimos interesses do cliente, não intervindo de forma a provocar dano ou prejuízo. Este princípio estabelece que a psicologia atua ao serviço do bem-estar da pessoa, e que esta, independentemente de o cliente ser uma organização, deve ser o centro das preocupações do psicólogo (OPP, 2021a).

Os princípios específicos estabelecem regras de conduta mais determinadas e específicas. O princípio 1 - Consentimento informado, refere que a pessoa cliente deve expressar livremente a sua concordância em participar voluntariamente nos atos psicológicos para os quais o psicólogo deve fornecer todas as informações relevantes (tipo de intervenção, duração estimada, honorários, entre outras). É ainda consagrado ao cliente o direito de interromper ou terminar a intervenção. Este princípio é essencial na intervenção pois compromete também o cliente e fortalece a relação de confiança. No caso de o consentimento informado não poder ser dado pelo próprio (no caso de crianças, por exemplo) o consentimento deve ser dado pelo responsável legal (OPP, 2021a). Faria e colaboradores (2020) destacam, que no trabalho com crianças é essencial obter o consentimento de todas as partes envolvidas, crianças e seus respetivos representantes legais (habitualmente os pais). O consentimento de todos é essencial ao sucesso da intervenção. Existem ainda riscos de a intervenção psicológica ser instrumentalizada por um dos pais, para efeitos de regulação das responsabilidades parentais, o que torna essencial a obtenção do consentimento de ambos os representantes legais. Esta exigência é dispensada nos casos em que, após esgotadas as tentativas de obtenção das autorizações, a não intervenção possa ser prejudicial para a criança (Faria et al., 2020).

O princípio 2 - Privacidade e confidencialidade institui que o psicólogo tem o dever de manter a privacidade e confidencialidade de toda a informação sobre o cliente. Mesmo no caso de cliente organizacionais, a informação sobre pessoas individuais deve cingir-se ao estabelecido nos objetivos e as pessoas avaliadas devem ter conhecimento dessa avaliação. A não manutenção da confidencialidade é justificada em caso de perigo físico ou psicológico para o cliente ou para terceiros. A divulgação de informações privada e confidencial pode ser realizada caso o cliente dê o seu consentimento informado. Em situações de trabalho em equipa a informação confidencial pode ser partilhada, no entanto o cliente deve dar o seu

consentimento (OPP, 2021a). Faria e colaboradores (2020) destacam que a ocorrência de quaisquer maus-tratos a crianças ou outras pessoas vulneráveis é uma das limitações à confidencialidade. Estes autores defendem ainda que os limites da confidencialidade, no trabalho com crianças, devem ser amplamente discutidos entre todos os envolvidos, com a criança e com os respetivos representantes legais (habitualmente os pais). O objetivo é o de manter o compromisso, confiança e envolvimento dos pais na intervenção e ao mesmo tempo construir uma relação de aceitação e confiança com a criança na qual a sua privacidade seja protegida.

O princípio 3 – Relações profissionais, refere que os psicólogos devem respeitar as relações profissionais e competências específicas de outros psicólogos e de profissionais de outras áreas. Devem ainda pautar-se pela excelência no trabalho conjunto (OPP, 2021a).

No princípio 4 – Avaliação psicológica, fica patente que esta atividade é exclusiva dos psicólogos e deve ser realizada de acordo com as melhores práticas disponíveis tendo em conta os objetivos e salvaguardando a privacidade da pessoa. Os protocolos de avaliação devem ser válidos, atualizados e a sua utilização deve ser cientificamente fundamentada. Os resultados devem ser interpretados com espírito crítico e a sua devolução ao cliente deve permitir esclarecer dúvidas. Os relatórios de avaliação devem responder unicamente aos objetivos da avaliação (OPP, 2021a).

O princípio 5 - Prática e intervenção psicológicas refere que as práticas em psicologia devem estar teórica e cientificamente fundamentadas e têm sempre em vista o bem-estar do cliente, salvaguardando o consentimento informado. Os psicólogos devem ter a formação e o treino necessário às práticas que implementam. Este princípio acrescenta ainda que os psicólogos não devem estabelecer relações profissionais com quem mantenham ou tenham mantido uma relação de outra natureza. Devem ainda manter estritamente profissionais as relações com os seus clientes e pessoas próximas deste. Os honorários dos psicólogos devem ser apresentados aos clientes de forma a garantir o consentimento informado. O psicólogo deve recusar ofertas do cliente exceto as de baixo valor, em momento oportuno e se a recusa prejudicar a intervenção (OPP, 2021a).

No princípio 6 - Ensino, formação e supervisão psicológicas, fica patente a estrutura geral do ensino em psicologia e a necessidade de especialização constante do psicólogo. Refere ainda a importância da supervisão como atividade psicológica especializada, sendo que os

supervisores partilham com o supervisando a responsabilidade pelo bem-estar do cliente. As formações e supervisão em psicologia deve fomentar a reflexão ética (OPP, 2021a).

O princípio 7 – Investigação, define as linhas gerais de atuação ética em investigação em psicologia, que deve cumprir escrupulosamente o código deontológico. A investigação deve estar orientada para produzir conhecimento científico válido com vista a melhorar o bem-estar das pessoas. Especificamente a investigação não pode causar dano, deve contemplar uma avaliação de riscos para os participantes, deve ser assegurada a participação informada e voluntária, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados. Devem ser fornecidos aos participantes esclarecimentos que sejam necessários ou sejam solicitados, após a investigação.

O princípio 8 – Declarações públicas, o último deste código, estabelece que o psicólogo que preste declarações públicas deve cumprir escrupulosamente os princípios gerais e específicos agora referidos. As declarações públicas devem ser rigorosas e cingirem-se à área de especialidade do psicólogo que emite as declarações. O psicólogo deve ainda ser responsável pelo impacto que as suas declarações provoquem junto o público salvaguardando a credibilidade da classe profissional. As declarações não devem incidir sobre casos particulares, devem antes abordar questões psicológicas gerais (OPP, 2021a).

É ainda desejável que as características e condicionantes (confidencialidade e suas limitações, honorários, descrição da intervenção, duração prevista, objetivos, entre outros aspetos) das intervenções psicológicas possam constar de um acordo de intervenção psicológica que pode ser verbal ou escrito (Faria et al., 2020). Estes autores realçam ainda a responsabilidade do psicólogo na manutenção da confidencialidade dos registos que mantêm dos seus clientes.

Além deste código deontológico, a OPP, através da sua comissão de ética, emitiu já um conjunto de pareceres para orientar a ação dos psicólogos em situações mais delicadas, com vista a ajudar estes profissionais a refletir criticamente sobre problemas éticos comuns. Foram já emitidos, desde 2015, 100 pareceres (OPP, 2024).

Grande parte destes pareceres foram reunidos num volume único (OPP, 2019) para facilidade de consulta. Os pareceres estão agrupados por temas que incluem: privacidade e confidencialidade, comunicação inter e intra profissional, identidade da psicologia, avaliação psicológica, formação, crianças e adolescentes, adultos, promoção e contratualização de serviços, sistema judicial, relação com entidades empregadoras, impacto da tecnologia e dos média na prática psicológica, investigação entre outros temas gerais. No capítulo sobre a

intervenção com crianças e adolescentes constam três pareceres relativos ao consentimento informado, intervenção psicológica sem a autorização de ambos os pais (situação já desenvolvida acima) e sobre a manutenção da privacidade e consentimento presumido no contexto escolar.

No entanto não basta aos psicólogos terem um conhecimento profundo do seu código deontológico. É necessário que conheçam os pareceres da comissão de ética da OPP que estão relacionados com a sua intervenção, que estejam cientes das leis nacionais que regem a atividade e as regras e regulamentos das instituições onde trabalham. É essencial que tenham a capacidade de se adaptarem às mudanças sempre presentes, mantendo uma aprendizagem e raciocínio ético profundos. Todo e qualquer raciocínio ético deve ser acompanhado por profunda reflexão pessoal, na qual o psicólogo se deve questionar e colocar em causa, perante a situação que se apresenta. Sempre que necessário, o psicólogo, deve ainda consultar outros profissionais que o possam aconselhar na sua atuação (Ricou, 2014).

2.5.3. Dilemas éticos

Os dilemas éticos surgem quando os objetivos do psicólogo e os do cliente entram em conflito (Faria et al., 2020). Ricou (2014) refere que dilemas éticos surgem quando dois princípios entram em conflito numa determinada situação. Para os resolver é necessário ter o bem-estar do cliente como centro e refletir aprofundadamente sobre todas as circunstâncias da situação e condicionalismos éticos aplicáveis. Bricklin (2001 citado por Ricou, 2014) propõe cinco bases fundamentais do raciocínio ético: um bom autoconhecimento; uma formação de excelência; experiência profissional e supervisão; humildade, autocrítica profissional e consciências das próprias limitações e por fim, a possibilidade de recorrer a intervenção.

Aos dilemas éticos aplica-se a velha máxima “cada caso é um caso”, querendo traduzir a especificidade e unicidade das circunstâncias de cada situação, não permitindo que existam soluções tipificadas (Faria et al., 2020). Cada caso deverá ser analisado ao nível da perigosidade da situação, recursos do cliente, intrínsecos e extrínsecos, consequências das várias alternativas de atuação, entre outras ponderações essenciais, tendo como foco principal o bem-estar do cliente.

Alguns exemplos de dilemas éticos são referidos por Faria e colaboradores (2020):

- A informação de que o cliente de uma intervenção psicológica individual, está infetado com vírus da imunodeficiência humana e que não informa o seu parceiro sexual habitual desta condição;

- A solicitação de dados individuais, por parte de uma organização que encomendou um estudo sobre a motivação da sua força de trabalho;
- A revelação de um cliente de uma intervenção psicológica de que é vítima de violência doméstica e não está em condições de terminar a relação abusiva.

Parte II

Enquadramento Teórico Geral e da Prática Clínica

3. Enquadramento Teórico Geral

3.1. Direitos das crianças, legislação, educação inclusiva, saúde mental infantil e o enquadramento da Instituição de estágio

Como realçado por Malho (2022) o artigo 24º da Convenção sobre os Direitos da Criança (Procuradoria Geral da República, 2008, p. 212) estabelece que as crianças têm direito a “beneficiar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação”, já o artigo 28º estabelece “o direito da criança à educação e tendo, nomeadamente, em vista assegurar progressivamente o exercício desse direito na base da igualdade de oportunidades” (Procuradoria Geral da República, 2008, p. 213). Estes dois artigos são complementados pelo artigo 40º que refere as medidas de promoção, recuperação e reinserção das crianças vítimas de negligência (Procuradoria-Geral da República, 2008, p. 217).

Enquanto nos dois primeiros artigos referidos é dada ênfase a que o estado deve garantir a todas as crianças o direito à saúde e à educação, no terceiro artigo é realçada a responsabilidade de remediação e recuperação das crianças que no seu percurso de vida viram o seu desenvolvimento colocado em causa por diversos motivos.

Como também referido por Malho (2022) os principais documentos legais que dão cumprimento específico aos referidos artigos da Convenção sobre os Direitos da Criança, são a Lei de bases do sistema Educativo (1986) que reafirma o direito de todos os portugueses à educação e a responsabilidade do Estado em a providenciar, garantindo igualdade de oportunidades no acesso e no sucesso escolar, e o Decreto – Lei 54/2018 de seis de junho que estabelece o regime jurídico da educação inclusiva.

O Decreto-Lei do ensino inclusivo define também necessidades de saúde especiais (NSE) como “as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem;” (Regime jurídico do ensino inclusivo, 2018) definição que claramente inclui as problemáticas da saúde mental para as quais, tanto as equipas educativas como as equipas de saúde escolar (ESE) dos cuidados de saúde primários (CSP), devem estar sensibilizadas e ter formação adequada, para intervir no âmbito das suas competências (Pereira, 2022).

O Regime jurídico do ensino inclusivo (2018) define ainda o conceito de Equipa de Saúde Escolar (ESE), como a equipa de profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que ficará responsável por construir o plano individual de saúde, que inclui as medidas de saúde a implementar com vista à melhoria do processo de aprendizagem de cada aluno com NSE.

Também na perspetiva da saúde, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), atribui às ESE responsabilidades essenciais na operacionalização deste Programa, incluindo a nível geral o diagnóstico de necessidades, elaboração de planos de ação, mobilização de recursos, cooperação e articulação com as escolas e restante comunidade, avaliação dos planos implementados (Direção Geral da Saúde, 2015).

No entanto, de acordo com referido por Pereira (2022), a intervenção prática das equipas de saúde escolar é diminuta e pouco divulgada, para isto contribui o facto de existir uma extraordinária desproporcionalidade entre as exigências da população escolar e os recursos das referidas equipas. Este facto resulta ainda mais grave, pois a responsabilidade destas equipas é determinante para a colocação em marcha de um verdadeiro ensino inclusivo, sem a sua contribuição é colocado em risco a saúde e educação de muitos alunos (Pereira, 2022).

O PNSE atribui uma elevada importância à área da saúde mental, considerando-a mesmo o núcleo central de atuação da saúde escolar. Para implementação desta orientação é proposta a utilização do enquadramento do desenvolvimento e aprendizagem de competências sócio emocionais.

Apesar dos documentos legais demonstrarem princípios atualizados e adaptados às recentes recomendações científicas, a implementação prática destes normativos fica muito aquém dos princípios enunciados na legislação, principalmente no que concerne à saúde mental, por falta de formação e sensibilização dos recursos na área da educação e pela quase total ausência de recursos na área da saúde escolar (Pereira, 2022).

3.2. Prevalência de problemas de saúde mental infantil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a nível global, um em cada sete jovens, entre os 10 e os 19 anos, experiencia uma perturbação mental, sendo que a ansiedade, depressão e perturbações do comportamento são as maiores causas de incapacidade e de doença (OMS, 2021).

O grupo de trabalho do *Institute For Health Metrics And Evaluation* que investiga sobre o tema da carga das doenças a nível global, refere que as perturbações relacionadas com comportamentos auto lesivos, perturbações depressivas, e perturbações de ansiedade, na faixa etária dos 10 aos 24 anos, estão nas seis primeiras posições do ranking de doenças que provocam maior carga, estimada em disability-adjusted life years (DALY), definido como a carga das doenças estimada em anos de vida perdida devido a doença ou incapacidade (OMS, 2023a). O somatório da carga destes três conjuntos de doenças representa a maior contribuição para carga total de todas as doenças do estudo (Colaboradores da GBD 2019 Diseases and Injuries, 2020).

O relatório do Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental (Caldas de Almeida et al., 2013) reporta que a prevalência anual de perturbações psiquiátricas na população adulta portuguesa (maiores de 18 anos) é de 22,9%, mais de um quinto da população apresenta pelo menos uma perturbação psiquiátrica. Em linha com o observado a nível mundial as perturbações de ansiedade e perturbações do humor são as mais prevalentes também na população portuguesa. Este relatório refere ainda que cerca de um terço de pessoas com diagnóstico de perturbação psiquiátrica grave não teve acesso a tratamento pelos serviços de saúde.

Relativamente à elevada prevalência de problemas de saúde mental em Portugal, Pereira (2022) refere que esta irá necessariamente refletir-se na saúde mental das crianças portuguesas. Na etiologia das doenças mentais os fatores genéticos hereditários, fatores relativos à dinâmica familiar (presença de doença mental na família), entre outros, são frequentemente referidos como fatores de risco para a saúde mental infantil e juvenil (Barrias, 2014; Correia, 2014; Kaplan et al., 1997; Teiga, 2014).

No que concerne à faixa etária da adolescência, entre os 12 e os 17anos, Cardoso e colegas (2004) num estudo com 570 adolescentes, estudantes do ensino básico e secundário público português, obtiveram uma prevalência de 11% de jovens com sintomas depressivos.

No que concerne à carga das doenças mentais, em Portugal, a OMS (2023b) refere que as perturbações de ansiedade, em crianças dos cinco aos nove anos, são as maiores responsáveis

pela carga de doenças. Na faixa etária dos 10 aos 14 anos, as perturbações de ansiedade, perturbações comportamentais e perturbações depressivas, são, respetivamente, as três maiores causas de carga de doença, sendo que a soma da carga destes três tipos de perturbações representa cerca de um terço da carga total com doenças nesta faixa etária.

O relatório Saúde Psicológica E Bem-Estar - Observatório De Saúde Psicológica E Bem-Estar: Monitorização E Ação (Matos et al., 2022) refere que a saúde psicológica e bem-estar dos alunos foi agravado pela pandemia de COVID-19, percentagens significativas de alunos refere que a sua vida ficou pior após a pandemia, no contexto escolar, na convivência com os amigos e na sua vida consigo próprios.

3.3. Âmbito de atuação da instituição

A instituição de estágio, como refere Pereira (2022), é um recurso da comunidade de apoio à inclusão escolar através da promoção da saúde mental dos alunos e suas famílias. Esta insere a sua atividade na interface da saúde com a educação, mobilizando recursos internos como externos (comunidade) e envolvendo as famílias na intervenção.

Neste âmbito, a Instituição é parte ativa do Estado Português na prossecução do cumprimento dos artigos 24º, 28º e 40º da Declaração Universal sobre os Direitos das Crianças, o direito à saúde, o direito à educação e o direito à recuperação integral de crianças vítimas de negligência.

A nível da legislação interna, a instituição constitui-se como um recurso da sua área geográfica de influência, na garantia da universalidade e da igualdade de oportunidades no acesso e no sucesso escolar. Ao nível do ensino inclusivo de crianças com problemas de saúde mental, a instituição pode atuar como uma medida adicional de suporte à aprendizagem e à inclusão, constituindo-se um recurso especializado nas problemáticas da saúde mental.

3.4. Problemas psicossociais nas crianças e insucesso escolar/dificuldades de aprendizagem

De acordo com a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11 na sigla em língua inglesa), a perturbação desenvolvimental de aprendizagem pode ser descrita como uma dificuldade persistente e significativa de aprendizagem das competências académicas (leitura, escrita e cálculo). Caracteriza-se por um desempenho académico marcadamente abaixo do esperado para a idade e funcionamento cognitivo do indivíduo, havendo relevante défice funcional. Esta perturbação surge nos primeiros anos de escolaridade e não tem por base uma

perturbação intelectual, incapacidade sensorial, perturbação neurológica, ausência de educação, baixa proficiência no idioma do ensino ou dificuldade psicossocial (OMS, 2023).

Muita da literatura científica sobre o tema da relação entre dificuldades psicossociais e insucesso escolar não esclarece uma relação de causa efeito, isto é, se os problemas psicossociais são um fator de risco para o insucesso escolar ou se é o insucesso escolar o fator de risco para os problemas psicossociais. A relação entre estas variáveis é complexa alternando, caso a caso, entre o papel de causa e o papel de efeito (Mazer et al., 2009).

No entanto há uma extensa produção científica que estuda os problemas psicossociais como fatores de risco para o aparecimento de dificuldades de aprendizagem e o baixo rendimento académico.

Santos e Graminha (2006) no seu estudo de alunos brasileiros com idades entre os seis e os 10 anos, reportou, em linha com outros autores, que o baixo rendimento académico é mais frequente em rapazes que em raparigas (Meister et al., 2001; Needleman, et al., 1996; Rutter et al., 2004 citados por Santos e Graminha, 2006). As mesmas autoras referem ainda que existe uma correlação forte entre problemas emocionais e comportamentais e o rendimento académico. São referidos problemas de internalização, problemas de externalização, dificuldades na fala, problemas no relacionamento com colegas com maior frequência de ocorrência entre alunos com baixo rendimento académico. É ainda referido que independentemente da sua posição na relação de causalidade, estes problemas vão influenciar negativamente o rendimento académico. Foi também identificado que comportamentos prejudiciais à aprendizagem, associados a hiperatividade, desatenção, impulsividade, são dos mais frequentes em alunos com baixo rendimento académico.

Os autores Bartholomeu e colegas (2006) realizaram um estudo com 88 crianças brasileiras do ensino fundamental, com idades entre os sete e os 10 anos, em que correlacionaram os resultados de um instrumento de erros de escrita com um indicador de nível de problemas emocionais (obtido através da prova do desenho da figura humana) e detetaram uma correlação positiva, estatisticamente significativa entre estas duas variáveis nas crianças do sexo masculino. Estes autores identificaram que as crianças com mais problemas emocionais apresentavam um autoconceito mais baixo, reportavam sentimentos de inadequação e de falta de integração, dificuldades de comunicação e de relacionamento, em linha com o reportado por outros autores (Cruz, 1999; Fonseca, 1995; Margalit, 1989 citados por Bartholomeu et al., 2006).

Por outro lado os autores Miguel e colaboradores (2012) identificam os fatores pessoais do aluno (variáveis psicológicas e comportamentais) que mais contribuem para explicar o sucesso/insucesso escolar e que são mais suscetíveis de mudança através de intervenção psicológica, de acordo com a investigação, são eles: o autoconceito escolar, a autoeficácia escolar, a autorregulação comportamental, valorização das tarefas escolares, ansiedade de desempenho, ausência de rotinas de estudo, tipo de atribuição dos resultados (locus de controlo) e a qualidade das relações interpessoais e da integração social.

Cruz (2009), no seu estudo empírico com alunos do primeiro e segundo ciclos do ensino básico português, com idades compreendidas entre os oito e os 14 anos, reporta que alunos com insucesso escolar possuem um autoconceito abaixo da média para a sua idade e têm valores de depressão superiores à média.

O estudo longitudinal de Drake e colaboradores (2014), realizado com dados de 1149 famílias com crianças, pretendeu abordar as relações entre variáveis como, segurança da vinculação entre criança e cuidador, vários aspetos de autorregulação (autorregulação social, persistência da tarefa, entre outros) e *engagement* escolar. A vinculação foi avaliada aos 15 e aos 36 meses e as restantes medidas foram obtidas nos cinco primeiros anos de escolaridade. Estes investigadores sustentam-se na teoria de que a autorregulação é uma função precoce essencial que tem um papel determinante no desenvolvimento posterior e que a segurança da vinculação influencia fortemente a capacidade de autorregulação (Rothbart & Jones, 1998 citados por Drake et al., 2014). Os resultados indicaram que a segurança da vinculação é um bom preditor das várias medidas de autorregulação, sendo que quanto mais segura a vinculação maior a capacidade de autorregulação. Esta conclusão está em linha com o obtido em muitos outros estudos da literatura (Calkins & Leerkes, 2004; Kochanska, Philibert, & Barry, 2009; Matas et al., 1978; Murray et al., 2011; Riksen-Walraven et al., 1993 citados por Drake et al., 2014). Outra conclusão, muito relevante do estudo, refere que a autorregulação medida no primeiro ano de ensino foi um preditor consistente do *engagement* com a aprendizagem no quinto ano de escolaridade. Foi ainda reportado por estes autores que a segurança da vinculação aos 15 e aos 36 meses está relacionada com *engagement* escolar no quinto ano de escolaridade e que essa relação é mediada pela capacidade de autorregulação. Uma conclusão comum é que a segurança na vinculação parece ser preditor de desempenho académico a longo prazo.

Na perspetiva psicanalítica de Ferreira (1990) a saúde mental, a motivação e capacidade de aprender estão conectadas frequentemente através da depressão infantil. A autora faz

referência à importância da relação mãe-bebê, que no caso de uma mãe saudável, é uma relação contentora que dá significado à vivência do bebê, permitindo que as necessidades sejam atendidas e o desenvolvimento afetivo da criança se dê normalmente, em direção à autonomia emocional. A mãe ao contar as experiências emocionais do filho está a atribuir-lhes um significado que pode ser elaborado pela mãe, enriquecendo assim a experiência mental da criança. A atividade mental da criança tem base na sua atividade emocional. Uma vida emocional saudável leva a uma adequada atividade cognitiva que permite integrar as experiências num todo coerente. Quando as necessidades precoces da criança não são atendidas por mães inconsistentes e inconstantes, o desenvolvimento é bloqueado, não se criando condições para um desenvolvimento da autonomia, podendo surgir um bloqueio da curiosidade, um desinvestimento na aprendizagem e um evitamento do pensamento, que poderá manifestar-se por comportamentos agitados. A recusa em pensar é decorrente do evitamento do sofrimento que seria integrar e pensar o sofrimento provocado pela ausência de afeto de qualidade maternal.

Na mesma linha psicodinâmica, Strecht, (2008), aborda o tema das dificuldades escolares referindo que a vida emocional é essencial à vida mental e por sua vez ao sucesso escolar, de outra forma, o desenvolvimento intelectual é indissociável do desenvolvimento afetivo. O autor faz referência ao facto de as dificuldades do desenvolvimento emocional e afetivo estarem em estreita ligação com a existência de problemas ao nível da vivência escolar em alunos cujo potencial cognitivo é perfeitamente normativo. Nesta perspetiva, as dificuldades de desenvolvimento afetivo estão ligadas aos conflitos interiores de cada aluno. Cada aluno é visto numa perspetiva única e integrada num contexto mais vasto e é perspectivado o seu desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida. Se existirem dificuldades emocionais relevantes a energia psíquica poderá ser desviada para lidar com os conflitos interiores e respetivas consequências, ficando insuficientemente disponível para a aprendizagem escolar. O autor realça também a importância da vinculação precoce da criança como base fundamental a toda a vida psíquica, através da constituição de uma base segura a partir da qual é possível explorar o mundo e aprender, tendo sempre um porto seguro psicológico ao qual recorrer. A qualidade da vinculação é importante ao nível dos cuidadores primários, mas também ao nível dos professores, uma vinculação segura com um professor permitirá uma aprendizagem mais significativa. Vinculações mais inseguras poderão estar na base psicológica de alunos com menor autonomia, maior desinteresse e desinvestimento, maiores dificuldades nas relações interpessoais e maiores problemas comportamentais. O autor realça ainda a importância da

criação de limites organizadores para a criança, a noção de *holding*. Estes limites, progressivamente integrados na vivência das crianças servem de uma função de contenção e proteção. Crianças com pouca noção de limites são frequentemente mais sujeitas a risco e mais incapazes de lidar com adversidade.

Do ponto de vista da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) as dificuldades de aprendizagem podem ser entendidas como resultado de traumas às potencialidades inatas de desenvolvimento total dos indivíduos. No caso da ocorrência destes traumas, em qualquer fase do desenvolvimento humano, a expressão da Tendência Atualizante (TA), fica limitada, o desenvolvimento é interrompido e o indivíduo não atinge todo o seu potencial.

Outra fonte de limitação à atualização plena das potencialidades do indivíduo são as condições de valor, conceito que traduz as avaliações do *self* feitas pelos outros (pais e outras pessoas do meio social da pessoa) que são introjetadas pelo indivíduo, passando a ser experimentadas como pertencentes ao próprio. As condições de valor quando inconsistentes com a estrutura do *self*, quando as avaliações são traduzidas pela criança como “não sou amado pelos meus pais nem digno de tal”, como no caso de experiências de rejeição pelos pais de necessidades organísmicas da criança, provocam uma distorção da percepção e uma simbolização nociva da realidade, limitando desta forma a atualização das suas potencialidades de desenvolvimento.

As condições de valor surgirão inevitavelmente da interação do indivíduo com o seu meio envolvente e provocarão distorções da realidade em vários aspetos do campo fenomenológico, por exemplo no que se relaciona com a aprendizagem (Rogers, 2003, Hipólito, 2011).

3.5. Perturbações mentais mais comuns na população apoiada pela Instituição

Nas subsecções seguintes serão apresentadas as perturbações mais comuns na população apoiada pela Instituição.

3.5.1. Depressão infantil

A perturbação de depressão só recentemente foi aceite o seu diagnóstico na infância a partir dos trabalhos de Sptiz e Bowlby. A depressão infantil atualmente inclui sintomas ditos equivalentes depressivos (comportamentos agidos, dificuldades de aprendizagem, queixas somáticas, entre outros) mas também manifestações e verbalizações de humor depressivo. Para um correto diagnóstico desta perturbação é também necessária a recolha de uma história clínica detalhada que possa suportar a existência de um agravamento do estado de funcionamento da criança (Correia, 2014).

A depressão infantil pode apresentar diferentes níveis de gravidade e profundidade. As crianças deprimidas são descritas como crianças tristes, com humor triste ou irritável, inibidas, que retiram pouco prazer das atividades diárias (anedonia), com dificuldades de aprendizagem, frequentemente com queixas comportamentais como birras difíceis, com perturbações de sono, alterações do apetite, dores de cabeça e de barriga, dificuldade de concentração, tendência para o isolamento e frequentemente apresentam uma autoestima baixa. A nível psicomotor tanto poderão manifestar lentificação psicomotora como agitação e impulsividade (Correia, 2014).

É importante realçar que para a maioria das crianças é difícil reconhecer e verbalizar os seus sentimentos pelo que a experiência subjetiva vivenciada pela criança pode ser um desafio na avaliação. O desenho, a observação da postura corporal da criança e a sua expressão facial são essenciais assim como os relatos dos pais, cuidadores e professores. A perturbação depressiva pode afetar o desenvolvimento de competências sociais, emocionais e cognitivas (Correia, 2014).

Os problemas familiares, aumento das exigências académicas e sociais e o pouco suporte social são identificados como fatores de risco para as perturbações depressivas na infância (Correia, 2014).

De acordo com o ICD-11 (OMS, 2023) a depressão infantil pode enquadrar-se na designação de episódio depressivo único (Código ICD-11: 6A70), perturbação depressiva recorrente (Código ICD-11: 6A71) ou perturbação distímica (Código ICD-11: 6A72), dependendo do curso, duração, intensidade dos sintomas. Todas as perturbações incluem humor deprimido, anedonia, sentimentos e pensamentos de desvalorização e desesperança e a ausência de episódios maníacos ou hipomaníacos anteriores. A perturbação depressiva recorrente inclui uma sucessão de episódios depressivos com vários meses de intervalo sem sintomas depressivos. A perturbação distímica é uma perturbação mais ligeira quanto ao número de sintomas presentes, mas mais prolongada no tempo que as duas perturbações anteriores.

3.5.2. Perturbação distímica (código ICD-11: 6A72)

De acordo com o ICD-11 (OMS, 2023) a perturbação distímica caracteriza-se por apresentar alterações do humor persistentes (duração de 2 anos ou mais com sintomas na grande maioria dos dias) habitualmente menos intensos do que nas perturbações depressivas, como humor deprimido, tristeza, abatimento, anedonia, sentimentos de desvalorização e baixa autoestima, em crianças os sintomas do humor podem traduzir-se em irritabilidade generalizada.

3.5.3. Perturbação de défice de atenção e hiperatividade (código ICD-11: 6A05)

A perturbação de défice de atenção e hiperatividade (PDAH) é uma perturbação de origem biológica, com impacto na vida académica, social e laboral. O contexto pode minimizar, manter ou agravar a situação. Requer intervenção multimodal e trabalho em equipa mobilizando a escola, os pais e os profissionais de saúde. É a perturbação mais frequente do neurodesenvolvimento (Garcia, 2015).

A principal suspeita para o diagnóstico desta perturbação é a existência de um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento (Garcia, 2015).

De acordo com o ICD-11 (OMS, 2023) esta perturbação caracteriza-se por um padrão persistente (duração de mais de 6 meses) de sintomas de desatenção e ou hiperatividade e impulsividade em múltiplos contextos (em casa, na escola, outros contextos).

De acordo com o DSM-5 a designação utilizada é perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) e tem apresentações variáveis com a idade. Assim como no IDC-11 também são referidos três tipos fundamentais: tipo predominantemente desatento (6A05.0), tipo predominantemente hiperativo/impulsivo (6A05.1) e tipo combinado (6A05.2) (OMS, 2023; APA, 2014).

A PHDA de tipo predominantemente desatento caracteriza-se por: Atenção insuficiente aos pormenores que levam a erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou nas atividades lúdicas; Dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades; Parece não ouvir; Não segue instruções e não termina os trabalhos escolares ou outras tarefas; Dificuldade em organizar-se; Evita tarefas que requerem esforço mental persistente; Perde objetos necessários a tarefas ou atividades que tem de realizar; Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes; Esquece-se com frequência de atividades quotidianas ou de algumas rotinas (APA, 2014).

A PHDA do tipo predominantemente hiperativo/impulsivo, tem como principais sintomas: movimentos excessivos das mãos e pés e movimentos quando está sentado; dificuldade em ficar sentado; corrida ou saltos excessivos em situações em que tal é inadequado; dificuldade para jogar ou dedicar-se de forma tranquila a atividades de ócio; fala em excesso; precipita respostas antes do final das perguntas; tem dificuldade em esperar pela sua vez; interrompe ou interfere nas atividades dos outros (APA, 2014).

No entanto, como nos alerta Strecht (2001), a conjugação dos sintomas da PHDA correspondem a uma organização psíquica interna que se manifesta através do corpo, que poderá ser ou não ser patológica. Poderão estes sintomas estar associados a traços de personalidade, ou ser reflexo de apenas uma fase do desenvolvimento da criança ou poderão ser a resposta a situações ansiogénicas ou poderão também ser fruto de um estilo parental demasiado permissivo que não impõe os limites necessários, dando origem a comportamentos onnipotentes. Outra apresentação, mais preocupante, dos sintomas de PDAH poderá estar relacionada com estruturas depressivas de funcionamento, em crianças frágeis (frequentemente do sexo masculino) e desvalorizadas, cujo comportamento agitado é reflexo do sofrimento depressivo interior não representado no pensamento (Strecht, 2001).

3.5.4. Perturbações de Ansiedade (Código ICD-11: 6B)

As perturbações de ansiedade são também uma das perturbações mais frequentes na infância e apresentam como característica fundamental o evitamento (Teiga, 2014) que pode ser referente a situações específicas, hesitação, incerteza, afastamento ou atos ritualizados. A desconcentração, as dificuldades de memorização a irritabilidade são as manifestações cognitivas mais comuns. As manifestações somáticas mais frequentes são tremores, hiperventilação, palpitações, vômitos, diarreias, dificuldades no sono, tremores, tensão muscular, entre outros. As perturbações de ansiedade interferem na aprendizagem, no pensamento e na percepção.

As perturbações de ansiedade com maior ocorrência na infância são: Perturbação de Ansiedade de Separação (código ICD-11: 6B05), Fobia Específica (6B03), Perturbação de Ansiedade Generalizada (6B00), Perturbação de Ansiedade Social (6B04), Mutismo Seletivo (6B06), Perturbação de Pânico (6B01) (Teiga, 2014; OMS, 2023).

3.5.5. Perturbações disruptivas do comportamento e do controlo dos impulsos (código ICD-11 6C9)

De acordo com o ICD-11 (OMS, 2023) a perturbação de desafio opositivo (6C90) é caracterizada por um padrão com duração superior a 6 meses de comportamentos marcadamente desafiantes, desobedientes provocativos ou agressivos, que ocorrem mais frequentemente do que seria esperado para a idade e estágio de desenvolvimento (não ocorre apenas na interação entre irmãos). Pode estar presente humor irritável persistente com explosões de comportamento provocativo, agressivo antagonista ou desafiante. As explosões de comportamentos disruptivos são desproporcionadas, em intensidade e duração, face a uma

eventual provocação e ocorrem em múltiplos contextos. Este manual define especificadores para perturbação com irritabilidade e raiva crónicas (perturbação de desregulação do humor disruptivo de acordo com o DSM-5) e sem irritabilidade e raiva crónicas. São definidos ainda especificadores para existência de emoções pro-sociais típicas ou emoções pro-sociais limitadas (perturbação rara, mas mais grave) (APA, 2014; OMS, 2023).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014) esta perturbação denomina-se perturbação de desregulação do humor disruptivo, a sua característica central é a irritabilidade persistente, grave e crónica que conduzem a expulsões temperamentais frequentes que são inconsistentes com o nível de desenvolvimento do indivíduo. Indivíduos com esta perturbação apresentam um humor zangado ou irritável grande parte do dia e que é observável pelos que o rodeiam. Os critérios de diagnóstico desta perturbação aplicam-se à população com idades entre os 7 e os 18 anos. Esta perturbação tem consequências desfavoráveis nas relações familiares e com os pares, bem como no desempenho académico. Estas crianças apresentam baixa tolerância à frustração (APA, 2014).

As perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento segundo o DSM-5 (APA, 2014) são perturbações que envolvem problemas de autocontrolo das emoções e dos comportamentos e que se manifestam por comportamento agressivo, desafio de figuras de autoridade, destruição de propriedade entre outras manifestações.

A perturbação desafiante de oposição, a perturbação explosiva intermitente, a perturbação do comportamento, a perturbação antissocial da personalidade, são as perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento mais frequentes e que têm em geral início na infância ou adolescência. Muitos dos sintomas que caracterizam estas perturbações fazem parte do comportamento normativo do indivíduo pelo que a frequência, a persistência e a gravidade dos sintomas são importantes no diagnóstico (APA, 2014).

Humor zangado ou irritável, comportamento conflituoso ou desafiante, comportamento vingativo caracterizam a perturbação desafiante de oposição, sendo uma perturbação mais frequente em famílias com estilos parentais inconsistentes, negligentes ou severos. Tem sido associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio (APA, 2014).

4. Enquadramento teórico da prática clínica

4.1. A Intervenção Pedagógico-Terapêutica (IPT)

Como realça Morato (2022), a relação pedagógica entre educador/professor e o aluno é uma ferramenta poderosa para provocar a mudança terapêutica em alunos com problemas de saúde mental.

A IPT foi desenvolvida em Portugal por João dos Santos nos anos 70 do século XX (Barros, 1999). João dos Santos, eminente psicanalista, professor, médico, alicerçado numa longa produção científica internacional na área da pedagogia, da psicanálise, do movimento escola moderna, da medicina, entre outras áreas, funda em Portugal um Centro de Pedagogia Experimental onde se propõe aplicar a sua metodologia de Pedagogia Terapêutica.

João dos Santos iniciou a sua atividade como professor de educação física ao mesmo tempo que continuou os estudos na área da medicina e depois na especialidade de psiquiatria e psicanálise (Barros, 1999). Ainda segundo Barros (1999), João dos Santos desenvolveu um trabalho notável dedicando-se ao “estudo e investigação das fobias escolares e comportamentos depressivos ligados às dificuldades de aprendizagem” (Barros, 1999, p. 28) com o objetivo de reduzir o sofrimento destas crianças. A sua intervenção era dirigida às crianças já excluídas e assinaladas como casos clínicos (Barros, 1999).

Segundo João dos Santos a compreensão da criança e dos seus conflitos individuais implica a compreensão das dinâmicas familiares e dos seus padrões relacionais e afetivos, pelo que o apoio à criança passa por uma colaboração permanente e continuada entre técnicos e pais (Barros, 1999). Tal como Strecht afirma “numa criança é extremamente difícil pretender trabalhar o seu Mundo interior sem olhar ao exterior que a rodeia” (1998, p. 79).

A IPT resulta da combinação entre pedagogia, metodologias de ensino, psicanálise e psicologia dinâmica (Barros, 1999) e tem como objetivo ajudar as crianças e jovens com dificuldades escolares ou perturbações do comportamento, através da escuta e observação sistemática, da “interrogação constante do professor ou educador/terapeuta sobre o significado dos sintomas, dos bloqueios e resistências que ocorrem no plano educativo, com expressão no comportamento ou nas dificuldades de aprendizagem escolar” (Barros, 1999, p. 91).

Atualmente a IPT desenvolvida na Instituição procura ser em tudo semelhante ao modelo idealizado por João dos Santos, destacando-se o ambiente da Instituição, a equipa multidisciplinar, constituição dos grupos e as estratégias de intervenção. Esta abordagem

integra-se na perspectiva da escola inclusiva pois visa a promoção da igualdade de oportunidades para todos as crianças.

Santos (2005) define pedagogia terapêutica (PT) enunciando dez princípios basilares:

1. a PT é uma atitude face às crianças com problemas escolares temporários, utiliza uma observação sistemática e prolongada da experiência de ensino - aprendizagem que permite adaptar os meios de ensino, utilizando o que melhores resultados terapêuticos produz; utiliza também uma atitude terapêutica que visa resolver a situação que está na origem dos sinais e sintomas de desajustamento psicológico;
2. a PT é um método de intervenção com estas crianças, com vista a ultrapassar os obstáculos que se lhe colocam, assim como aos pais e professores, utilizando os métodos e instrumentos pedagógicos;
3. a PT é não diretiva na observação, deve observa-se a experiência pedagógica livre, mas deve ser diretiva na intervenção psicopedagógica;
4. a PT tem a duração estritamente necessária à total integração escolar da criança, não devendo ultrapassar um ano letivo quando a IPT ocorre numa Instituição;
5. a PT procura encontrar o ponto de fratura que impede a aprendizagem e tenta intervir diretamente nesse aspeto;
6. a PT procura estabelecer uma relação direta e verdadeira, genuína com a criança, sendo o pedagogo-terapeuta totalmente implicado como pessoa, integrada e congruente, comunicando abertamente com a criança; pode ser necessário eliminar alguns condicionalismos dos métodos tradicionais de ensino e utilizar formas de expressão mais livres; é essencial que o pedagogo-terapeuta através da sua empatia e exemplo ajude a criança a descobrir as suas próprias emoções, sentimentos e fantasias; o terapeuta deve ser flexível para que a comunicação se efetive independentemente das circunstâncias da criança;
7. a PT implica que a metodologia pedagógica seja a informada pelo conhecimento da psicologia e vice-versa; é essencial que a prática seja constituída por uma constante interpenetração entre pedagogia com a psicologia;
8. a PT pode ser definida como uma psicoterapia, mas é no seu fundamento uma pedagogia; é um conceito análogo ao de pedagogia clínica proposto por Itard (1901 citado por Santos, 2005); tem a sua inspiração tanto na psicanálise como nas teorias do desenvolvimento genético da mente de Wallon e Piaget;

9. utiliza métodos da pedagogia para alunos com necessidades de saúde especiais, como por exemplo os métodos do ensino da linguagem oral a alunos surdos; estes métodos podem ser bastante valiosos nas perturbações afetivas; Montessori fez também contribuições importantes nesta área;
10. é um método que deve estimular a investigação científica psicológica e pedagógica; que tem em vista a generalização do método a todas as crianças com o objetivo de prevenir dificuldades de aprendizagem.

Através destes princípios o autor propõe um retorno a concepções clássicas quando sugere que a medicina, a psicologia, a pedagogia e a educação familiar devem integrar-se na PT. Sugere ainda que todos os intervenientes na PT estejam presentes e constituam uma relação real, genuína com as crianças que apoiam, pois todos eles são parte integrante de uma intervenção mais abrangente, na qual o seu contributo é valorizado, todos devem participar ativamente (Barros, 1999).

Como é possível consultar no site da Instituição (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022), após discussão das informações recolhidas, junto da criança, da família e da escola, é delineado o projeto de intervenção. As respostas habituais da Instituição são: intervenção pedagógico-terapêutica, em pequeno grupo, sob orientação de professor ou educador, em coordenação com o técnico de psicomotricidade; intervenção pedagógico-terapêutica individual; apoio psicológico; apoio psicomotor individualizado; consultas por médico pedopsiquiatra.

“O trabalho quotidiano com as famílias e as crianças desenvolve-se numa dinâmica relacional de compreensão pelo ser e saber de cada um, no respeito pela sua individualidade e matriz sociocultural” (Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade, 2022).

De acordo com o afirmado por Barros (1999) a IPT utiliza e combina a perspetiva clínica, a compreensão psicológica, a intervenção pedagógica, e ainda, a educação familiar. Desta ideia podemos realçar a importância da constituição da Casa, onde a instituição funciona, como um lar, em que as rotinas domésticas do brincar, almoçar, colaborar nas tarefas domésticas, fazer trabalhos lúdico pedagógicos, a existência de relações afetivas duradouras entre outros aspetos essencialmente domésticos, assume uma primordial importância na implementação da IPT.

De acordo com Vieira e Cunha (2022) há quatro aspetos aos quais a PT dá particular importância:

1. o papel do pedagogo-terapeuta, que deve estar totalmente disponível para construir uma relação real afetiva com a criança, mostrando interesse e incentivando as produções, deve ter uma atitude calorosa e contentora, mas firme e consistente, deve ainda comunicar de forma assertiva;
2. o papel da fantasia e da imaginação, como aspetos essenciais ao desenvolvimento normativo das crianças, que permite a capacidade de pensar, sentir e de resolver problemas e conflitos;
3. o clima relacional e organizacional, deve ser de segurança, favorecendo o desenvolvimento do conhecimento, o espaço deve ser organizado de forma previsível e que estimula a curiosidade; todos os adultos devem contribuir ativamente para este clima;
4. a matriz cultural e familiar da criança deve ser considerada, as suas dificuldades pessoais devem ser entendidas à luz do seu contexto social e cultural.

4.2. Principais atividades propostas nos grupos de pedagogia terapêutica

A intervenção mais característica e importante da Instituição é o Apoio Pedagógico-Terapêutico (APT), à volta da qual todas as outras atividades se organizam.

O planeamento da intervenção na Instituição inicia-se pela constituição dos grupos de APT. Cada grupo poderá ter no máximo 7 crianças. As crianças com indicação para esta intervenção são agrupadas de acordo com a fase de comunicação em que se encontram. Estão definidos três níveis de comunicação. O grupo de estimulação global, o das crianças afetivamente mais imaturas, com necessidade de um apoio mais direto e securizante, ajudando a criança a ultrapassar etapas que no seu desenvolvimento precoce não foram atingidas, procura-se o desenvolvimento de várias formas de expressão, não tanto a aquisição de conhecimento. O grupo intermédio, que já iniciou a aprendizagem simbólica da escrita, habitualmente com resultados insuficientes neste aspeto, as crianças são estimuladas a utilizar a escrita como forma de expressão do pensamento, O grupo de nível avançado, no qual as crianças já estão iniciadas na escrita; pretende-se neste grupo que a criança descubra o prazer de aprender (Vieira & Cunha, 2022).

Relativamente a estratégias de intervenção, às crianças são propostas atividades de livre expressão de pensamentos, emoções e sentimentos, utilizando linguagem escrita, oral, plástica,

corporal, entre outras. Às histórias e textos contados pelas crianças é dada especial importância pelo seu carácter projetivo, estes são frequentemente registados por escrito, muitas vezes pelo adulto (Vieira & Cunha, 2022).

Cada criança possui um caderno no qual as suas produções são agregadas, constituindo uma imagem da evolução ao longo do ano (Vieira & Cunha, 2022).

Outras das estratégias comuns é a leitura de histórias e contos tradicionais, ferramenta essencial para estimular a imaginação. Além do carácter lúdico destas histórias de “faz de conta” elas contêm emoções intensas e desejos dificilmente expressos não fosse a estimulação da narrativa. A criança ao imaginar o protagonista da história vivencia de forma segura muitos dos seus problemas não expressos (Vieira & Cunha, 2022).

A imaginação de histórias pelas crianças surge frequentemente na sequência de outras expressões, plástica ou gráfica. As histórias contadas a partir de desenhos, ou outros trabalhos permitem a projeção de fantasias, medos, ansiedades das crianças, constituindo assim uma porta de acesso ao seu funcionamento psicológico (Vieira & Cunha, 2022).

É dada também primordial importância às vivências coletivas, como as festividades do Natal, festa de Carnaval, apresentações públicas, entre outras. Estas vivências são uma excelente oportunidade de socialização, nas quais adultos e crianças devem cooperar. Outro dos objetivos é a quebra da rotina da Instituição e dessa forma aumentar o interesse (Barros 1999).

Aliada à celebração das festividades estão a constituição de marcos de referência temporal e que permitem ajudar na construção das noções temporais. Ao assinalar a passagem das estações do ano, dos aniversários, e das várias festividades anuais, permite-se a construção de uma linha contínua temporal que eventualmente poderá dar lugar à constituição de uma linha de vida pessoal, oportunidade de aliviar a carga emocional de vivências por vezes traumáticas. Também o trabalho sobre a localização de espaços, o universo, o planeta terra e a “nossa” terra constituem importantes recursos na construção de noções espaciais (Vieira & Cunha, 2022).

Ainda no âmbito das vivências coletivas estão também os almoços terapêuticos, evento essencial na criação de um ambiente mais familiar e afetivo (Barros, 1999). No refeitório cada grupo tem a sua mesa redonda, que facilita o diálogo entre as crianças e entre estas e os professores e outros técnicos afetos ao seu grupo. Outro objetivo dos almoços terapêuticos é o da aprendizagem da utilização dos talheres e de hábitos alimentares saudáveis. Para os técnicos, os almoços representam uma excelente oportunidade de observação e intervenção com as crianças.

Por fim, o jornal de parede e a reunião da assembleia geral constituem duas das oportunidades terapêuticas coletivas mais importantes. A assembleia geral realiza-se semanalmente e é conduzida por um grupo de crianças que foram eleitas para o efeito, o presidente, o tesoureiro e o secretário. Cada elemento tem funções bem definidas, o presidente coordena as intervenções de todos os participantes, o tesoureiro é responsável pelos valores angariados com as várias vendas (rifas, venda de Natal) e o secretário é responsável pela ata da reunião. Os papéis são assumidos com seriedade e empenho. É naturalmente incentivada a reflexão em vez da ação impulsiva irrefletida. É um espaço de diálogo, partilha e reflexão, com enorme valor comunicativo e social, pois o cumprimento das regras de convivência social é considerado muito importante por todos (Vieira & Cunha, 2022).

O motivo principal desta reunião é a leitura do jornal de parede. O jornal é constituído por uma folha de papel com quatro colunas, cujos títulos são, “notícias”, “vamos fazer”, “fizemos bem”, e “fizemos mal”. Ao longo da semana qualquer pessoa pode escrever no jornal se pretender transmitir algo a todo o grupo, é uma oportunidade de informar, celebrar, refletir, corrigir e resolver conflitos. O jornal de parede valoriza o papel da escrita como forma de expressão e de comunicação. A ata da reunião surge como instrumento de registo e memória dos assuntos tratados (Vieira & Cunha, 2022).

Outra das vivências coletivas da Instituição são os momentos de recreio que acontecem antes e depois do almoço e depois do lanche, logo antes da entrega da criança ao cuidador. O recreio, normalmente acompanhado pelos estagiários da Instituição, é uma oportunidade de observação participante nas atividades lúdicas livres das crianças. Como nos restantes contextos da Instituição o adulto terá a responsabilidade de intervir com as crianças mantendo a congruência na relação.

Durante uma hora por semana os grupos participam numa sessão de psicomotricidade orientada por um técnico da área. A sessão de psicomotricidade é a oportunidade para a criança explorar o seu espaço corporal assim como o espaço à volta. O objetivo é o de fazer a ponte entre o corporal e o emocional através de uma panóplia de jogos físicos e atividades corporais como, atividades acrobáticas, dramatizações, atividades de motricidade fina e global. Procuram-se atividades que estimulem o corporal com vista a um trabalho emocional (Barros, 1999).

4.3. Referencial teórico de base para a conceptualização de casos clínicos – Terapia Centrada no Cliente

Para a conceptualização teórica de casos clínicos será utilizada, como referencial teórico base, a teoria da terapia centrada no cliente. Destacam-se os seguintes construtos: tendência atualizante, não diretividade, as seis condições necessárias e suficientes para a evolução do processo terapêutico (Nunes et al., 2018). Para aprofundamento da conceptualização de caso recorrer-se á à teoria da personalidade de Rogers (2003), ao conceito de diagnóstico relacional (Hipólito, 2011), e à teoria do desenvolvimento psicoafectivo de Hipólito (2011). Estes conceitos serão apresentados nas secções seguintes deste relatório.

Para a conceptualização dos casos contribuirão ainda os princípios da psicopatologia compreensiva, fundamentada na fenomenologia e na compreensão das perturbações psicológicas, através da compreensão das vivências da pessoa e dos seus determinantes biopsicossociais (Pires & Paulino, 2022; Abreu, 1997).

4.3.1. Os três pilares conceptuais da Terapia Centrada no Cliente

De acordo com Rogers, a Tendência Atualizante (TA) do ser humano é uma tendência ao desenvolvimento, à complexificação e à autonomia, sempre atuante e que se manifesta a nível orgânico, mental e emocional, em todo o organismo. Este conceito inclui a capacidade do organismo em satisfazer as suas necessidades básicas biológicas assim como a sua capacidade e motivação para atingir níveis mais elevados de desenvolvimento psicológico de forma criativa. A TA é vista como a única motivação inerente ao ser humano, todas as outras motivações são a expressão da TA (Rogers, 1959). De acordo com Hipólito (2011) é na TA que residem as potencialidades de auto-organização e autocura do organismo. Por outras palavras é uma tendência natural, sempre presente, que todos os seres humanos possuem de complexificação e de desenvolvimento criativo, em direção à autonomia e maturidade, a partir da atualização das potencialidades inatas do organismo. Este conceito é um dos pilares fundamentais da teoria da TCC (Brodley, 2011 citado por Nunes et al., 2018).

Todas as intervenções terapêuticas realizadas no âmbito da TCC deverão estar suportadas na confiança na TA. Essa confiança traduz-se na colocação em prática dos outros dois pilares da TCC, a não diretividade e as seis condições para a evolução do processo terapêutico (Brodley, 2011 citado por Nunes et al., 2018).

A não diretividade tem como fundamento a confiança do terapeuta na TA e na capacidade de auto-organização, autocura e de desenvolvimento do cliente. O terapeuta centrado no cliente

assume o compromisso de ajudar o cliente sem o desempoderar, permitindo um processo autodeterminado e autodirigido. A não diretividade obriga à suspensão, da parte do terapeuta, de todos os seus juízos e opiniões assim como de todos os comportamentos que possam condicionar o caminho que o cliente está a tomar na relação terapêutica (Brodley, 1997).

No entanto, a não diretividade não pressupõe uma noção de permissividade, indulgência ou indiferença face ao cliente. Nem tão pouco resulta em passividade ou inatividade do terapeuta. A não diretividade suporta-se nas atitudes, sempre presentes, de compreensão empática e olhar positivo incondicional, que permitem um acompanhamento pelo terapeuta do processo de exploração da vivência subjetiva do cliente. O terapeuta faz-se presente pela sua comunicação precisa e constante da percepção da experiência, a cada momento, do cliente, evitando direcionar o cliente no seu projeto de desenvolvimento pessoal (Nunes et al., 2018).

As seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade (Rogers, 2007) ou, de forma mais abrangente, para a evolução do processo terapêutico (Nunes et al., 2018) constituem outro dos pilares fundamentais da teoria da TCC. Rogers (2007) definiu as condições necessárias (essenciais) e suficientes (bastantes, não sendo necessárias outras adicionais) para a mudança construtiva da personalidade, uma mudança para um maior ajustamento, mais maturidade e desenvolvimento.

A primeira condição é a existência de contacto psicológico entre as pessoas envolvidas na relação, que as duas pessoas se percecionem de forma consciente, uma à outra. Esta condição pressupõe que nenhuma das pessoas esteja em estado que impeça o contacto psicológico, como durante uma crise psicótica ou durante o coma (Rogers, 2007).

A segunda condição prevê que o cliente, deve estar num estado de incongruência, ansiedade ou vulnerabilidade. O cliente deve apresentar um estado de discrepância entre a sua experiência orgânica de uma determinada situação e a representação simbólica dessa situação. A representação simbólica real da situação, por ser inconsistente com a autoimagem, é simbolizada de forma distorcida, levando à ansiedade e ao estado de incongruência. De outra forma, o cliente deve aperceber-se, pelo menos, que existe uma ameaça ao seu autoconceito, algo da sua experiência que está em contradição com a representação que faz de si próprio (Rogers, 2007). Um corolário desta condição é que o cliente, fruto da sua vulnerabilidade e / ou ansiedade, deve e expressar um pedido de ajuda, pressupondo uma assunção de compromisso para com o processo terapêutico (Nunes et al., 2018).

A terceira condição, a congruência do terapeuta, propõe que este deve estar, no âmbito da relação, congruente e integrado. Nesta relação terapeuta deve ser genuinamente verdadeiro, a representação que faz de si próprio deve estar congruente com a sua experiência orgânica (Rogers, 2007). O cumprimento desta condição resulta que o cliente deve estar confortável e com sentimentos de bem-estar durante a relação. No entanto esta condição não pressupõe que o terapeuta comunique ao cliente a sua experiência interna, a congruência do terapeuta deve estar ao serviço do cliente (Nunes et al., 2018).

A quarta condição, olhar positivo incondicional, traduz-se numa aceitação calorosa e sem condições sobre a pessoa do cliente. Esta condição pressupõe uma ausência de julgamentos valorativos independentemente das experiências trazidas pelo cliente (que o terapeuta na sua vida privada pode concordar ou não concordar). Para cumprir esta condição o terapeuta deverá abster-se de introduzir na relação quaisquer condições de valor, o cliente deverá ser sempre aceite, dentro dos limites estabelecidos da relação.

A quinta condição refere que o terapeuta deve experienciar e comunicar uma compreensão empática apurada da experiência do cliente e do seu quadro de referência interno. O terapeuta deve ser sensível e compreender profundamente o campo fenomenológico do cliente (pensamentos, significados, sentimentos, emoções) e ainda ser capaz de transmitir essa compreensão de forma clara e completa. Esta é a forma de intervenção mais visível do terapeuta centrado no cliente (Hipólito, 2011).

O terapeuta, por meio da colocação em prática das três condições anteriores, as *core conditions*, unicamente dependentes do terapeuta e indissociáveis entre si, deve procurar fazer o cliente sentir-se incondicionalmente aceite e compreendido. As três *core conditions* resultam numa relação genuína, calorosa, aceitante e compreensiva, em que está pressuposto um profundo respeito pelo cliente enquanto pessoa com potencial de crescimento e desenvolvimento (Nunes et al., 2018).

A sexta e última condição para a evolução do processo terapêutico, refere que o cliente deve perceber, pelo menos num grau mínimo, a compreensão empática e olhar positivo incondicional, que o terapeuta demonstrou por ele. Na perspetiva do cliente, este deve sentir-se minimamente compreendido e aceite pelo terapeuta.

4.3.2. A teoria da personalidade na terapia centrada no cliente

Fruto da sua larga experiência terapêutica, de reflexões teóricas suas e de outros autores da perspectiva humanista, Rogers (2003), vem propor uma teoria da personalidade que ajude a explicar os fenômenos de mudança e transformação observados em numerosos estudos científicos de que foi autor.

Esta teoria foi formulada e organizada em 19 proposições que traduzem as hipóteses da TCC para o funcionamento da personalidade humana, o seu desenvolvimento e mudança (Ray, 2011).

Expõem-se em seguida as 19 proposições tal como propostas por Rogers (2003):

1. Todo o indivíduo existe num mundo de experiência (o campo fenomenal ou campo experiencial), em permanente mudança, do qual ele é o centro. Este campo experiencial inclui tudo o que é experienciado pelo organismo, independentemente de ser acessível à consciência ou não;
2. O organismo reage ao campo percetivo, tal como é percecionado, isto é a realidade. De outra forma a realidade é pessoal e individual e é formada pela percepção que o indivíduo tem do seu campo;
3. O organismo reage ao seu campo fenomenal como um todo organizado, a qualquer alteração do campo experiencial o organismo reage de forma global e organizada, com vista a um fim, a alteração de uma parte provoca alterações em todo o organismo com vista a manter o melhor funcionamento possível do organismo;
4. O organismo tem uma tendência fundamental para atualizar, a Tendência Atualizante, que permite ao organismo conservar-se a si mesmo, desenvolver-se em direção à maturidade, autonomia e autorrealização;
5. O comportamento é essencialmente um esforço para satisfazer uma necessidade, de acordo com a percepção do campo experiencial, percecionado de forma consciente ou não. Estas necessidades poderão ser fisiológicas ou psicológicas;
6. A emoção acompanha e facilita o comportamento dirigido a um fim, a emoção é tão mais intensa quanto mais importante for, para a subsistência do organismo, o comportamento necessário; existem emoções desagradáveis (buscam a saciação de uma necessidade) e as emoções calmas e de satisfação;
7. A melhor perspectiva para entender o campo fenomenal de um indivíduo é o seu quadro de referência interno; o comportamento será melhor compreendido quanto melhor for compreendido o quadro de referência interno do indivíduo;

8. Uma parte do campo experiencial do indivíduo vai-se diferenciando em *self* por ação do desenvolvimento. O conceito de *self* está ligado a um sentimento de controlo e separação do indivíduo do ambiente;
9. A estrutura do *self*, um modelo conceptual, organizado, flexível, mas consistente, de percepções, características e relações de si próprio, assim como de valores ligados a esses conceitos, é formada pela interação com o ambiente e com os outros;
10. Os valores da estrutura do *self*, são, por vezes experimentados diretamente pelo organismo, e noutros casos introjetados da relação com outros, mas mesmo assim experienciados como provenientes do *self*. As experiências que representam uma ameaça à estrutura do *self* são então representadas de forma distorcida, tendo impacto no ajustamento psicológico;
11. Existe três formas fundamentais que o *self* utiliza para se relacionar com a experiência, ou simboliza adequadamente as experiências por serem consistentes com a estrutura do *self*, ou ignora as experiências por não ser percebida uma relação com a estrutura do *self*, ou ainda realiza uma simbolização distorcida pelas experiências serem inconsistentes com a estrutura do *self*. Neste último caso as experiências são apenas organísmicas, o seu significado não é integrado na estrutura do *self* nem é acessível à consciência;
12. O indivíduo comporta-se essencialmente de acordo com o conceito e estrutura do *self*, as necessidades são satisfeitas de forma que a estrutura do *self* não seja ameaçada;
13. Por vezes o comportamento do indivíduo não é apropriado pelo próprio, o locus de controlo é externo, por ser incompatível com a estrutura do *self*, é nestes comportamentos que residem muitas causas de desadaptação psicológica;
14. O desajustamento psicológico ocorre quando existem determinadas experiências sensoriais e viscerais que são rejeitadas da consciência, não se integrando na estrutura do *self*, este representa de forma inadequada as necessidades organísmica, impedindo a sua satisfação e gerando tensão psicológica e potencialmente ansiedade;
15. O ajustamento psicológico acontece quando as experiências organísmica são ou podem ser integradas no conceito de *self*, quando este é ou se torna congruente com a experiência organísmica. Neste estado a tensão psicológica é dissipada;
16. Quanto mais numerosas forem as experiências inconsistentes com estrutura do *self* mais rígida será esta, pois maior é ameaça provocada por estas experiências. Estas experiências levam a uma ativação de defesas com vista à manutenção da estrutura do

self, no entanto essas defesas têm o impacto de agravar a distorção da simbolização das experiências, diminuindo a adaptação psicológica;

17. Em condições ótimas, de ausência total de ameaças à estrutura do *Self*, podem perceber-se e fazer uma tentativa de assimilação e simbolização das experiências não simbolizadas ou distorcidas, como ocorre no decurso de um processo terapêutico;
18. Quando um indivíduo, num esforço de desenvolvimento pessoal aceita e integra todas as suas experiências orgânicas, inevitavelmente compreende e aceita melhor os outros;
19. O ajustamento psicológico é conseguido através de um processo de valorização orgânica, quando o indivíduo aceita e integra na estrutura do *self* um maior número de experiências orgânicas e substitui progressivamente o seu sistema de valores introjetados.

4.3.3. A teoria do desenvolvimento psicoafetivo de Hipólito

Hipólito (2011), a partir da teoria da personalidade de Rogers e de outros autores da corrente humanista (Szent-Gyorgyi, 1974; Goldstein, 1939, Maslow, 1954 citados por Hipólito, 2011), vem propor uma teoria do desenvolvimento psicoafetivo e da etiologia das doenças mentais.

O autor inicia por definir Tendência Atualizante (TA) nos termos em que já foram expostos acima, como uma tendência constante de atualização de potencialidades que leva ao desenvolvimento, desde a concepção do organismo até à sua morte. Sobre os organismos em geral e sobre o ser humano em particular, no seu processo de desenvolvimento, podem ocorrer traumas nas potencialidades de atualização assim como traumas nas condições ótimas de atualização dessas potencialidades. Estes traumas terão o efeito de limitar ou atrasar o desenvolvimento do organismo, impedindo que este atinja o seu máximo potencial de maturidade. Exemplos destes traumas poderão ser problemas durante a gravidez, doença física ou mental da mãe ou problemas no parto (Hipólito, 2011).

Nos meses após o nascimento do ser humano, pode observar-se um movimento em direção à complexificação, física e psicológica. Inicialmente o *self* orgânico (o *self* do bebé nos primeiros meses de vida é puramente orgânico) desenvolve a percepção das suas fronteiras, diferenciando-se do ambiente e paralelamente desenvolve a noção do outro significativo, habitualmente o cuidador mais presente, e dos outros, menos presentes. A percepção do outro significativo é a base do processo de vinculação, no qual o bebé se apercebe que necessita do amor do outro para sobreviver. Quando as suas necessidades não são satisfeitas

pelo outro significativo, por não serem bem aceites por este, estabelecem-se as condições de valor. O bebé percebe que não é amado e aceite incondicionalmente, mas antes que tem de se conformar a determinados parâmetros para corresponder às condições de valor da mãe. A criança é colocada perante um dilema, satisfazer as necessidades que não são aceites pelos pais pode significar perder o amor destes, que é essencial à sobrevivência (Hipólito, 2011).

A presença das condições de valor irá provocar uma dissociação entre as suas reais necessidades orgânicas e a sua simbolização, a sua representação mental. Pois estas necessidades, não sendo aceites pelo próprio, por um processo de introjeção das condições de valor dos cuidadores, só podem ser simbolizadas de forma distorcida ou não simbolizadas de todo. Esta dissociação cria uma discrepância, uma incongruência entre o *self* percecionado e o *self* ideal, levando uma diminuição da estima de si, a uma externalização do locus de controlo e ao surgimento dos sintomas de desajustamento (Hipólito, 2011).

De acordo com Hipólito (2011) o sintoma é “o melhor equilíbrio possível do organismo e possui um carácter positivo na medida em representa a organização que este conseguiu criar em determinada situação, para se manter em funcionamento” (Hipólito, 2011, pp.155).

As dissociações, originarão sintomas, que poderão ser somáticos, neuróticos ou mesmo psicóticos quando há uma perda da discriminação entre o real o imaginário. Independentemente do tipo de sintoma, a finalidade é que a pessoa encontre o melhor ajustamento possível dadas as circunstâncias da sua vida. Num ambiente sem traumas e com condições de valor mínimas, o indivíduo atingiria o ideal de pleno funcionamento psico-afetivo (Hipólito, 2011).

Assim a compreensão da psicopatologia de uma pessoa deve ser realizada à luz dos traumas e condições de valor a que esteve exposta ao longo da sua vida.

4.4. Ludoterapia e ludoterapia centrada na criança

4.4.1. História e precursores da ludoterapia

A psicoterapia de crianças terá tido o seu início com o tratamento psicanalítico do “Pequeno Hans”, levado a cabo por Freud, por intermédio do pai da criança, que seguia a indicações interpretativas de Freud na análise doméstica de Hans (Santos, 2018). O autor realçou o carácter simbólico da atividade de brincar, apesar de nunca ter trabalhado diretamente com crianças (Ray, 2011).

Outros autores, interessados principalmente, no tratamento de crianças realçaram a importância do brincar como técnica simbólica alternativa às técnicas utilizadas em adultos (Hug-Hellmuth, 1913/1921 citada por Santos, 2018). Terá sido Hug-Hellmuth a primeira psicanalista a utilizar a ludoterapia como método de análise (Ray, 2011).

Anna Freud e Melanie Klein tiveram uma importância primordial na expansão da utilização da ludoterapia no tratamento psicanalítico. Enquanto Freud utilizava a ludoterapia numa fase inicial para estabelecer a aliança terapêutica, utilizando poucas interpretações nesta fase. Depois da relação de transferência ter sido bem estabelecida as interações tornavam-se mais verbais e a interpretação era usada com mais frequência. Por outro lado, Klein defendia que o brincar infantil equivaleria à associação livre nos adultos e interpretava tudo o que se passa durante o brincar, pois tudo possuía um significado latente (Ray, 2011). Klein debruçou-se sobre a importância dos brinquedos e outros materiais lúdicos, referindo que estes eram essenciais à terapia, e deveriam ser tão neutros quanto possível para permitir a projeção de vivências e fantasias da criança (Santos, 2018).

Tanto Melanie Klein como Anna Freud utilizavam um método pouco estruturado, em que o brincar era direcionado pela criança. David Levy utilizou uma abordagem mais estruturada da ludoterapia. Este autor, fundamentado no pensamento psicanalítico, realçou a importância do brincar e do seu importante efeito terapêutico por si só, no entanto a estrutura das suas sessões incluía por vezes *roleplaying* de situações traumáticas com o objetivo de levar à catarse (Ray, 2011; Levy, 1938 citado por Santos, 2018).

Na sequência do surgimento da ACP, fundada por Rogers, uma sua discípula, Virginia Axline, introduz e lança as bases da ludoterapia não diretiva (Axline, 1969; Santos, 2018). Esta autora aplicou princípios da ACP e da Terapia Centrada no Cliente à ludoterapia. Inicialmente denominada ludoterapia não diretiva, a autora posteriormente alterou a designação para

ludoterapia centrada na criança (LTCC) (Santos, 2018). A LTCC será abordada na secção seguinte deste relatório.

Winnicott foi outro dos autores essenciais da história da ludoterapia. Este autor defende que o brincar surge do espaço transacional criado entre o mundo interno e o mundo externo da criança. Este espaço transacional, o espaço da fantasia que interliga a realidade externa e o mundo interno, um espaço de ilusão, é adequadamente criado na relação entre o bebé e a mãe. A “mãe suficientemente boa” permite que a criança sinta a frustração, mas só até um certo ponto. Esta assegura que as necessidades da criança são sempre satisfeitas, mas permitindo que a criança experiencie a insatisfação. A mãe suficientemente boa permite que a criança explore o mundo à sua volta, mas mantém sempre uma atitude de disponibilidade, segurança e acolhimento, aligeirando adaptação ativa que permita a satisfação das necessidades do filho à medida que este se desenvolve e ganha autonomia (Winnicott, 2005; Santos, 2018).

Na sequência do trabalho de Axline, outros autores aprofundaram a sua teoria (Landreth, 1990 citado por Santos, 2018), realizaram estudos de eficácia (Landreth & Giordano, 2001; Kot et al., 1998 citados por Santos, 2018) e propuseram novas intervenções terapêuticas como a ludoterapia filial (Guerney, 1964; Landreth & Bratton, 2006 citados por Santos, 2018).

No fim do século XX a ludoterapia desenvolveu-se e expandiu-se, muitos dos modelos teóricos terapêuticos desenvolveram a sua forma de ludoterapia, incluem-se aqui a ludoterapia psicodinâmica, ludoterapia gestalt, ludoterapia cognitivo-comportamental, entre muitas outras (Ray, 2011).

4.4.2. Ludoterapia centrada na criança (LTCC)

De acordo com Axline (1969) a ludoterapia é um método de ajudar as crianças com dificuldades a ajudarem-se a si próprias. A ludoterapia centrada na criança consiste na criação de um ambiente o mais favorável possível ao crescimento saudável. Este ambiente deve permitir a expressão emocional livre e segura, na ausência de julgamentos. O controlo e direção da terapia é inteiramente exercido pela criança. O ambiente da terapia permite que a criança seja ela própria, livre de todos os constrangimentos habituais da vida fora da terapia. A criança é tratada com respeito e com aceitação total da sua pessoa. O ambiente da terapia é de aceitação total e permissividade.

Esta intervenção é baseada no facto de o brincar ser a forma de expressão preferencial da criança. Um dos princípios da ludoterapia centrada na criança é que a criança tem dentro de si todos os recursos para fazer face às suas dificuldades, assim, a ludoterapia deve ser não diretiva,

ou seja, autodirigida pela criança. Axline assenta a sua ludoterapia não diretiva na teoria da terapia centrada no cliente que propõe a Tendência Atualizante (TA) como a força sempre atuante no ser humano em direção à sua autorrealização. A TA sobressai na criança que, crescendo de forma relativamente normativa, rapidamente ultrapassa as más experiências, revela curiosidade e prazer com a vida, retira grande satisfação do seu desenvolvimento e crescimento para o qual tem um impulso interno, possui uma ampla capacidade de expressão emocional (Axline, 1969).

É clara a influência fenomenológico-existencial no pensamento da autora, quando refere que o crescimento pessoal é um processo contínuo, dinâmico e em espiral, de interação do ambiente com as características psicológicas do indivíduo, em que as experiências transformam o indivíduo levando-o a transformar a sua percepção de si próprio e do seu ambiente. A autora defende uma flexibilidade da personalidade e do comportamento que permite um olhar positivo sobre o ser humano. A ludoterapia não diretiva promove a internalização do locus de controlo e a autonomia da criança (Axline, 1969).

A autora refere que a criança necessita de apoio terapêutico quando o seu ajustamento se torna desadequado às necessidades eminentes. Quando por alguma razão da sua experiência (condições de valor por exemplo) a criança não consegue obter satisfação direta para as suas necessidades, ela obterá essa satisfação por meio indiretos, que exigem esforço, e não permitem uma real satisfação da necessidade, levando a desajustamento, sofrimento psicológico e incongruência do comportamento da criança face às suas necessidades. O comportamento da criança é o resultado total das experiências que a moldaram (Axline, 1969).

Axline define oito princípios básicos que permitem guiar o ludoterapeuta centrado na criança (Axline, 1969; Landreth, 2002 citado por Santos, 2018):

1. O terapeuta deve estabelecer uma relação acolhedora, amigável e calorosa na qual a comunicação positiva com a criança acontece o mais cedo possível;
2. O terapeuta aceita a criança como ela é;
3. O terapeuta promove um sentimento de permissividade e aceitação na relação, de modo que a criança se sente livre para expressar completamente os seus sentimentos;
4. O terapeuta está atento à criança, reconhecendo os seus sentimentos e a refletindo-os de forma compreensível, com o objetivo de que esta ganhe consciência sobre eles;

5. O terapeuta tem um profundo respeito pela capacidade da criança em resolver os seus próprios problemas e reconhece a responsabilidade da criança para fazer escolhas e mudanças;
6. O terapeuta não tenta direcionar as ações ou verbalizações da criança; a criança indica o caminho que o terapeuta segue;
7. O terapeuta não apressa a terapia, reconhece que este é um processo gradual;
8. O terapeuta estabelece apenas os limites mínimos necessários para manter o processo fundado na realidade e para fazer a criança reconhecer a sua responsabilidade na relação.

Os terapeutas são incentivados a aplicar estes oito princípios de forma sistemática, consciente, e congruente, pois o sucesso da terapia está fortemente ligado à sua colocação em prática (Santos, 2018). No entanto a utilização destes princípios não garante a cura com sucesso de todas as perturbações, no entanto o acumular de experiência do terapeuta parece indicar que a aplicação destes princípios tem resultados encorajadores no alívio do sofrimento das perturbações de ajustamento (Axline, 1969).

Um dos fatores determinante do sucesso da terapia parece ser a qualidade da relação que é estabelecida entre a criança e terapeuta. Relação essa que deve ter como fundamento a aplicação dos suprarreferidos princípios.

4.4.3. Especificidades da Ludoterapia centrada na criança

Ao contrário da terapia com adultos, na LTCC, o cliente é a criança e a sua família, pois é esta que toma a decisão de iniciar o processo. Esta decisão é frequentemente tomada como último recurso, pois a família pode sentir que falhou na educação dos filhos, tendo de recorrer a ajuda externa, acarretando isto sentimentos de culpabilidade. É essencial reconhecer e valorizar estes sentimentos da família, estabelecendo uma aliança terapêutica também com a família (Santos, 2018).

Deve também ser estabelecido um contrato terapêutico verbal, a família deve concordar e cumprir, ao longo do processo, com algumas condições básicas, como a periodicidade e duração das sessões, honorários e pagamentos, horários, objetivos terapêuticos, desmarcações, reuniões com os pais entre outras condições (Santos, 2018).

Também deve ser dada especial importância ao primeiro encontro com a família, com o objetivo de avaliar a dinâmica familiar e de que forma o sintoma da criança pode ser uma expressão da disfuncionalidade familiar (Santos, 2018).

Uma vez que a família é que toma a decisão de iniciar a ludoterapia, no início do processo, é comum que a criança não se constitua cliente, não sendo cumprida a segunda condição para a mudança terapêutica, a incongruência do cliente. É, portanto, essencial que se faça cumprir esta condição, através do aprofundamento da relação, nos estágios iniciais do processo, criando um ambiente caloroso e acolhedor, que a criança reconheça como uma oportunidade de crescimento.

Por outro lado, pode também acontecer que a criança esteja pouco motivada para o processo, ou pode mesmo sentir o processo como ameaçador, evitando o contacto psicológico com o terapeuta (Brites, 2002). Nestas situações poderá ser útil recorrer ao proposto por Prouty (2001), a pré-terapia, como forma de estreitar o contacto psicológico e fazer cumprir em maior grau as seis condições necessárias e suficientes à mudança terapêutica.

Relativamente ao *setting* e materiais da LTCC, Santos (2018) e Axline (1969), estão relativamente alinhadas nas suas sugestões. A sala deve ter espaço suficiente para o brincar se desenrolar, com pouca mobília, apenas a essencial (estante com brinquedos, mesa e cadeiras). As paredes e o chão devem ser facilmente laváveis. Relativamente aos brinquedos disponíveis as autoras referem como essenciais os seguintes: bonecos que representam a família, conjunto de bonecos soldados, bonecos com figuras animais selvagens e domésticos, biberão, penico, utensílios de cozinha, alguidar, pá e vassoura, telefone, peças construtivas de madeira, materiais para moldar (plasticina ou barros), material para desenhar e pintar, tesoura, ferramentas de brincar, estojo médico, livro, lenço, veículos, pistola. Outros brinquedos também relevantes, mas não essenciais são a caixa de areia, elementos naturais (pinhas, pedras, conchas), meios de transporte (autocarros, carros, comboios entre outros), edifícios, figuras humanas, figuras de fantasia (fadas, bruxas, monstros, entre outros), teatro e fantoches, casa de bonecas com mobília (Santos, 2019, Axline, 1969).

4.4.4. Eficácia da Ludoterapia centrada na criança

É já significativa a literatura científica reunida ao longo de mais de 70 anos de investigação sobre a eficácia da LTCC (Ray, 2011).

Apresentam-se em seguida três estudos, dos mais significativos e com maior evidência de validade científica, dos 63 estudos referidos por Ray (2011).

Os autores Garza e Bratton (2005) realizaram um estudo experimental, no qual compararam uma intervenção de LTCC de 30 minutos semanal durante 15 semanas com uma intervenção em pequeno grupo baseada no currículo. A população alvo foi constituída por 29

crianças referenciadas por problemas de comportamento, com idades entre os 5 e os onze anos. Os resultados demonstraram que a LTCC apresentou uma diminuição mais significativa dos problemas de comportamento do que a outra intervenção.

Ray e colaboradores (2007) realizaram um estudo com experimental, no qual foi comparada uma intervenção de LTCC e uma intervenção de mentoria de leitura (ambas as intervenções com 16 sessões de 30 minutos ao longo de 8 semanas). A população foi constituída por sessenta crianças, com idades entre os 5 e os onze anos com diagnóstico de PDAH. A LTCC demonstrou uma melhoria mais significativa que a condição de mentoria de leitura, ao nível da labilidade emocional e na ansiedade/retirada.

Danger e Landreth (2005) também realizaram um estudo experimental no qual compararam uma intervenção conjunta de LTCC em grupo e terapia da fala com uma intervenção de terapia da fala. A intervenção de LTCC em grupo teve 25 sessões ao longo de 7 meses. Participaram no estudo 21 crianças com idades entre os 3 e os 6 anos com dificuldades na linguagem. As crianças na condição experimental (que receberam LTCC em grupo) aumentaram mais os seus resultados ao nível da articulação, da linguagem recetiva e linguagem produtiva (apesar de devido à pequena amostra os resultados não terem significância estatística) do que as crianças do grupo de controlo que apenas receberam a terapia da fala.

4.5. Integração de modelos – Pedagogia Terapêutica e Abordagem Centrada na Pessoa

Tendo sido dada, pela Instituição e Orientador do local de estágio, autonomia de intervenção, de acordo com o modelo terapêutico de formação recebido por mim, na parte curricular do curso de mestrado, é essencial refletir como pode a intervenção pedagógico-terapêutica ser integrada com a teoria da abordagem centrada na pessoa. Neste âmbito, a intervenção será encarada como uma intervenção psicopedagógica, como definido nos princípios da Pedagogia Terapêutica enunciados por Santos (2005), mas em que o foco principal não será a tarefa pedagógica, mas antes uma qualidade de relação genuína entre o pedagogo-terapeuta e a criança, que se pode considerar terapêutica, através da qual podem ser colocadas em prática as atitudes relacionais propostas por Rogers (2007) e em que pode ser realizado o diagnóstico relacional das 6 condições necessárias e suficientes para a evolução do processo terapêutico (Rogers, 2007; Hipólito, 2011; Nunes et al., 2018).

A nível conceptual, apesar da IPT ser inspirada na psicologia dinâmica, parecem existir pontes com a abordagem centrada no cliente (ACP). Ambas colocam a ênfase numa atitude centrada no aluno, que se revela diferente na sua adaptação ao meio escolar e social, procurando entrar no quadro de referência interno da cada criança, numa atitude não diretiva (Barros, 1999).

Parte III

Trabalho de Estágio

5. Objetivos de estágio

Nas secções seguintes serão apresentados os objetivos gerais e específicos propostos no âmbito do estágio. Os objetivos foram delineados com vista ao desenvolvimento e obtenção de um nível mais elevado nas competências primárias dos psicólogos, como definidas no Regulamento da EFPA sobre o *Europsy*, Certificado Europeu de Psicologia (EFPA, 2015).

5.1. Objetivos Gerais

Os objetivos gerais do estágio de acordo com o certificado Europeu de Psicologia (EFPA, 2015) são:

- I. realizar um treino inicial à prática profissional da psicologia clínica;
- II. integrar conhecimentos teóricos e práticos;
- III. adquirir conhecimentos sobre procedimentos em psicologia;
- IV. realizar prática supervisionada, ter a oportunidade de refletir sobre a prática realizada obtendo daí conclusões que melhorem a prática futura;
- V. vivenciar a atividade laboral real da psicologia inserido numa equipa.

5.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos estabelecidos para este estágio foram divididos em seis grandes categorias funcionais: Observação / Avaliação / Especificação de Objetivos, Compreensão, Delineamento / Desenvolvimento de intervenções, Intervenção, Avaliação Final e Comunicação (adaptado de EFPA, 2015).

Os objetivos específicos estabelecidos para este estágio são os seguintes:

- Categoria Funcional - Observação / Avaliação / Especificação de Objetivos:
 - I. Analisar as necessidades de clientes, crianças, suas famílias, cuidadores, instituições escolares e sociais, estruturas de apoio comunitário e sociedade em geral, no que concerne ao ótimo desenvolvimento e qualidade de vida das crianças;
 - II. Realizar a avaliação psicológica individual de crianças;
 - III. Realizar a avaliação familiar;
 - IV. Realizar avaliação psicopedagógica de grupos.
- Categoria Funcional - Compreensão:
 - V. Aprofundamento de conhecimentos sobre o modelo teórico de intervenção da Instituição e outras áreas relevantes;

- VI. Conceptualizar casos clínicos a partir da informação obtida na avaliação psicológica;
- VII. Estabelecer objetivos pedagógicos e terapêuticos.
 - Categoria Funcional - Delineamento / Desenvolvimento de intervenções:
- VIII. Planear as intervenções psicopedagógicas e psicoterapêuticas;
- IX. Conceber estratégias de intervenção no âmbito psicoterapêutico e psicopedagógico.
 - Categoria Funcional – Intervenção:
- X. Intervir psicopedagogicamente com crianças e famílias no âmbito das atividades gerais da instituição (recreios, almoços terapêuticos, momentos de interação com famílias, entre outros);
- XI. Intervir diretamente em grupos psicopedagógicos de crianças;
- XII. Intervir diretamente com crianças no âmbito de psicoterapia de apoio individual.
 - Categoria Funcional – Avaliação Final:
- XIII. Avaliar a evolução e resultados das intervenções psicopedagógicas de grupo e psicoterapêuticas individuais.
 - Categoria Funcional – Comunicação:
- XIV. Fornecer informação relevante às crianças, famílias e outros responsáveis e cuidadores relativamente à evolução e resultados das intervenções psicológicas;
- XV. Redigir relatórios de avaliação psicológica e outros documentos informativos;
- XVI. Comunicar com a restante equipa técnica e supervisores da instituição relativamente a aspetos psicológicos relevantes das crianças;
- XVII. Dinamizar ação de formação para a equipa técnica sobre temas relevantes para a atividade da Instituição;
- XVIII. Comunicação com instituições parceiras da Instituição de estágio.

6. Atividades de Estágio

Em seguida são apresentadas as atividades de estágio, diretas, indiretas e não planeadas inicialmente, que permitiram que os objetivos propostos fossem atingidos.

Na tabela seguinte é apresentada a lista de atividades realizadas e o número de horas dedicada a cada uma ao longo de todo o estágio. O estágio decorreu no ano letivo de 2022/2023 e teve a duração de nove meses, ao longo dos quais realizei 447 horas de trabalho de estágio.

Tabela 1*Atividades de estágio, respetivos objetivos e n.º de horas de estágio dedicadas.*

Atividades de Estágio		N.º dos Objetivos Específicos aos quais as atividades dão cumprimento	N.º de Horas Realizadas
Atividades diretas gerais	Acolhimento das crianças na chegada à Instituição	I; IV; X	13
	Acompanhamento e observação dos almoços terapêuticos	I; II; IV; X; XIII	30
	Acompanhamento, interação com as crianças e mediação e observação das interações das crianças nos recreios	I; II; IV; X; XIII	40
	Acompanhamento e observação do lanche	I; II; IV; X; XIII	9
	Entrega das crianças à família ou cuidadores.	I; II; III; IV; X; XIII	1
Atividades diretas do âmbito da psicologia clínica	Facilitação e dinamização das atividades de pedagogia terapêutica em grupo de crianças	XI	75
	Avaliação psicológica de crianças de acordo com o método psicopedagógico específico da instituição, a observação de crianças e avaliação psicológica compreensiva.	I; II	9
	Avaliação familiar de acordo com o método de avaliação da instituição, o acolhimento de famílias	III	4
	Acompanhamento individual de crianças em apoio psicológico	I; XII	27
	Acompanhamento e observação das sessões de psicomotricidade das crianças	XI	3
	Devolução dos respetivos resultados de avaliação psicológica e de intervenção psicológica às crianças e famílias/outros cuidadores.	XIV	4
Atividades indiretas	Participação em reuniões de orientação em psicologia	I; VI; VII; VIII; IX; XIII; XVI	17
	Participação em reuniões de equipa técnica de planeamento da intervenção pedagógico-terapêutica.	I; VII; VIII; IX; XIII; XVI	4
	Elaboração de anamnese individual e familiar e conceptualização de casos baseada na literatura científica.	V; VI; VII	22
	Participação em reuniões de supervisão clínica de criança	V; VI; VII; VIII; XVI; XVIII	41
	Participação em reuniões de supervisão clínica familiar	V; VI; VII; VIII; XVI; XVIII	18
	Participação em formações internas e externas planeadas pela Instituição	V; VIII; IX	18
	Participação em reuniões com entidades parceiras externas com objetivo de definir e acompanhar protocolos de colaboração.	XVIII	1
	Elaboração de registos de observações e reflexões sobre todas as atividades realizadas.	I; V; VI; VII; VIII; IX; XIII	45
	Elaboração de relatórios de avaliação psicológica, conceptualização de caso e propostas de intervenção psicopedagógica e psicoterapêutica.	XIV; XV; XVI	13
Atividades não planeadas diretas	Preparação e dinamizar ação de formação para a equipa técnica da instituição	XVII	13
	Acompanhamento das crianças em visitas fora da instituição, incluindo observação, interação, planeamento e desenvolvimento de atividades.	I; IV; X; XIII; XVI	11
Atividades não planeadas indiretas	Participação em reuniões de equipa para avaliação periódica de todas as crianças - Trimestrais	V; VI; VII; VIII; XVI	22
	Preparação e implementação de atividades de divulgação da intervenção da Instituição junto das famílias.	I; III; X; XIV	4
Total de horas de estágio realizadas			447

Da tabela anterior é possível verificar que todos os objetivos delineados tiveram atividades que lhes deram cumprimento e às quais correspondem um determinado número de horas de estágio. Também é possível verificar que a atividade com maior número de horas dedicadas é a facilitação e dinamização das atividades de pedagogia terapêutica em grupo de crianças (75 horas de estágio dedicadas). Nesta atividade estão incluídas várias subactividades

que ocuparam a maior parte do dia na maior parte dos dias de estágio. Esta atividade, realizada sempre em conjunto e sob supervisão de um professor responsável, é a atividade mais característica e mais marcante da Instituição. Os grupos de pedagogia terapêutica são organizados de forma que as crianças possam participar duas vezes por semana, durante um período de cerca de quatro horas em cada dia. A minha presença no referido grupo, a partir do mês de janeiro de 2023, foi constante. Esta atividade iniciava-se às 13:30 prolongando-se até às 16:00. Uma vez por semana o grupo de apoio pedagógico-terapêutico (APT) interrompia a sua atividade em sala para que se realizasse uma sessão de psicomotricidade no ginásio. As atividades do grupo eram planeadas em reunião de equipa e implementadas pelo professor no grupo de crianças. A minha participação envolvia apoiar as crianças na realização das tarefas propostas, através da colocação em prática, no maior grau possível, das atitudes nodais da ACP, congruência, olhar positivo incondicional e compreensão empática. Ainda no âmbito da facilitação de atividades de pedagogia terapêutica, algumas das atividades foram preparadas e propostas ao grupo por mim, com o objetivo de despertar o interesse pela leitura e desenvolver esta competência. O grupo de APT de nível avançado, com o qual eu colaborei ao longo de todo o estágio, teve um número variável de elementos ao longo do ano, chegando a ter cinco crianças com idades entre os oito e os dez anos. Todas as crianças possuíam algum tipo de perturbação que as impedia de ter uma plena integração escolar. Frequentemente as aprendizagens estavam comprometidas, mas em outros casos as dificuldades relacionavam-se apenas com aspetos da atenção e do comportamento na sala de aula.

A segunda atividade com mais horas dedicadas foi a elaboração de registos de observações e reflexões sobre todas as atividades realizadas (45 horas dedicadas). O número de horas elevado desta atividade deve-se ao facto de ter havido um período inicial do estágio em que eu não estive diretamente integrado na IPT, podendo utilizar mais tempo para escrever e refletir sobre as observações realizadas. Realço que considero esta atividade essencial à minha atividade enquanto psicólogo, pois é um método de sistematização da informação que permite aprofundar a reflexão sobre as crianças, relacionando informações relevantes que permitem lançar hipóteses clínicas válidas. Além da produção de registos e reflexões escritas pessoais, incluem-se aqui a elaboração de atas de reunião de supervisão clínica e de reuniões de supervisão familiar. Está ainda incluída nesta atividade a elaboração de registos, relatos e reflexões dos casos em acompanhamento em apoio psicológico individual.

Outra atividade, a meu ver, essencial à atividade da psicologia clínica responsável e focada na melhoria contínua dos resultados, da eficiência e eficácia das intervenções, é a

participação em reuniões de supervisão clínica de criança. Estas reuniões realizaram-se semanalmente e tinham duração de cerca de 90 minutos. Contavam com a participação de um médico pedopsiquiatra, psicanalista (o supervisor), que após apresentação dos elementos obtidos na observação da criança, e no acolhimento familiar, apresentava uma hipótese explicativa do funcionamento psicológico da criança e sugestões de intervenção. Toda a equipa técnica participava nestas reuniões e por vezes estavam presentes técnicos de outras instituições que também intervinham com a criança a outros níveis (professores titulares, professores de educação especial, educadores, psicólogos, assistentes sociais, entre outros). Todos os casos são abordados em reunião de supervisão clínica antes do início da intervenção, alguns casos mais complexos são abordados após alguns meses de intervenção. Esta atividade tem também um número de horas muito relevante (41 horas dedicadas) e representa também uma extraordinária oportunidade de aprendizagem ao nível da teoria psicodinâmica, da psicopatologia da criança e da teoria dinâmica do funcionamento familiar. Frequentemente a minha presença pautava-se por uma posição de aprendizagem, no entanto, nos casos em discussão com os quais intervinha diretamente (em grupo de APT ou em acompanhamento psicológico individual) a minha participação era mais ativa, participando através da partilha das informações que considerei relevantes para a avaliação do supervisor.

As atividades, acompanhamento, observação, mediação e interação com as crianças nos recreios, acompanhamento, observação dos almoços terapêuticos, acolhimento das crianças na chegada à instituição, acompanhamento e observação do lanche e entrega das crianças à família ou cuidadores estão muito relacionadas, todas permitiram a interação com as crianças em ambientes muito informais e descontraídos e aconteceram em todos os dias de estágio. Eram as atividades que alternavam com o APT e com outras atividades mais formais, e que marcavam a estrutura e a dinâmica do dia da criança na Instituição. A criança era recebida por volta das 12:00, havendo um período de recreio até à hora de almoço. Após o toque para o almoço, às 12:30, todas as crianças deveriam subir para o refeitório, lavar as mãos e sentarem-se na sua mesa. Em cada mesa estava sentado um mesmo grupo de APT, o professor/educador responsável e o estagiário afeto a esse grupo. Cada criança deveria servir o seu prato, havendo por vezes a necessidade de apoio de um adulto nesta tarefa. A refeição começava sempre por sopa, havia um prato principal acompanhado por salada e por fim uma sobremesa constituída por fruta na maior parte das ocasiões. Após o almoço (por volta das 13:00) as crianças desciam novamente ao recreio onde permaneciam até às 13:30, altura em que havia um toque de sineta a indicar a hora de entrada nas salas de APT. Às 16:00 havia outro toque que indicava o término

do grupo APT e o início do lanche. Após o lanche a criança era entregue à família ou cuidador delegado, terminando o seu dia na instituição. Estas atividades contavam com a presença das crianças do grupo de APT avançado, no qual eu me inseria como estagiário de psicologia, bem como as crianças do grupo inicial de APT. O conjunto dos dois grupos perfazia um total de nove crianças com idades entre os seis e os 11 anos. Todos apresentavam alguma problemática do foro da saúde mental e dificuldades de integração escolar, apesar de todos terem um funcionamento cognitivo normativo. A criança mais nova frequentava o último ano do Jardim de Infância e a mais velha o quarto ano de escolaridade.

Por um lado, estas eram as atividades mais prazerosas para mim, mas por outro representavam uma responsabilidade acrescida, pois os estagiários estavam frequentemente responsáveis pela dinamização dos recreios e pela distribuição do lanche. No recreio as atividades de brincadeira mais frequentemente escolhidas pelas crianças eram o jogo de futebol, no entanto havia sempre crianças que preferiam outras atividades como a “Apanhada”, “Escondidas”, “*Ping-Pong*”, jogos de magia, saltar no trampolim, entre outras. Eu participava ativamente em todas as atividades, por vezes propondo outros jogos, sempre tentando manter a congruência, olhar positivo incondicional e compreensão empática. Estando também sempre atento aos limites das agressões físicas e verbais, incentivando e colocando limites sempre que necessário. O total das horas dedicadas a estas cinco atividades diárias é muito significativo (93 horas). Realço que, apesar de não estarem inicialmente planeadas, no mesmo âmbito, foram realizadas 11 horas para acompanhamento das crianças em visitas fora da instituição, incluindo observação, interação, planeamento e desenvolvimento de atividades.

O acompanhamento individual de crianças em apoio psicológico foi uma das atividades centrais deste estágio, à qual foram dedicadas 27 horas. Foram acompanhados dois casos, “António” esteve presente em 21 sessões de 50 minutos e “Quim” esteve presente em seis sessões de cerca de 45 minutos (nomes fictícios). O caso de António será descrito em pormenor na secção seguinte do relatório. Em ambos os casos procurei colocar em prática as seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica (Rogers, 2007), em conjunto com o questionamento dirigido aos temas considerados centrais para o funcionamento psicológico das crianças, de acordo com as orientações do supervisor do local de estágio. No caso de António os objetivos da intervenção eram psicoterapêuticos, com vista à melhoria da sua qualidade de vida e ao desenvolvimento pessoal e de competências para lidar mais eficazmente com os desafios. No caso de Quim os objetivos eram mais psicopedagógicos, relacionados com a leitura e com a escrita. A intervenção era baseada nestas tarefas, em sessões

curtas, para que através e além da melhoria das competências escolares fosse também promovido o desenvolvimento pessoal, a autonomia e a internalização do locus de controlo.

Na sequência da avaliação psicológica e do acolhimento familiar (avaliação familiar) realizadas no estágio, atividades às quais foram dedicadas 13 horas, deu-se cumprimento também às atividades de elaboração de anamneses e conceptualização de casos (com 22 horas dedicadas).

Também no decorrer do trabalho clínico de avaliação psicológica foram dedicadas 13 horas à realização de relatórios de avaliação psicológica, conceptualização de caso e propostas de intervenção terapêutica. Também neste âmbito foram realizadas quatro horas para devolução de resultados de avaliação e intervenção psicológicas, às famílias das crianças em causa.

A atividade de participação em reuniões trimestrais de equipa para avaliação periódica de todas as crianças teve 22 horas dedicadas. Nestas reuniões eu participava relatando as observações que tinha realizado sobre as crianças com as quais estava em intervenção direta (no grupo avançado de APT ou em intervenção individual) ao longo do período em avaliação. Apresentava as minhas observações à equipa relacionando-as com um padrão de desenvolvimento normativo e de saúde mental.

A instituição, pela sua via de intervenção como CAFAP, providenciava para toda a equipa técnica a oportunidade de, em reuniões de supervisão familiar, refletir sobre os casos considerados mais prioritários. Contando com a presença de um supervisor, psicólogo, psicanalista, com experiência de supervisão familiar com equipas. A minha intervenção nestas reuniões foi a partir de uma posição de aprendizagem, uma vez que não tive intervenção direta com nenhuma família das abordadas nestas reuniões. No entanto a oportunidade de aprendizagem foi extraordinária, pela experiência e conhecimento transmitido pela equipa e pelo supervisor nestas reuniões. A supervisão familiar acontecia quinzenalmente e tinha uma duração de 90 minutos.

A instituição tem no seu planeamento a realização de uma formação quinzenal de 90 minutos para toda a equipa técnica, ministrada por formadores internos ou externos à Instituição. Uma parte significativa dos temas abordados estiveram relacionados com a IPT e foram também uma excelente oportunidade de aprendizagem. Todos os formadores tinham larga experiência nos temas abordados e tivemos ainda a oportunidade de privar com alguns dos colaboradores diretos do fundador da instituição e grande impulsionador da IPT em Portugal.

Para a correta orientação do estágio em psicologia foram fundamentais as reuniões de orientação em psicologia às quais foram afetas 17 horas de estágio.

Também com 13 horas de estágio dedicadas, destaco as atividades de preparação e dinamização de uma ação de formação para a equipa técnica da instituição. Nesta ação de formação foi meu objetivo fazer uma resumida introdução à teoria da ACP, abordado temas como os precursores e os fundamentos filosóficos, biografia de Carl Rogers, os três pilares da ACP, as *core conditions* e a ludoterapia centrada na criança (Nunes et al., 2018; Santos, 2018).

As atividades de participação em reuniões de equipa técnica de planeamento da intervenção pedagógico-terapêutica, preparação e implementação de atividades de divulgação da intervenção da Instituição junto das famílias, acompanhamento e observação das sessões de psicomotricidade das crianças e participação em reuniões com entidades parceiras externas com objetivo de definir e acompanhar protocolos de colaboração, tiveram um impacto menos significativo ao longo do estágio em número de horas dedicadas (total de 13 horas), mas não deixaram de ser oportunidades de aprendizagem muito relevantes e úteis para a minha construção enquanto profissional da área da psicologia.

No Anexo I é possível consultar o cronograma das atividades distribuídas ao longo de todo o período de estágio.

6.1. Trabalho Clínico –Acompanhamento individual em apoio psicológico e avaliação psicológica

6.1.1. Caso clínico I – António - Acompanhamento individual em apoio psicológico

Nesta secção será apresentado e descrito em detalhe o caso clínico de António (nome fictício), um rapaz de 11 anos, referenciado à Instituição por queixas de problemas de comportamento, dificuldades na manutenção da atenção, compromisso das aprendizagens escolares e perturbação dos sons da fala. O António foi acompanhado em apoio psicológico individual, em 21 sessões semanais de 50 minutos. Foi construída uma relação terapêutica positiva com momentos em que estiveram presentes as seis condições necessárias e suficientes para a evolução do processo terapêutico (Nunes et al., 2018; Rogers, 2007). Não foi realizada avaliação psicológica ao António.

Nas secções seguintes deste relatório será apresentada a descrição do caso, elaborada a partir dos dados do processo na Instituição, dos dados obtidos nas sessões de acompanhamento em apoio psicológico e das reuniões com os pais. Será descrito o processo de acompanhamento em apoio psicológico e será apresentada a conceptualização clínica do caso.

6.1.2. Descrição do caso

Dados biográficos e da referenciação

António tem 11 anos (nasceu em março de 2012), frequenta o 5º ano do segundo ciclo de escolaridade. Foi referenciado à Instituição em 2018 (com seis anos), pela escola do primeiro ciclo, por apresentar problemas de comportamento, períodos de atenção muito curtos, baixa resistência à frustração que culminava na destruição de material escolar e agressões aos pares e aos adultos. Apresenta ainda baixa motivação para as aprendizagens escolares, compromisso ao nível da produção dos sons da fala e um nível de aprendizagens escolares abaixo do esperado.

Medicação atual

Desde fevereiro de 2023 que António está medicado com metilfenidato (27 mg) uma toma por dia, de manhã, interrompe aos fins de semana e nas férias.

Acompanhamentos e intervenções anteriores

António foi acompanhamento pela Equipa Local de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (ELI – SNIPI) de 2015 a 2018, até à entrada no primeiro ciclo. É também acompanhado em consulta do desenvolvimento desde 2018 tendo sido diagnosticado com perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Na Instituição é acompanhado em APT nos anos letivos de 2018/2019, 2019/2020, 2020/2021 e 2021/2022. Também na Instituição teve acompanhamento psicológico individual semanal, no ano letivo de 2021/2022.

Atualmente mantém o acompanhamento em apoio psicológico individual, com periodicidade semanal e a frequência do grupo de jovens em transição do primeiro para o segundo ciclo.

Observação do estado mental (nas sessões de apoio psicológico)

Relativamente à aparência geral António tem cabelo encaracolado castanho, com cerca de 4 cm de comprimento, madeixas ruivas (pintadas), olhos castanhos, orelha esquerda furada com brinco (por vezes). Altura e peso adequados para a sua idade, no entanto a constituição é magra. A higiene é adequada assim como o vestuário. O calçado é sempre muito usado e por vezes com cheiro ativo. A atitude foi sempre colaborante, demonstrando amabilidade e simpatia.

Não tem alterações ao nível do estado vígil. Relativamente à atenção também não apresenta alterações significativas (desatenção ou tempos curtos de atenção).

A orientação temporal diária é adequada, identifica o dia, mês e semana, aniversário, prevê e planeia acontecimentos em datas futuras. Tem uma atenção e quase preocupação com as horas e com o cumprimento dos seus compromissos ao minuto. Consulta o relógio com frequência, cerca de duas a três vezes por hora. Também sem alterações de orientação espacial, auto e alopsíquica.

Apresenta frequentemente humor eutímico, normal. Sem alterações persistentes de irritabilidade ou frustração. No processo (durante cinco sessões) atravessou um período de maior tristeza e frustração com alguma agitação psicomotora.

O discurso é pobre, com produção oral muito escassa, o vocabulário utilizado é reduzido. É muito evidente uma alteração na produção dos sons da fala, toda a fala apresenta alteração na articulação dos sons, sendo mais notória em palavras foneticamente mais exigentes (“Portimomense” quando queria referir “Portimonense”), é também notória dificuldade na articulação do som da letra “R”. Sem alterações do ritmo do discurso.

Sem alterações do pensamento ou da percepção.

A nível da cognição não apresenta alterações evidentes.

Relativamente à motricidade não apresenta alterações persistentes, no entanto houve um período (cerca de 2 sessões) em que apresentou agitação psicomotora. Tem uma postura enérgica.

Relativamente à alimentação tem uma dieta restritiva, não come alimentos dos quais não gosta.

No que concerne ao sono, tem dificuldade a adormecer e atrasa, sempre que possível, a hora de deitar.

António apresenta o despontar de alguns caracteres sexuais secundários associados à puberdade (aparecimento de pilosidade nas pernas).

Apresenta crítica para a sua situação, associando a hiperatividade às explosões de raiva que não consegue conter. No entanto o locus de controlo relativamente à sua condição é totalmente externo.

História da sintomatologia atual

António apresentou problemas de sono desde o nascimento até aos 6 meses, tendo sempre grandes dificuldades em dormir neste período.

Dos 3 anos (2015) aos 6 anos (2018, entrada para o primeiro ciclo) António é acompanhado pela equipa local de intervenção precoce na infância devido a apresentar elevada agitação psicomotora, tempos de atenção muito baixos, comportamentos agressivos, evidenciando muito baixa resistência à frustração. Foi detetada também perturbação dos sons da fala.

O relatório final da ELI refere que o António é uma criança sociável e simpática, mas que evidencia uma agitação psicomotora que prejudica gravemente o seu desenvolvimento e a aquisição de competências. Relativamente à atenção apresenta muita dificuldade em manter-se concentrado nas tarefas propostas, necessitando de apoio do adulto para a conclusão das tarefas. Evidencia ainda a procura de estímulos tácteis e de movimento (vestibulares). A motricidade global não apresenta alterações além da agitação. A motricidade fina apresentava compromisso no início da intervenção, mas evoluiu significativamente a este nível, revelando apenas alguma imaturidade no desenho da figura humana (poucos detalhes e elementos incorretamente colocados no espaço). Ao nível da comunicação ainda apresenta compromisso, possuindo um vocabulário reduzido, dificuldade na descrição de acontecimentos vivenciados, na organização do pensamento e do discurso. Relativamente ao comportamento e questões emocionais apresenta baixa resistência à frustração, manifesta comportamentos desafiantes para com o

adulto. A nível social interage com os pares de forma espontânea, no entanto tem dificuldade em ser contrariado e na aceitação do outro. Nas atividades de vida diária é autónomo na higiene e no vestir. Foi recomendada intervenção em terapia da fala.

A referenciação inicial para a Instituição, realizada pela escola, aos 6 anos de António, no primeiro ano do primeiro ciclo, menciona que António apresenta muita agitação psicomotora, tempos de atenção muito baixos (inferiores a 10 minutos), comportamentos agressivos para com os pares e professora e objetos (agressões físicas, gritos, danifica material escolar próprio e dos colegas) sempre que é contrariado. Possui muito baixa motivação para realizar as tarefas escolares. Após as agressões segue-se um período de grande agitação, após o qual retorna à calma e pede desculpa. Os períodos de comportamento adequado após as agressões são relativamente curtos.

Foram ainda relatados pela professora, comportamentos de distração, em que António parece totalmente ausente da sala, brincando sozinho. Apresentava ainda graves dificuldades ao nível da fala (articulação dos sons da fala), foi seguido em terapia da fala. Atualmente ainda apresenta défice marcado nesta área.

As aprendizagens escolares estavam gravemente prejudicadas.

A avaliação inicial realizada na Instituição refere que António tem noções espaço-temporais abaixo do esperado para a sua faixa etária, possui muitas dificuldades de expressão e de compreensão da comunicação. A expressão gráfica é pouco investida e imatura, os elementos são muito simples, com poucos detalhes. O desenho livre ocupa toda a folha (desenha uma casa com o Pai Natal a distribuir presentes), já o desenho da família ocupa uma pequena parte da folha disponível, as figuras além de pouco detalhe têm um tamanho diminuto.

Durante o apoio pedagógico-terapêutico (durante os anos letivos de 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021 e 2021-2022) melhorou significativamente no que concerne aos comportamentos agressivos. No entanto as suas produções gráficas, apesar de pobres e pouco investidas, apresentavam sempre temáticas agressivas. Durante este apoio revelou sempre muito baixa resistência à frustração sempre que era contrariado, fazendo “birras”. Evoluiu bastante ao nível da capacidade de compreensão, atenção e concentração sempre que as tarefas são do seu interesse. Mantém grandes dificuldades de expressão verbal.

É seguido em consulta do desenvolvimento desde 2018, tendo sido diagnosticado com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, e foi medicado com metilfenidato 10mg

diariamente. Esta medicação teve impacto positivo no seu funcionamento escolar. Atualmente faz uma toma diária de 27mg, interrompendo ao fim de semana e nas férias.

No apoio de psicomotricidade, no âmbito da pedagogia terapêutica, exibia frequentemente comportamentos agressivos simulados, com temáticas com armas e mortes.

Dados da história pessoal e familiar (informação processo na Instituição e reuniões com os pais)

A família é brasileira, imigrou para Portugal à procura de melhores condições de vida. António é o segundo numa fratria de cinco, composta por Carlos (12 anos), António (11 anos), Ana (9 anos), Maria (4 anos) e Lara (2 anos). Carlos, o mais velho, é adotado, os restantes irmãos são filhos biológicos da mãe Ivone (38 anos) e do pai Ivandro (42 anos). Ivone tem o equivalente ao 4º ano de escolaridade em Portugal, obtido no Brasil, já Ivandro possui o equivalente ao 12º ano.

Ivone tem mais 3 irmãos em Portugal. Ivandro tem pai e irmãos no Brasil.

O desejo de ter filhos destes pais foi tão forte que avançaram para a adoção após alguns anos de casamento sem conseguirem ter filhos biológicos.

O parto de António, o primeiro filho biológico, foi complexo, o trabalho de parto durou cerca de 12 horas, após indução. Como o parto não se deu, ao fim deste período foi necessário recorrer a cesariana de emergência por risco de vida para o bebé. A mãe relata ainda que o “Coração do bebé não estava a aguentar” (sic) e que houve “asfixia” (sic).

António apresentou problemas de sono até aos 6 meses. A mãe relata que até aos 5 meses, António esteve em casa com a mãe, a partir desta idade esteve aos cuidados de uma ama.

A família teve várias mudanças de residência em Portugal. São religiosos e com crenças rígidas, muito tradicionais. Acreditam que os castigos corporais são uma forma de educação eficaz para fazer cumprir as regras da casa. Os irmãos mais velhos relatam que sofrem castigos corporais (por exemplo ficar de joelhos em cima de grãos de milho) se não cumprirem as regras familiares, os pais confirmam esta situação. Referem que se sentem impotentes para dar melhor resposta aos desafios familiares.

É o pai quem assume a responsabilidade de levar António à Instituição (durante os anos letivos anteriores) e de estar presente nas reuniões de acompanhamento da evolução de António.

Durante a pandemia esta família teve de recorrer a ajuda alimentar. Neste período, em que o apoio da instituição acontecia à distância, através de plataforma eletrónica de vídeo

conferência, foi possível observar um ambiente familiar agitado e confuso, em que havia grandes dificuldades dos pais em gerir a dinâmica familiar de tantos filhos.

A mãe sempre se demonstrou relutante em comparecer nas reuniões na Instituição, no entanto, numa dessas reuniões em que esteve presente, descreveu António como parecido com ela, “Eu sempre tive depressões, desde a adolescência”. A mãe de Ivone, que ficou no Brasil, é um grande pilar na sua vida, mas por força da distância o apoio sentido é menor. Nessa reunião, após sugestão da equipa técnica de apoio psicológico, refere: “Não gosto de ir ao psicólogo, porque não gosto de fazer amigos.”. O pai recebeu apoio na Instituição, no âmbito do CAFAP – Grupo de Pais.

Ivandro explicou que em casa valoriza muito a pontualidade e o respeito pelas regras. Tanto António como o irmão Carlos são incentivados a cumprir estas regras. Ivandro referiu que informa os filhos de que se houver algum atraso não explicado, ele saberá e que terão de justificar esse atraso inesperado ao pai. Ivandro refere que valoriza e incentiva muito a autonomia dos filhos. É para Ivandro impensável que os filhos se mantenham em casa dos pais mais do que o estritamente necessário.

Em casa existem tarefas domésticas atribuídas a cada um, que os filhos executam com mais ou menos relutância.

Ivandro informou ainda que faz um grande esforço na educação dos filhos, transmitindo-lhes valores de gratidão perante a vida, realçando com frequência a vida privilegiada que possuem face a outros meninos em situações mais desfavorecidas.

Ivandro é empregado de mesa, e tem boa relação com o seu patrão. Vai iniciar em breve um período em que irá a trabalhar mais horas, inclusivamente à noite, para aumentar o rendimento familiar. A família tem o projeto de ir toda junta ao Brasil. Ivone tem à sua responsabilidade as tarefas domésticas e familiares.

Ivandro refere, relativamente à sua infância, o facto de ter sido criado pela avó. Relativamente à esposa Ivone, refere que esta tem vários problemas psicológicos, provavelmente devido a ter tido uma infância difícil, em que o pai morreu era ela muito jovem e foi cuidada pelos irmãos mais velhos, pois a mãe tinha de trabalhar. Refere-se à esposa como “ela tem o seu ritmo” (sic), indicando que poderá ter alguma dificuldade de adaptação às mudanças impostas pela vida.

Ivandro referiu que vê em António um “menino com muito bom coração” (sic), que demonstra muito carinho e preocupação com os irmãos e que não tem comportamentos

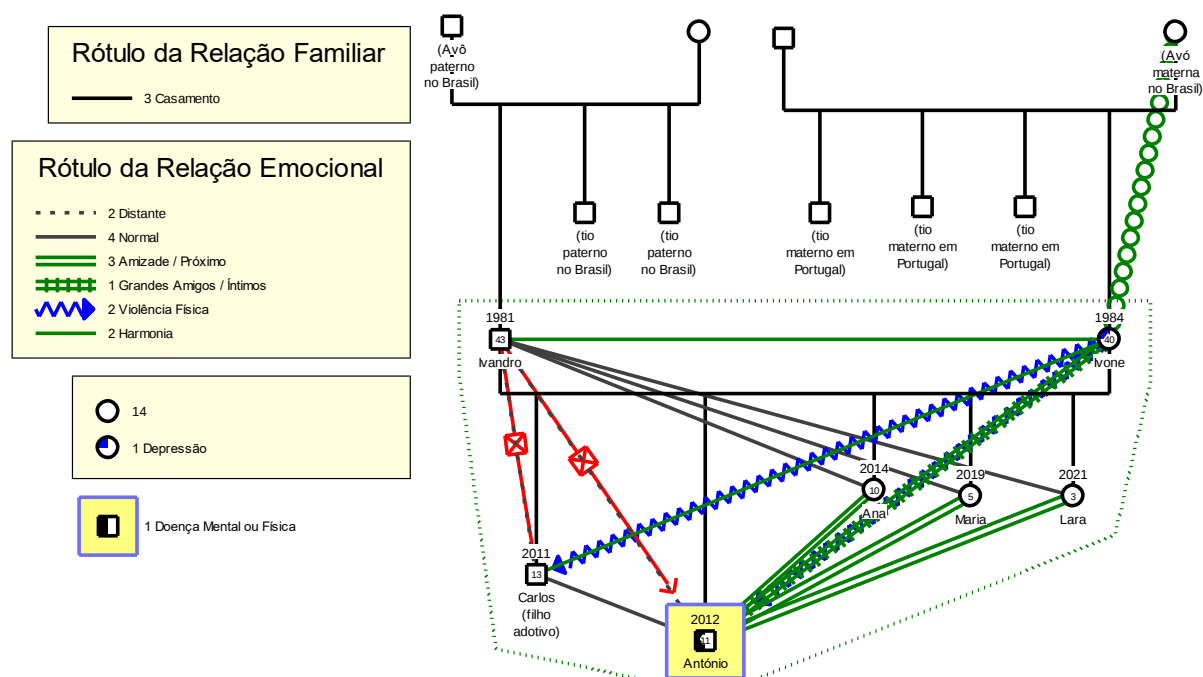
desajustados com intenção. Os pais pareceram compreender a incapacidade de António em controlar o seu comportamento.

Ivandro também demonstrou preocupação com o facto de António ter muitas dificuldades a ler.

Genograma familiar

Figura 1.

Genograma do Ant3nio



O genograma familiar de Ant3nio pretende traduzir um ambiente familiar assente em relaqq3es afetivas positivas, mas no qual existem focos de tens3o importantes. Os pais Ivone e Ivandro parecem ter relaqq3es positivas com os filhos, no entanto Ivandro pode apresentar alguns comportamentos de controlo e exig3ncia que provocam sofrimento nos filhos Carlos e Ant3nio. J3 a m3e Ivone, apesar das suas relaqq3es com os filhos Carlos e Ant3nio serem de afeto, proximidade e intimidade (com Ant3nio) tamb3m apresentou comportamentos de viol3ncia f3sica (castigos corporais) sobre estes. Os afetos de Ant3nio pelo pai Ivandro s3o de dist3ncia e de algum medo, parecendo haver, uma necessidade grande de afeto do pai. Ant3nio parece ter sentimentos de grande afeiqq3o pela m3e e pelas irm3s mais novas. Ivone foi sinalizada devido ao relato de diagn3stico de depress3o. N3o foram apurados mais dados relativamente 3s outras relaqq3es familiares.

6.1.3. Descrição do Processo

Descrição geral do setting

O processo de acompanhamento em apoio psicológico teve a duração de 7 meses, ao longo dos quais foram realizadas 21 sessões com periodicidade semanal, de 50 minutos. Foi acordado com o orientador do local de estágio a utilização de uma abordagem baseada na ludoterapia centrada na criança, à qual se acrescentaria o questionamento clínico dos temas considerados relevantes para o funcionamento psicológico do António.

A sala de ludoterapia (“Sala da Psicologia” na Instituição) tem cerca de 9m³, uma mesa redonda ao centro, três cadeiras, prateleiras com materiais lúdicos, ao canto, no chão, existe uma manta e almofadas, nas paredes estão expostos alguns trabalhos de outras crianças e fotografias antigas da instituição. O material lúdico disponível inclui: lápis de cor, vários papéis de desenho, canetas, jogos como Uno, Tangram, Jenga, blocos para construções, caixa com soldadinhos, família de bonecos com 3 gerações e animais de estimação, caixa com animais, caixa com brinquedos de médicos (estetoscópios, seringas, termómetros), alguns livros infantis, entre outros.

Descrição do processo

Na minha opinião, o processo terapêutico com o António teve quatro momentos, ou quatro grupos de sessões entre os quais difere o estado do humor do António, o seu comportamento, e os temas que aborda.

O primeiro momento, da primeira à sétima sessão, caracterizou-se por ser o da construção das fases iniciais da aliança terapêutica, eu tentei conhecer o António e dar-lhe gradualmente a conhecer como seriam as nossas sessões e o que poderia esperar de mim. Este primeiro momento foi não diretivo da minha parte, estando eu focado principalmente nas respostas de compreensão empática aos comportamentos do António. Logo a partir da nossa primeira interação notei as dificuldades na produção dos sons da fala associada à escassa comunicação oral. Inicialmente o António demonstrou alguma agitação, e evitamento de momentos vazios, e uma aparente vontade de controlar o processo, escolhendo frequentemente as mesmas atividades (jogo de cartas Uno e tangram), nas quais se sentia reforçado. Paulatinamente a confiança do António em mim e na nossa relação aumentou. A ansiedade, dos momentos “vazios” e da incerteza “do que fazer a seguir”, diminuiu, abrindo portas a que o António quisesse experimentar outras atividades, como brincar com os soldadinhos (na terceira sessão) e com o estojo médico (quinta sessão). Logo a partir do início do processo pude aperceber-me

de que o António tinha oscilações no seu estado do humor, visíveis logo nestas primeiras sessões. Eu pude começar a aperceber-me de como o António expressava o seu bom humor (estando descontraído na sessão, expressando mais afetos positivos como preocupação com o outro) ou a sua frustração (expressa pela agitação, comunicação menos clara, ausência de preocupação com o outro e vontade irreprimível de ganhar nos jogos que fazíamos). Comecei também a perceber que o António demonstrou traços de uma personalidade muito reservada e cautelosa, aparentando querer proteger-se controlando que informação poderia revelar nas nossas sessões. Os temas da sessão giraram quase exclusivamente à volta da atividade escolhida pelo António. No entanto, no geral, nestas primeiras sessões o António esteve sempre afável, sem sinais de agitação excessiva, com um humor eutímico, colaborante e motivado com o processo.

As fases do processo terapêutico descritas por Guerney (2011) parecem adequar-se para descrever o presente processo. Assim, este primeiro conjunto de sessões corresponde aproximadamente ao descrito por esta autora relativamente à fase de aquecimento (*warm-up* no original), na qual o António mostrou alguns comportamentos de exploração inicial do espaço e das regras do processo. Foi notório o aumento da confiança de António em mim e um aproximar da relação terapêutica.

Tendo em contas as fases da mudança da personalidade em terapia, propostas por Rogers (1985) e adaptadas à ludoterapia por Ray (2011), nas primeiras sete sessões António parece atravessar da primeira à terceira fase, começando a mostrar também alguns comportamentos correspondentes ao início da quarta fase. Inicialmente mostrando alguma resistência ao processo, que gradualmente se foi aligeirando, permitindo que o António iniciasse algumas brincadeiras e explorasse o *setting*. As brincadeiras tornaram-se progressivamente mais significativas e foi mostrado algum afeto por mim.

Nas primeiras três sessões o António deslocava-se à Instituição acompanhado pelo seu irmão, Carlos, um ano mais velho. A partir da quarta sessão, António passou a deslocar-se sozinho.

Entre o primeiro e segundo momentos ocorreu a primeira reunião com Ivandro, o pai do António, na qual foram apresentadas algumas das informações sobre o processo terapêutico (respeitando sempre a privacidade e confidencialidade de António). Nesta reunião foi também realçada, pela Coordenação da Instituição (também presente na reunião), a importância de o pai incentivar a expressão livre de sentimentos e pensamentos por parte do António, nas sessões de

apoio psicológico. Esta reunião e particularmente esta recomendação, transmitida ao pai, parece ter tido uma influência importante no processo terapêutico subsequente.

O segundo momento, da oitava à décima terceira sessão, foi caracterizado por um aprofundar da relação e da aliança terapêutica, um alargamento dos temas abordados, das atividades realizadas, confirmando a solidez da relação. De acordo com as indicações do orientador de estágio na Instituição, a minha abordagem passou a incluir questionamento diretivo dos temas considerados mais relevantes para o desenvolvimento e para a saúde mental do António. Neste segundo conjunto de sessões, o António esteve quase sempre com humor normal, aparentando boa disposição, capacidade de empatia para com o outro, expressando afetos positivos, “Eu gosto de vir a aqui.” (sic.). Enquanto no primeiro momento o António partilhou muito pouco da sua vivência familiar, escolar ou de outros contextos, nesta fase houve maior partilha de informações e vivências prazerosas e outras desagradáveis ou até angustiantes. O esforço de controlo da informação e das atividades da sessão diminuiu, e realizaram-se algumas sessões realmente reveladoras do funcionamento psicoafetivo do António. Pude verificar que o António gostava das nossas sessões e que depositava alguma confiança em mim, verbalizando e partilhando mais sobre ele próprio. Quando questionado sobre o que achava que o tinha trazido à Instituição e às nossas sessões, o António revelou a sua condição de hiperativo e o seu sintoma mais relevante, a raiva, que se revela pela vontade de destruir objetos quando intensamente frustrado (10ª sessão). Também nesta sessão e pela primeira vez, o António revelou aspetos muito relevantes da dinâmica familiar, como o facto de a mãe recorrer a castigos físicos para o acalmar nos momentos mais agitados e revelou ainda que o recente distanciamento do pai durante a noite (trabalha até mais tarde) é visto pelo António de forma positiva.

Foi também neste segundo momento que o António decidiu que queria jogar futebol durante as nossas sessões, atividade que muito preza e na qual investe bastante, decidindo quais as equipas que vão jogar, apontando os resultados, fazendo estes registos de umas sessões para as outras continuando o campeonato. Os jogos eram sempre disputados entre mim e o António, cada um representando uma equipa. Nos jogos de futebol, que se tornaram rotina, ocupando alguns minutos em todas as sessões, o António tinha uma expressão emocional muito mais livre e espontânea, sendo mais fácil perceber o seu estado de humor pela forma como jogava, pela sua atitude competitiva. Se estava frustrado, irritado e agitado o António jogava de forma mais aguerrida e enérgica, mas também mais impulsiva, o adversário além de vencido muitas vezes deveria ser quase humilhado. Se estava mais tranquilo e com humor mais normal, António

jogava mais com o objetivo de se divertir, não sendo tão importante a vitória no jogo, era também importante preservar a relação com o seu adversário, mostrando sentimentos de preocupação e encorajamento para comigo.

Quando questionei António, com um intuito compreensivo, sobre o tema da hiperatividade, António refere que uma das situações que mais o desestabiliza e que pode provocar explosões de raiva, é quando os professores fazem queixas aos pais relativamente ao comportamento de António na escola. Referiu ainda que a única forma de controlar esta condição é através do comprimido que toma para esse efeito (metilfenidato).

Durante este conjunto de sessões o António também abordou temas relativos à escola como a relação com os seus professores e colegas.

Em vez de uma expressão direta dos afetos, encontramos em conjunto uma outra forma, indireta, projetiva, de tradução dos afetos positivos ou negativos, do António pelos seus colegas de escola, pela família e pelos professores. Baseado na grande importância que o António atribui ao futebol e na sua capacidade de expressão através deste meio, propus ao António que ele estimasse os resultados de futebol caso jogasse com o seu pai, a sua mãe, os seus irmãos, alguns colegas de escola e com alguns professores. Através deste exercício pude inferir alguns do sentimentos e emoções do António.

Apesar de todas estas partilhas e de uma maior expressão do António, a sua produção verbal manteve-se relativamente escassa.

Tanto no primeiro momento como no segundo, pontualmente o António tinha comportamentos com vista ao prolongamento das sessões, como pegar em brinquedos novos já muito perto do fim da sessão, quando já estávamos a arrumar o material.

Este segundo momento do processo terapêutico ajusta-se em parte à fase agressiva descrita por Guerney (2001). Nesta fase a expressão de agressividade do António foi bastante livre, clara e enérgica por vezes, principalmente nos jogos de futebol entre nós. Houve também episódios em que vários brinquedos foram atirados pelo ar e sofreram múltiplas pancadas. A partir deste momento e até ao fim do processo aqui descrito a demonstração de agressividade de António ocorreu com alguma frequência. No entanto, apesar da expressão de mais comportamentos agressivos nesta fase, António mostrou também algumas características da fase de mestria (Guerney, 2001) o seu humor esteve sempre normal e a confiança e segurança crescentes na relação levaram à expressão de comportamentos de mestria de António, como ler

em voz alta e fazer contas de matemática (orgulho de António pelas conquistas alcançadas na escola).

Neste segundo conjunto de sessões o António parece funcionar na quarta fase de mudança terapêutica da personalidade (Rogers, 1985; Ray, 2011), em que há a expressão de sentimentos, mas relativamente a acontecimentos passados, esses sentimentos ainda não refletem a sua experiência no momento presente.

No terceiro conjunto de sessões, da 14ª à 18ª sessão, o António atravessou um período mais turbulento, com vários eventos desestabilizadores e mais comportamentos desajustados na escola. Este período coincidiu também com o final do ano letivo, no qual é habitual haver mais avaliações e em que são decididas as transições de ano, situações que são frequentemente ansiogénicas para os alunos.

Nestas sessões, o António esteve sempre mais triste e abatido, mas ao mesmo tempo mais agitado, frustrado e impulsivo. A sua comunicação verbal também diminuiu em quantidade e tornou-se menos perceptível. A organização do discurso era menos clara, assim como a sua articulação dos sons da fala.

O primeiro evento com impacto no António foi a morte do gato recém adotado pela família. Nesta sessão (14ª sessão) o António expressou grande tristeza e alguns sentimentos de culpa, por se sentir em parte responsável pela morte do animal de estimação. As respostas de compreensão empática a estes sentimentos pareciam não ter impacto neste estado emocional tão triste.

Neste período, António espontaneamente relatou várias brigas com colegas da escola, diz ter sido provocado e que respondeu às agressões de colegas. No seu discurso não se vislumbravam recursos internos para fazer face a estas situações de outra forma que não a agressividade. A sua raiva e frustração eram mais explícitas através dos jogos em que se esforçava para ganhar. Os resultados dos jogos de futebol hipotéticos com os colegas da turma eram sempre muito desnivelados, o António ganhava sempre por centenas de golos.

A sua motricidade também esteve significativamente afetada neste período, especialmente na 16ª sessão em que o António esteve tão agitado que caiu da cadeira por duas vezes.

Também neste período houve uma reunião com a professora de educação especial do António, em que foram abordados alguns comportamentos de mentira e roubo e os castigos aplicados pelos pais. Na sessão seguinte a esta reunião os castigos dos pais estavam à vista, o

António tinha o cabelo cortado “à máquina zero”. Relatou “Estava a chorar enquanto a minha mãe cortava o cabelo” (sic). Ao falarmos em sessão destes castigos, o António parecia envergonhado. As razões que levaram ao corte de cabelo eram de alguma forma diferentes das que a professora tinha apontado em reunião. Continuámos com a rotina dos jogos de futebol, mas a energia do António era muito abaixo da de sessões anteriores. Neste período houve também uma falta do António a uma sessão. Esta falta foi trabalhada na sessão seguinte, relembrando o carácter de liberdade autodirigida que as sessões tinham, que era o António que decidia o que fazíamos e do que conversávamos em todas as sessões e que se ele não quisesse falar não teria de o fazer. Foi também importante relembrar as regras do acompanhamento que pressupunham que os pais do António fossem avisados se ele faltasse às sessões.

Este terceiro conjunto de sessões pode aproximar-se ao descrito como a fase de regressão (Guerney, 2001). Esta regressão foi mais evidente na comunicação do António (menos verbalizações, aumento da severidade da perturbação dos sons da fala e aumento da agitação psicomotora, humor mais triste) e não tanto na demonstração de comportamentos de dependência. Além disso este momento parece dever-se mais às circunstâncias atuais da vida de António do que ao progresso do processo terapêutico.

No terceiro conjunto de sessões o António parece ter regredido para a terceira fase (Rogers, 1985; Ray, 2011), o locus de controlo tornou-se mais externo e parece haver uma rigidificação do *self* e menor aceitação dos sentimentos negativos expressos.

O quarto e último período do processo terapêutico, da 19^a à 21^a sessão, ocorreu já em período de férias escolares. Foi notória a melhoria do estado do humor do António, apresentando-se muito mais descontraído e alegre. Foi o período em que terminaram os castigos, em que houve um apaziguar das relações com a família, em que o António pôde fazer um novo corte de cabelo. Ao longo destas três sessões o seu funcionamento pareceu cada vez mais adaptativo. Realço a última sessão, em que foi necessário preparar a reunião que iria acontecer com os pais de António, sobre o nosso processo terapêutico. Antecipadamente preparei um conjunto de afirmações que considereei que refletiam a forma como o António vivenciava determinados aspetos da sua vida. Antes de os apresentar aos pais, era importante que o António concordasse com as afirmações (que não deixavam de ser respostas de compreensão empática a todo o processo decorrido) e concordasse que eu as poderia apresentar aos pais. Nesta sessão o António demonstrou uma extraordinária capacidade de *insight*, comentando e corrigindo algumas das minhas afirmações, concordando com outras, mas rejeitando que fossem transmitidas aos pais. Outras ainda concordou e aceitou que fossem

transmitidas aos pais. Aquelas com as quais o António concordou, foram as que aparentemente tiveram um maior impacto terapêutico, transcrevo um exemplo: “Eu tenho uma relação muito boa com o António e ele confia um pouco em mim. Parece-me que ele tem dificuldade em confiar nas pessoas, tem medo de que as pessoas o magoem. Por isso é reservado. Para ele confiar em alguém é necessário construir uma longa relação de afeto, confiança e carinho, sem atritos ou mágoas.”. A esta afirmação o António teve uma reveladora resposta, “Isso é verdade. Gostei muito de ouvir. Nos meus sentimentos, foi muito bom. Tens de dizer ao meu pai.” (sic).

Este quarto momento parece ajustar-se à descrição da fase de mestria (*mastery* no original). Nesta fase António demonstrou vários comportamentos que indicaram maior ajustamento e conforto na relação terapêutica, abordando temas exigentes com disponibilidade e empenho.

Analisando a evolução do processo de acordo com as fases propostas por Rogers (1985) e Ray (2011), neste último momento o António funcionou maioritariamente na quarta fase (locus de controlo mais interno, maior noção da própria responsabilidade, apreensão das incongruências do *self*) mostrando mesmo alguns comportamentos iniciais da quinta fase, com expressão de sentimentos de afeto no presente.

Formalmente, são analisadas neste relatório, 21 sessões de acompanhamento em apoio psicológico com o António. Na realidade o processo só se interrompeu para as férias, pois o acompanhamento iria ser retomado em setembro de 2023. Eu asseguraria a continuidade em regime de voluntariado.

Este foi um dos temas discutidos em sessão ao longo do último momento do processo. O António demonstrou alegria pela oportunidade de podermos continuar com as nossas sessões.

6.1.4. Conceptualização clínica do caso

Resumo das informações mais relevantes

Da informação sobre o caso, referida anteriormente, realço os seguintes pontos, pois parecem ser relevantes para a compreensão do mesmo:

- A ocorrência de problemas durante o parto de António é um fator de risco importante para várias perturbações mentais.
- São relatados problemas de saúde mental (depressão) da mãe Ivone, que também é referida pelo marido Ivandro, como tendo dificuldade de se adaptar às circunstâncias da vida.
- António possui uma marcada dificuldade na produção dos sons da fala, a articulação de diversos sons não está ainda totalmente desenvolvida, é no som “R” e “L” que se verificam as maiores dificuldades de articulação.
- Existe um diagnóstico prévio de perturbação de défice de atenção e hiperatividade;
- Há relatos na história e do próprio durante o processo terapêutico de explosões de raiva incontroláveis;
- O discurso de António tem uma produção muito baixa e frequentemente é confuso, esta disfunção é agravada pelas dificuldades na produção dos sons da fala, especialmente em situações ansiogénicas.
- Ao longo das sessões o António demonstrou comportamentos de controlo da informação que transmitia, além de confusa nem sempre a informação suficiente para o seu entendimento e por vezes foi distorcida.
- Por outro lado, António também evidenciou comportamentos de antecipação do futuro (consultar frequentemente o relógio, planeamento de atividades para evitamento de surpresas e antecipação de acontecimentos).
- Os pais de António têm atitudes de controlo sobre o comportamento dos filhos e aplicam castigos corporais, sempre que as regras rígidas são ultrapassadas, evidenciando um estilo parental autoritário (Macoby & Martin, 1983 citados por Pires et al., 2009) com práticas coercitivas (Hoffman, 1975 citado por Lawrenz et al., 2020), podendo mesmo, algumas das situações constituir maus-tratos.
- O subsistema parental, enquanto incentiva a autonomia dos filhos (chama a atenção a necessidade dos filhos se tornarem independentes rapidamente) não demonstra ter confiança neles, pelos comportamentos de controlo que evidencia. Estes

comportamentos parentais parecem ter um efeito de aumentar a incerteza e a ansiedade característicos de ambiente familiar no qual o sentimento de medo está muito presente.

Hipóteses sobre o funcionamento psicológico

Considero provável a hipótese de que António é motivado a estes comportamentos de antecipação e evitamento de surpresas pelo medo dos castigos parentais.

Outra hipótese também considerada provável é de que o medo incutido pelo controlo e castigos dos pais também provoque um estado persistente de ansiedade em António (hipótese já suportada por outros autores como Baumrind, 1991 citada por Sharma e Sheeba, 2023; Calhoun et al., 2018). Estas hipóteses são também apoiadas pelo observado em sessão, transmitido de forma projetiva, em que o Ivandro parece ser visto por António, como um pai onnipotente e castigador. Coloco também a hipótese deste medo levar o António a ter dificuldades em confiar nas pessoas, nomeadamente nos adultos, pela informação que estes poderão veicular para os pais. A construção de uma relação terapêutica que inspire segurança e confiança ao António é um ponto crítico essencial do seu processo terapêutico.

A mãe de António é provavelmente vista por este como uma pessoa afetuosa, mas capaz de aplicar os castigos, no entanto parece ser vista como tendo menos poder que o pai no sistema familiar. Esta alternância de estilos parentais da mãe (entre o indulgente/permissivo e o autoritário/coercivo), eventualmente associada à sua história de doença mental, aumenta a incapacidade do António prever os acontecimentos, preparar-se para eles e com isto leva a um aumento da ansiedade. Vários autores (Pires et al., 2009; Patterson, 1976 citado Pinquart & Silbereisen, 2005), referem a associação entre a inconsistência de estilos parentais e ansiedade nos filhos.

Outro tema importante da dinâmica familiar fica evidente através da afirmação de António: “Não quero que digas aos meus pais que eu conto tudo aqui!”. Esta afirmação sugere que o ambiente familiar de António além de controlador é também muito reservado relativamente ao exterior, existe provavelmente o medo de ameaças exteriores à família. Os pais de António poderão eles próprios, numa tentativa de preservar a intimidade, os seus valores familiares e a sua imagem como pais, transmitir a ideia aos filhos de que o que se passa dentro da família não deva ser revelado fora. Pela veemência desta afirmação de António, esta parece ser uma norma familiar à qual ele dá a maior importância. Este facto torna difícil aceder ao seu quadro de referência interna que, de acordo com Rogers (2003), é o melhor ângulo para a compreensão do comportamento e vivência do António.

Algumas características mais adaptativas do funcionamento do António, transversais a todo o processo são a noção de continuidade temporal, de memória e de compromisso assumido de uma sessão para a seguinte. António manteve um fio condutor relativamente estável, mantendo presente quais as atividades realizadas na sessão anterior e quais as que pretendia dar continuidade. Também neste âmbito, o António mostrou capacidade de planeamento e de antecipação de acontecimentos no futuro, uma característica muito adaptativa e que lhe permite planear as suas ações futuras. Por outro lado, esta característica poderá representar uma ameaça à saúde mental se os comportamentos de antecipação forem exacerbados, como referido anteriormente. Saliento ainda a capacidade de empatia que o António demonstrou ao longo do processo, para comigo. Do relato dos pais realço também o elevado cuidado e afeto que o António nutre pelas irmãs mais novas.

Do ponto de vista da teoria do desenvolvimento psicoafectivo (Hipólito, 2011) os problemas ocorridos no parto (provável anoxia) poderão ter sido um dos primeiros traumas físicos nas condições ótimas de atualização (de desenvolvimento) com impacto na expressão das potencialidades totais do António. Barrias (2014) também refere que os problemas perinatais são importantes fatores de risco para o surgimento de várias perturbações mentais, entre elas a PDAH.

O estilo parental fortemente autoritário (inferido pelo relato dos pais e de António), pelas suas características de restrição do comportamento e atitudes dos filhos, necessariamente impõe condições de valor sobre a vivência de António.

Pelo relato dos pais ficou explícito que a pressão para corresponder aos critérios de desempenho escolar (leitura e escrita) e de comportamento (na escola e em casa) impõe condições de valor significativas e limitativas da expressão plena da TA no António.

Estas condições de valor poderão ter sido o fator determinante que, em conjunto com o fator de risco anteriormente referido (complicação no parto), despoletou o surgimento da PDAH e eventualmente também os problemas da produção dos sons da fala.

O perpetuar e relembrar constante destas condições de valor no seio familiar poderão ter como consequência o agravamento dos sintomas e o aumento do atraso no desenvolvimento.

António poderá sentir que só se ler adequadamente, se falar corretamente, se for capaz de controlar os seus comportamentos agidos (em oposição a comportamentos refletidos) tanto em casa como na escola é que será aceite pelos seus pais e digno do seu amor. Ao não corresponder

a estes padrões introjetados, António poderá sentir-se ansioso, o que agrava todos os seus sintomas.

Os castigos físicos e outras práticas parentais coercivas (corte de cabelo forçado) poderão ter atuado na mesma linha das anteriores condições de valor. Terão, provavelmente, um impacto mais profundo e intenso, pois há relatos de terem ocorrido muito precocemente no desenvolvimento dos filhos, provocando um trauma psicológico significativo nas condições de atualização das potencialidades.

Estas considerações estão em linha com o referido na literatura que associa práticas parentais duras e coercivas a um aumento de sintomas de internalização e externalização (Wiggins, et al., 2015).

Outros estudos apontam ainda que no caso de as práticas coercivas das mães serem apoiadas pelo clima de coparentalidade da família (aceitação das práticas coercivas pelos dois pais, como no caso da família do António) o seu efeito é de um aumento ainda mais significativo dos comportamentos disruptivos nos filhos (Latham et al., 2017).

Do ponto de vista da análise do locus de controlo de António, relativamente à PDAH, aparentemente será maioritariamente externo, António refere várias vezes achar que nada pode fazer para melhorar essa condição e que até toma um comprimido para isso, não sendo necessário fazer mais nada. Esta situação diminui significativamente o potencial terapêutico da relação de ajuda. Vaz e colaboradores (2023) referem que o cliente e as suas variáveis são os maiores preditores do sucesso da psicoterapia.

As condições de valor anteriormente referidas levam a uma dissociação de determinados aspetos da experiência de António, o *self* percecionado é necessariamente inferior ao *self* desejado (construído a partir da simbolização distorcida das condições de valor), este afastamento entre a idealização e a perceção de si próprio, levam a uma baixa estima de si. António ao não conseguir corresponder aos exigentes padrões de comportamento e desempenho escolar introjetados, percebe essa diferença como uma falha sua, desvalorizando o seu autoconceito e diminuindo a sua estima de si.

A TA fica especialmente evidente no funcionamento psicoafetivo do António quando este demonstra uma boa capacidade de empatia e cuidado pelo outro, especificamente com as irmãs mais novas. Estes aspetos de funcionamento psicoafetivo mais adaptativos são evidência da capacidade do António de atualização das suas potencialidades. Também no âmbito dos aspetos mais ajustados do seu funcionamento está a capacidade de *insight* do António

relativamente ao funcionamento da sua família, patente na última sessão do processo terapêutico, na qual demonstrou ter consciência das condições de valor da parte do pai que o estão a limitar.

No Anexo II pode ser consultado um resumo esquemático da conceptualização clínica do caso do António, adaptado a partir do esquema proposto por Simms (2011).

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do António, aliviar o seu sofrimento emocional e eventualmente favorecer uma mudança benéfica da personalidade que permita uma vivência mais ajustada, proponho as seguintes intervenções:

- Manter o acompanhamento em apoio psicológico individual com vista a melhorar a sua capacidade de expressão emocional, aumentar a sua estima de si, construir uma visão do mundo mais positiva e aumentar a capacidade de gerir a raiva adaptativamente e desta forma melhorar o seu ajustamento psico-afetivo e diminuindo os sintomas;
- Manter a intervenção em grupo de adolescentes na Instituição;
- Manter uma periodicidade trimestral de reuniões com os pais de António com vista a transmitir os resultados da intervenção na Instituição, e intervir psicopedagogicamente abordando os temas da parentalidade mais relevantes para o ajustamento do António.

Diagnóstico relacional

De acordo com a terapia centrada no cliente, o sistema diagnóstico relevante é o designado diagnóstico relacional, no qual é determinado em que grau estão presentes as seis condições necessárias e suficientes à evolução do processo terapêutico (Nunes et al., 2018; Hipólito, 2011; Rogers, 2007).

No que diz respeito à primeira condição, a necessidade de haver contacto psicológico, considero que a mesma foi cumprida em todas as sessões. Houve sempre a consciência, minha e do António de que estávamos em relação um com o outro. Não ocorreram episódios de perda de contacto com a realidade, ou incapacidade de distinção do real do imaginário.

A segunda condição refere que o cliente deverá estar num estado de incongruência, vulnerável, ou que exista tensão e ansiedade (Rogers, 2011). Deste ponto de vista, esta segunda condição está cumprida, existem assuntos que provocam evidente ansiedade e agitação a António, é clara a sua incongruência. Por outro lado, António, apesar de referir gostar das nossas sessões não se constitui como cliente a precisar de ajuda psicológica. Coloco a hipótese de a ansiedade e medo provocados pelo ambiente familiar controlador, poder impedir António de se sentir totalmente livre para aproveitar a oportunidade de crescimento que é o processo

terapêutico. Talvez a falha nas restantes condições (da minha responsabilidade) possa também ser uma causa da nossa relação não ter atingido completamente esta condição. No entanto houve vários episódios críticos, principalmente no terceiro momento do processo terapêutico (referido anteriormente), em que o António, pela sua atitude nas sessões, demonstrou um claro pedido de ajuda e de alívio do seu sofrimento psicológico.

Relativamente à terceira condição, que refere que o terapeuta deverá estar num estado de congruência, genuinidade e autenticidade ao serviço do cliente. Esta condição esteve parcialmente presente. No início do processo, a minha inexperiência relativamente aos desafios colocados pela relação de ajuda com uma criança, levaram-me a estar menos congruente do que o desejável. Após as três primeiras sessões a minha congruência elevou-se, passei a sentir-me mais confortável no papel de psicólogo, a relação tornou-se mais natural. Nas sessões seguintes um dos desafios à minha congruência era a manutenção de uma abordagem teoricamente coerente, na qual não me sentisse pressionado a corresponder a um ideal de competência inalcançável para mim (*self* percecionado do terapeuta afastado do *self* desejado). Procurei por isso, dar prioridade à congruência, mais do que respeitar a não diretividade, pretendia atingir um nível de congruência para me sentir confortável no papel de terapeuta. Posso dizer que encontrei este equilíbrio, com um excelente nível de congruência em algumas sessões. Depois destas fases iniciais (após a 10ª sessão), o maior desafio à minha congruência era a minha própria necessidade de sentir avanços positivos na relação e no estado psicológico do António. De alguma forma sabia que estava a estabelecer uma relação positiva com o António, mas não tinha a certeza de até que ponto essa relação seria terapêutica. O tentar tornar a relação terapêutica foi um desafio (uma dificuldade) a ultrapassar no percurso para uma maior congruência.

Relativamente à quarta condição, o olhar positivo incondicional do terapeuta pelo cliente, penso que terá sido uma das condições mais fáceis de colocar em prática. Houve momentos em que foi impossível para mim evitar julgamentos. Por exemplo quando o António relatou que se divertiu com o intenso sofrimento da professora de matemática, foi-me impossível sentir-me empático com essa alegria maliciosa, e evitar julgar esse sentimento. Mas foram momentos muito raros. Na maior parte dos momentos da nossa relação aceitei tudo o que vinha do António sem julgamentos, com acolhimento caloroso.

A quinta condição, a compreensão empática, refere que o terapeuta deve comunicar ao cliente a sua compreensão do quadro de referência interno do cliente. Foi um desafio grande comunicar de forma explícita, clara e compreensível a minha perceção do mundo experiencial

do António. Por um lado, o António era bastante reservado e contido na expressão emocional, sendo-me difícil compreender totalmente o seu quadro de referência interno. Por outro lado, era-me também difícil comunicar essa minha compreensão de forma que o António se sentisse tocado por ela. As suas reações às minhas respostas de compreensão empática eram frequentemente de indiferença ou de uma concordância desprendida. De alguma forma a minha preocupação com as respostas de compreensão empática estava a interferir com a minha capacidade de estar congruente na relação, sendo que privilegiei a congruência em detrimento da compreensão empática. Fiz isto através da utilização de comentários, perguntas diretivas e respostas que fossem mais naturais para mim no âmbito da ludoterapia.

A sexta condição propõe que o cliente deve perceber, num grau mínimo, as atitudes de olhar incondicional positivo e de compreensão empática que o terapeuta colocou em prática na relação. Neste processo terapêutico houve vários episódios em que essa percepção do António ficou clara, quando verbalmente expressou gosto e entusiasmo em estar presente nas sessões e quando por uma vez referiu ter gostado muito de se ter sentido verdadeira e profundamente ouvido e compreendido (última sessão). No entanto estes momentos não foram frequentes. Obviamente a presença desta sexta condição está grandemente dependente da capacidade do terapeuta de comunicar as referidas atitudes.

A ordenação das seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade, nesta relação terapêutica, seria, contacto psicológico que esteve presente em maior grau, olhar positivo incondicional, congruência do terapeuta, compreensão empática, percepção e compreensão do cliente sobre as atitudes do terapeuta e incongruência do cliente, presente em menor grau na relação.

É impossível responder à questão se estas condições estiveram presentes num grau mínimo que permita a mudança terapêutica da personalidade ou não. Ao longo do processo terapêutico houve várias mudanças no comportamento e humor do António, não é possível dizer com certeza se elas se deveram à presença das condições anteriormente analisadas ou a outros fatores externos à relação. Os fatores com maior impacto no funcionamento psicológico do António pareciam ser os familiares. Por outro lado, é interessante notar que no mínimo o António sentiu prazer nas nossas sessões e em algumas recebeu, indubitavelmente, alívio para o seu evidente sofrimento psicológico.

Hipóteses de Diagnostico

Analisando a informação anteriormente apresentada proponho as seguintes hipóteses de diagnóstico para o caso do António, de acordo com o ICD-11 (OMS, 2023):

- Perturbação desenvolvimental dos sons da fala (Código IDC-11 6A01.0), estão presentes os requisitos essenciais de diagnóstico, a presença de erros de pronúncia persistentes, muito para além da idade esperada para a ocorrência normativa dos erros, o seu início deu-se antes da idade escolar (2ª infância), os erros de pronúncia provocam limitações significativa na capacidade de comunicar, e a inteligibilidade do discurso é muito afetada, não se encontram explicações neurológicas, sensoriais ou motoras que expliquem estes sinais;
- Perturbação de défice de atenção e hiperatividade do tipo combinado (Código IDC-11 6A05.2), da informação recolhida da história e relato dos pais, parece existir um padrão persistente de desatenção (dificuldade em manter a atenção durante períodos curtos, distrai-se facilmente) e hiperatividade (excessiva agitação psicomotora com impacto no funcionamento académico e familiar), com duração de mais de seis meses, e início antes da idade escolar, estes sinais não são evidentes nas sessões, em parte, provavelmente, devido à medicação com metilfenidato.
- Dislexia ou perturbação desenvolvimental da aprendizagem com compromisso da leitura (código ICD-11 6A03.0). Também designada por perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura. Em função das dificuldades de leitura evidenciadas por António e atendendo ao facto desta perturbação ser uma comorbilidade frequente com a PDAH (APA, 2014; Lima, 2015; Fonseca, 2014) é aconselhável que António seja sujeito a uma avaliação psicológica formal à dislexia. Esta avaliação deve ser realizada durante o próximo ano letivo, antes do final do segundo ciclo do ensino básico, de forma justificar de forma mais simples, o acesso a adaptações e na realização de exames nacionais, em caso de se confirmar esta hipótese diagnóstica (Despacho Normativo n.º 4-B/2023 - Regulamento do Júri Nacional de Exames);
- Depressão infantil, pelas informações da história clínica e observações durante as sessões ocorreu um período, de pelo menos 4 semanas durante o processo terapêutico, em que António demonstrou sintomas de tristeza, humor triste e irritável, inibição, alguma anedonia, aumento das dificuldades de aprendizagem, maior número de comportamentos agidos e desafiantes/opositores, maior agitação psicomotora. São persistentes em António a perturbação de sono, alterações do apetite, dificuldade de

concentração e uma autoestima baixa. Durante este período parecem ter sido atingidos os requisitos de diagnóstico da perturbação de episódio depressivo único (Código IDC-11 6A70). Pela persistência de alguns dos sinais e sintomas referidos anteriormente (duração superior a dois anos) coloco ainda a hipótese de se cumprirem os requisitos de diagnóstico da perturbação distímica (Código IDC-11 6A72).

Hipóteses de Diagnóstico excluídas

- Perturbação de desafio opositivo (Código IDC-11 6A05), da informação recolhida não parece verificarem-se os requisitos de diagnóstico desta perturbação, os episódios de irritabilidade ou raiva parecem ser sintomáticos da baixa resistência à frustração. Não parece existir um padrão de comportamentos desafiantes ou opositivos.

6.1.5. Caso clínico II – Luís - Avaliação Psicológica

Nesta secção será apresentado e descrito em detalhe o caso clínico de Luís (nome alterado), um rapaz de 13 anos e nove meses, referenciado à Instituição em 2018 por queixas de comportamentos desafiadores para com o adulto, falta de motivação para as aprendizagens, baixa resistência à frustração e baixa autoestima. No âmbito do estágio foi realizada avaliação psicológica compreensiva ao Luís. Esta avaliação psicológica compreensiva incluiu três sessões de avaliação, de cerca de 90 minutos, com o Luís.

Nas secções seguintes deste relatório será realizado um enquadramento teórico das provas psicológicas aplicadas, serão apresentados os respetivos resultados, serão descritas as informações da história clínica, e por fim será feita a interpretação geral da avaliação psicológica compreensiva realizada e respetiva conceptualização de caso.

6.1.6. Enquadramento teórico das provas psicológicas aplicadas

Para a elaboração do protocolo de avaliação do Luís, foi considerado o conceito de avaliação psicológica de Simões (2005) que refere que esta é um processo abrangente e complexo, que além dos resultados da testagem psicológica, tem em conta informação recolhida em entrevista com o avaliado e eventuais informadores, a observação direta entre outras fontes de informação. A avaliação psicológica é também um processo de tomada de decisão clínica que procura integrar todas as informações e formular inferências e hipóteses sobre o funcionamento psicológico de um sujeito, a conceptualização de caso.

Neste sentido, em conjunto com o orientador no local de estágio, foi inicialmente considerado o seguinte protocolo de avaliação:

- Entrevista clínica semiestruturada;
- Teste D70 (Kowrinsky & Rennes, 1970, versão portuguesa de Rocha & Coelho, 1983);
- Matrizes Progressivas de Raven – Standard (Raven et al., 2001);
- Questionário de capacidades e dificuldades (*Strengths and difficulties questionnaire* – SDQ) (versão original de Goodman et al, 1998; validação para a população por Pechorro et al., 2011);
- Escala de autoestima e autoconceito para crianças de Susan Harter (versão original de Harter, 1988 citada por Faria, 2001 que fez o estudo psicométrico para a população portuguesa);
- Prova projetiva Casa – Árvore – Pessoa (*House-Tree-Person* - HTP) (Buck, 2003).
- Prova projetiva TAT – Teste de Aperceção Temática (Shentoub et al., 1999).

Para avaliação da inteligência, fator geral foram selecionados os testes D70 (Kowrousky & Rennes, 1970, versão portuguesa de Rocha & Coelho, 1983) e o teste de Matrizes Progressivas de Raven- Standard (Raven, 1973; Raven et al., 2001) como alternativa de recurso.

O teste D-70 (séries de dominós) é um teste de elevada validade para a medição da inteligência geral (fator geral de inteligência obtido a partir da avaliação da abstração e compreensão de relações). O D-70 é um teste não verbal, aplicável a partir dos 12 anos de idade. Os examinandos têm 25 minutos para responder ao máximo dos 44 itens do teste. Cada item é um exercício/problema formulado com pedras de dominó. O sujeito deve indicar qual a pedra de dominó que completará adequadamente a sequência de pedras apresentada no item. O teste está construído de forma que os itens tenham um grau de dificuldade crescente. Existem normas para a população portuguesa que no caso das crianças estão organizadas por ano de escolaridade (Rocha & Coelho, 1983).

O teste Matrizes Progressivas de Raven – Standard (MPR-S) é um teste de inteligência baseado no fator geral de inteligência, que avalia a capacidade dos indivíduos de apreender figuras sem significados definidos, compreender as relações entre essas figuras e conceber a figura que completa de forma correta o sistema de relações apresentado. O teste é composto por 5 séries de 12 problemas. A resolução do primeiro problema de cada série deverá ser evidente, sendo que a dificuldade aumenta progressivamente a cada problema dentro da mesma série. Pela sua forma não verbal e acultural, o teste pode ser aplicado a uma ampla faixa etária e a pessoas de todas as nacionalidades, culturas e habilitações. O teste pode ser aplicado a partir dos 6 anos de idade e não tem limite máximo de idade. Este instrumento pode ser aplicado em grupo ou individualmente. O tempo de aplicação é entre 20 e 40 minutos (Raven, 1973). Uma vez que não existem normas padronizadas para a população portuguesa, foram utilizados os dados do manual publicado em espanhol (Raven et al., 2001).

O questionário de capacidades e dificuldades, *Strengths and difficulties questionnaire* – SDQ (Goodman et al, 1998 validação para a população por Pechorro et al., 2011) é um questionário curto de avaliação de capacidades e dificuldades. A versão portuguesa de autorresposta é constituída por 25 itens igualmente distribuídos pelas seguintes 5 escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Pares e Comportamento Pro-social. O questionário é apresentado aos sujeitos com uma escala de resposta com três alternativas “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”. Na cotação e de acordo com a literatura deve ser usada uma escala de 0 a 2 considerando a existência de itens de cotação invertida. Pontuações mais

elevadas traduzem a presença de maiores dificuldades (escalas de dificuldades) ou maior probabilidade de comportamentos pro-sociais (escala de comportamento pro-social). Os autores do estudo de validação para a população portuguesa recomendam prudência na utilização do instrumento uma vez que foram obtidos resultados abaixo do desejável a nível dos vários aspetos de validade assim como na consistência interna (valores de alfa de Cronbach das várias subescalas entre .29 e .60) (Pechorro et al., 2011).

A escala de autoestima e autoconceito de Susan Harter (versão original de Harter, 1988 citada por Faria, 2001) é constituída por seis subescalas, com 6 itens cada, que avaliam 6 aspetos da autoestima, competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, atitude comportamental e autoestima global. Os itens são construídos de forma a minimizar a desejabilidade social. O sujeito constrói a sua resposta em 2 passos, inicialmente identifica-se com uma das duas frases descritivas do item (exemplo de um dos itens “Algumas crianças acham que são tão inteligentes como as outras da sua idade. MAS Outras crianças não têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes como outras da sua idade”). Posteriormente os sujeitos decidem, para a afirmação escolhida, umas de duas opções, “Sou mais ou menos assim” ou “Sou mesmo assim.”. Há assim quatro opções de escolha para cada item, cotados de um a quatro, sendo que a pontuação mais elevada traduz a maior autoestima. Devem ser considerados com cotação inversa os itens invertidos. De acordo com o sugerido por Martins e colaboradores (1995) será também utilizada a escala de importância no sentido de avaliar a importância que o sujeito atribui a cada uma das dimensões avaliada na escala de autoestima. Esta escala possui 10 itens, dois para cada dimensão da escala referida anteriormente (excluindo-se a escala de autoestima global). Os itens têm a mesma construção que os itens da escala de autoestima, existindo 4 alternativas de resposta para cada item. Estas duas escalas utilizadas em conjunto permitem avaliar a autoestima para os vários domínios relacionando-a com a importância que o sujeito dá a esses mesmos domínios.

Foi selecionada a prova projetiva de desenho, Casa – Árvore – Pessoa (*House-Tree-Person* - HTP) (Buck, 2003), para avaliar o funcionamento psicológico global do Luís, obter informação sobre a experiência da sua individualidade e sobre a experiência de sua relação com o ambiente. Esta prova inclui duas etapas, a primeira é não verbal e pouco estruturada e consiste na sugestão ao sujeito de fazer 3 desenhos com lápis de carvão, uma casa, uma árvore e uma pessoa. Na segunda etapa da prova é realizado um inquérito estruturado para investigar as associações que a pessoa fez ao desenhar. Uma terceira e quarta etapas podem ser incluídas (opcionalmente) que consistem em repetir as duas primeiras etapas, mas utilizando lápis de cor

nos desenhos. A aplicação desta prova pode levar entre 30 e 90 minutos. Os desenhos e respectivas respostas ao inquérito são avaliados quanto a sinais de psicopatologia e funcionamento psicológico do indivíduo na sua individualidade e na sua relação com vários contextos. É avaliado o conteúdo dos desenhos e suas características, tamanho, localização, ordem de execução, presença ou ausência de determinadas características, tempos de execução e latência, comportamento durante o desenho, entre outras (Buck, 2003). O autor sugere um protocolo de interpretação dos desenhos e respostas que permite salientar as características relevantes de cada avaliado. A prova pode ser aplicada a pessoas a partir dos 8 anos de idade e a sua aplicação é individual.

Para avaliação projetiva do funcionamento psicológico e identificação de eventuais elementos psicopatológicos, selecionou-se a prova projetiva *Thematic Apperception Test* - TAT ou em português teste de aperceção temática. Como metodologia de aplicação e interpretação foram selecionadas as indicações de Shentoub e colaboradores (1999), autores da reconhecida escola francesa do TAT, de inspiração psicanalítica. Estes autores referem que o TAT é um instrumento muito relevante na psicologia clínica, nomeadamente para a avaliação da personalidade, respetivos mecanismos de defesa e aspetos diferenciais entre várias patologias. A situação TAT consiste na apresentação, à pessoa em avaliação, de um conjunto de cartões (entre 13 e 15, dos 31 cartões inicialmente propostos por Henry Murray, o número de cartões varia em função do sexo e idade da pessoa) e para cada um dos cartões é solicitado que o sujeito conte uma história que imagina a partir da imagem do cartão. A instrução é “Imagine uma história a partir do cartão”. A aplicação é individual e deve realizar-se numa só sessão. O tempo de latência deve ser anotado como medida da reatividade da pessoa ao cartão, assim como o tempo total de cada cartão. Os relatos devem ser anotados com a maior fidelidade possível, mas é desaconselhada a gravação áudio. A interpretação do TAT baseia-se principalmente na análise dos relatos, cartão a cartão (com codificação de procedimentos) e numa síntese geral de todo o protocolo. Pelos mecanismos de defesa identificados nos relatos, o clínico pode inferir uma organização da personalidade neurótica (a menos patológica), personalidade fóbica, personalidade narcísica, tendência para a mania, tendência para comportamentos agidos, pobreza simbólica ou psicose.

6.1.7. Descrição do caso

Dados biográficos e da referência

Luís, sexo masculino, nascido em agosto de 2009, com 13 anos e 9 meses na data da primeira sessão de avaliação. Frequenta o sétimo ano de escolaridade.

Em 2017 (aos oito anos) o Luís foi referenciado e avaliado na Instituição. Os motivos da referência (feita pela família por conselho da psicóloga dos CSP – Centro de Saúde) são a presença de comportamentos de desafio, falta de motivação, baixa resistência à frustração, baixa autoestima e evidente atraso nas aprendizagens escolares.

Medicação atual

Medicado com metilfenidato desde 2017 (oito anos). As tomas são diárias interrompendo ao fim de semana e nas férias.

Acompanhamentos e intervenções anteriores

Teve o primeiro acompanhamento psicológico, através dos CSP – Centro de Saúde da área de residência, em 2018 e 2019 (dos nove aos 10 anos de idade), no qual tinha uma sessão a cada 3 semanas.

Em 2017 (aos oito anos) o Luís passou a ser acompanhado em consulta de desenvolvimento. Através deste serviço recebeu o diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, tendo sido medicado com metilfenidato.

Durante o ano letivo de 2019-2020 (aos 11 anos) recebe apoio específico para a dislexia.

O Luís inicia APT, na Instituição, com periodicidade bissemanal, no ano letivo de 2018-2019, mantendo, o mesmo apoio, no ano letivo seguinte.

No ano letivo de 2020-2021 e 2021-2022 o Luís é acompanhado na Instituição no grupo quinzenal de jovens em transição do primeiro para o segundo ciclo. Este acompanhamento foi realizado à distância devido às medidas restritivas da pandemia.

No ano letivo de 2022-2023 o Luís é acompanhado na Instituição através do grupo de adolescentes, com periodicidade quinzenal.

Observação do estado mental (nas sessões de avaliação psicológica)

Relativamente à aparência geral o Luís é um rapaz de olhos castanhos, pele clara, alto para a sua idade (cerca de 1,78m), com cabelo preto ondulado, bem constituído, peso aparentemente ligeiramente acima do adequado para a sua altura. Tem a higiene cuidada e o vestuário é adequado para um adolescente em período de férias de verão (calções, ténis e

camisola azul-escuro, com capuz). Aparenta alguma sonolência e lentificação no primeiro contacto. A atitude foi de cooperação relutante. Durante a entrevista demonstrou impaciência por diversas ocasiões, recusando dar resposta a algumas questões colocadas por mim. Recusou também a realização de uma das provas psicológicas. Por diversas vezes teve gestos de esfregar intensamente a cabeça e limpar o nariz com os dedos sem qualquer pudor.

Apesar de aparentar sonolência em diversos momentos do processo de avaliação, esteve sempre vigil. Não demonstrou alterações evidentes da atenção nem agitação psicomotora (apenas alguns momentos no início da entrevista). Esteve sempre orientado no espaço, no tempo, auto e alopsiquicamente.

De uma forma geral, Luís apresentou algum abatimento (baixa energia) e humor ligeiramente deprimido. Perante determinadas questões e especificamente na segunda sessão de avaliação, Luís apresentou humor marcadamente deprimido, evitando falar dos temas causadores do seu desconforto.

Relativamente ao discurso, o Luís apresentou lentificação e baixa produção oral, na segunda sessão (longos períodos de silêncio). Na primeira e terceira sessões o discurso não teve alterações tão significativas e em temas do seu agrado, a produção aumentou em quantidade e velocidade.

O pensamento do Luís não apresentou alterações significativas evidentes, embora houvesse uma eventual lentificação do pensamento na segunda sessão. Na primeira e terceira sessão o pensamento do Luís foi coerente, com ritmo normal, com ideias bem estruturadas e elaboradas. Relativamente ao conteúdo, os assuntos mais recorrentes têm um grau elevado de fantasia (pensamento sobre histórias e jogos de fantasia). Relativamente a temas mais concretos o pensamento parecia ser menos prolífico.

Não foram detetadas quaisquer alterações da percepção ou comportamento sugestivo.

No que concerne à cognição, o Luís não parece apresentar alterações, a testagem psicológica indica uma função cognitiva na média para a sua idade. Relativamente à memória foram detetados elementos de amnésia catatímica, uma vez que o Luís refere não se lembrar, seletivamente, de eventos e situações com forte carga emocional (como por exemplo a razão da separação dos pais).

O Luís apresenta uma motricidade ligeiramente lentificada, pontuada com momentos de ligeira agitação em momentos de maior ansiedade.

Relativamente ao sono, o Luís relata que sofre de insónia inicial e intermédia (despertares noturnos). A medicação com metilfenidato terá impacto na qualidade do sono.

Luís refere ainda que tem uma alimentação cuidada. Não sendo referidos no relato do próprio ou dos pais quaisquer alterações.

Luís apresenta já alguns caracteres sexuais secundários associados á puberdade bem estabelecidos (pilosidade nas pernas, aumento da altura e musculatura, alteração da voz, entre outros).

O Luís possui crítica para a sua situação relativamente à hiperatividade e relativamente a uma tristeza demasiado frequente e intensa. No entanto o locus de controlo para a obtenção de alívio ou ajuda é totalmente externo e a sua situação é vista como irreversível.

História da sintomatologia atual (informação processo na Instituição e reuniões com os pais)

Luís nasce às 38 semanas, de parto eutócito, no entanto necessitou de alguns minutos na incubadora, devido “a ter nascido com o cordão umbilical à volta do pescoço” (sic, relato da mãe Helena, nome fictício), recuperando rapidamente.

A mãe reporta que Luís foi um bebé calmo, sem problemas de sono ou alimentação. Refere ainda que houve um ligeiro atraso na aquisição da linguagem, devido a uma ligeira perda auditiva. Esta situação foi resolvida após operação de adenoidectomia.

Helena partilha que começou a desenvolver alguma preocupação relativamente à saúde mental do Luís aos 3 anos. Refere que já no jardim de infância, o Luís apresentava baixa predisposição para as aprendizagens e atividades propostas. Helena refere ainda que o médico pediatra que acompanha Luís indica que este apresenta alguns traços (ligeiros), característicos da perturbação do espectro do autismo (PEA). No entanto, nunca houve um diagnóstico conclusivo desta perturbação em nenhuma das avaliações psicológicas realizadas.

Em idade pré-escolar o Luís é descrito pela mãe como tendo “um coração gigantesco” (sic), referindo-se a traços de preocupação e de empatia para com o outro, principalmente membros da sua família.

O Luís revelou um desenvolvimento relativamente normativo, adaptando-se bem a mudanças de creche e de escola.

O estado de saúde mental do Luís só se agrava significativamente após a separação dos pais que ocorre em 2015, aos 6 anos do Luís.

Quando Luís entra para o primeiro ciclo já há sinais claros de dificuldades de aprendizagem e de problemas de comportamento, que se refletem no seu desempenho escolar. No ano letivo seguinte, 2016-2017 e 2017-2018 a saúde mental do Luís agrava-se significativamente. No Programa Educativo Individual (PEI), elaborado na sequência da identificação da necessidade de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, a escola começa por reportar a sua muito baixa motivação para as aprendizagens escolares e um grande alheamento e desatenção durante os períodos letivos. São também referidos comportamentos impulsivos, agressivos e de oposição e desafio na escola. É ainda realçada a imaturidade emocional do Luís que se mostra incapaz de fazer face a qualquer adversidade, reagindo com frustração desproporcional. É também referida uma grande insegurança na realização das tarefas escolares, necessitando do apoio e confirmação do adulto para completar tarefas simples. São mobilizadas medidas de suporte seletivas e adicionais como as adaptações curriculares significativas. As necessidades educativas especiais identificadas são de carácter emocional.

Em 2016, aos sete anos, o Luís foi submetido a uma avaliação psicológica. O resultado da avaliação cognitiva foi dentro do intervalo médio para a sua faixa etária. A avaliação emocional refere que o Luís demonstrou uma autoimagem debilitada, que utiliza mecanismos de evitamento para lidar com a realidade desagradável, que a separação dos pais é um tema muito sensível. A resistência à frustração é muito baixa.

Em 2017 (aos oito anos) o Luís passou a ser acompanhado em consulta de desenvolvimento devido a um diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, tendo sido medicado com metilfenidato.

Relatórios escolares do ano letivo de 2018-2019, reportam o baixo empenho e inatividade durante o período letivo, a não realização dos trabalhos propostos para casa, no entanto, apesar do esforço mínimo, os objetivos escolares são atingidos na maioria das disciplinas. Continuam a ser reportados comportamentos desajustados como faltas às aulas (esconde-se na escola) e reações bruscas com colegas.

Na referenciação à Instituição (em 2017, aos oito anos) são mencionados pelos pais os seguintes sinais de preocupação: presença de comportamentos de desafio, baixa resistência à frustração, baixa autoestima e baixa motivação para as aprendizagens escolares com evidente atraso nas aquisições escolares, “Aos nove anos ainda está a aprender a ler e escrever.” (sic, relato da mãe). A mãe refere que em algumas ocasiões o comportamento impulsivo e agressivo do Luís colocou em causa a segurança e o ambiente da escola.

No início do ano letivo de 2018-2019 o Luís inicia APT, duas vezes por semana na Instituição. A integração do Luís neste apoio teve um efeito positivo evidente, ao nível das aprendizagens escolares (leitura e escrita) e também ao nível das relações com os colegas (frequentemente problemáticas e superficiais). O seu discurso oral revelou um vocabulário elaborado e uma boa articulação de ideias. No entanto mantiveram-se muitas dificuldades a nível emocional, como a incapacidade de empreender esforço nas atividades mais exigentes, desistindo facilmente. Por vezes boicota o seu trabalho e o dos colegas numa clara recusa em pensar sobre si próprio. No conflito com colegas e técnicos é incapaz de regular as suas emoções reagindo sempre com frustração. A insegurança nas suas produções esteve também sempre presente. A lentificação na realização das tarefas e a baixa energia vital foram uma constante no funcionamento do Luís.

Apesar do efeito positivo geral deste apoio, o Luís teve períodos de sério agravamento do seu estado de funcionamento psicológico, em que apresentou ainda menor energia vital, menor capacidade de conter o seu comportamento impulsivo desajustado (por exemplo insultos aos colegas), maior egocentrismo e menor empatia. Nestes períodos as temáticas das produções (desenhos e histórias) eram relativas a perseguição, armas e morte. A expressão de tristeza pela separação dos pais ocorria ocasionalmente. Estes períodos de funcionamento mais desajustado pareceram coincidir com alguma confusão provocada pela alternância de residência entre a casa do pai e a casa da mãe.

Outro dos aspetos transversais à vivência do Luís, de acordo com o reportado em vários relatórios e pelos próprios pais, parece ser a ansiedade de desempenho. Em episódios de elevada ansiedade de desempenho, os pais reportam as queixas do Luís, da ocorrência de eventuais alucinações auditivas. Luís refere ouvir vozes, que falam para ele sobre as suas incapacidades, em momentos de grande ansiedade na execução de tarefas para as quais se sente incapaz. O episódio mais significativo ocorreu no início do ano letivo de 2019-2020, durante o quarto ano do primeiro ciclo.

Em consulta de pedopsiquiatria, após este episódio, o Luís foi medicado com risperidona (0,5mg duas vezes por dia). Manteve a toma diária de metilfenidato (36mg). Os pais reportam um período de adaptação a esta medicação com maior sonolência.

Um relatório síntese da Instituição de 2020 refere que há significativas interferências emocionais nas aprendizagens escolares. Este relatório acrescenta que as dificuldades emocionais estão relacionadas com a problemática familiar. A ansiedade de desempenho,

desvalorização da autoimagem e humor depressivo são os aspetos mais relevantes do funcionamento psicológico do Luís.

Em 2020, aos 11 anos, foi realizada uma avaliação neuropsicológica que diagnosticou a perturbação desenvolvimental da aprendizagem com compromisso da leitura, especificamente foi identificada dislexia – disortografia (com compromisso do processamento fonológico) confirmando que os resultados a nível cognitivo estão dentro da média para a sua faixa etária.

Nos anos letivos seguintes, o Luís transita de ano letivo, atingindo os objetivos e aprendizagens escolares de acordo com o definido no seu PEI. No entanto, os pais relatam que o Luís continua a evidenciar dificuldades na leitura e na escrita. A nível emocional o Luís continua também a apresentar dificuldades, por exemplo na capacidade de se autorregular.

O seu humor mantém uma persistência depressiva que em situações de crise mais intensa dá origem a ideias de morte, como reportado pelo pai em reunião recente. O pai refere ainda que o Luís evidencia comportamentos dramáticos fruto do seu intenso e persistente sofrimento emocional. As alterações na estrutura familiar parecem ter um impacto negativo significativo no funcionamento psicológico do Luís.

A mãe, em reunião recente, que preferiu ser separada da reunião com o pai, refere que a medicação (metilfenidato) interfere com o sono, diminuindo a sua qualidade, no entanto acrescenta que os seus benefícios (maior capacidade de concentração e de regulação do comportamento com impacto positivo na escola) ultrapassam os efeitos prejudiciais (sono).

Ambos os pais concordam que o Luís é fortemente influenciado pela dinâmica e estrutura familiar, concordando que é uma das razões principais para o sofrimento vivenciado.

Dados da história pessoal e familiar (informação processo na Instituição, entrevista clínica e reuniões com os pais)

Luís é o segundo filho de uma fratria de três, composta por uma irmã mais nova de 10 anos (Joana) e um irmão de 15 anos (João Pedro).

O pai de Luís é João Pedro, de 43 anos, gestor de profissão. A mãe, Helena, tem também 43 anos e é psicóloga (todos os nomes são alterados para manutenção do anonimato).

O pai é bastante alto e tem constituição magra. Usa barba curta. Nos momentos de contacto com o pai de Luís, este apresentou-se vestido formalmente, com fato, sem gravata, aparenta ter a idade real. Foi afável e educado e tem uma comunicação clara e enérgica.

Já a mãe aparenta baixa energia vital, até algum abatimento. É de estatura e constituição médias. Aparenta ter a idade real.

Em 2015, os pais de Luís separaram-se, tinha o Luís 6 anos. Como já referido esta separação teve um impacto negativo muito significativo no funcionamento psicológico do Luís. Os sinais e sintomas de desajustamento grave surgiram após a separação.

Após a separação, os filhos ficaram principalmente a cargo de Helena (guarda exclusiva), com visitas periódicas a casa do pai.

Mais recentemente, o regime de regulação das responsabilidades parentais foi alterado para guarda partilhada, com regime de residência alternada. O Luís e irmãos residem com a mãe durante uma semana, mudando para casa do pai na semana seguinte.

Durante a entrevista o Luís relatou preferir a residência em casa da mãe, pois é mais estável e previsível.

Atualmente o agregado familiar, do lado da mãe, é constituído pelo Luís, os dois irmãos e a mãe. Sendo que os avós maternos estão muito presentes na vida do Luís. Muitas das rotinas diárias do Luís passam pela casa destes avós, como os almoços em dias de semana, as explicações de matemática e alguns períodos de ócio.

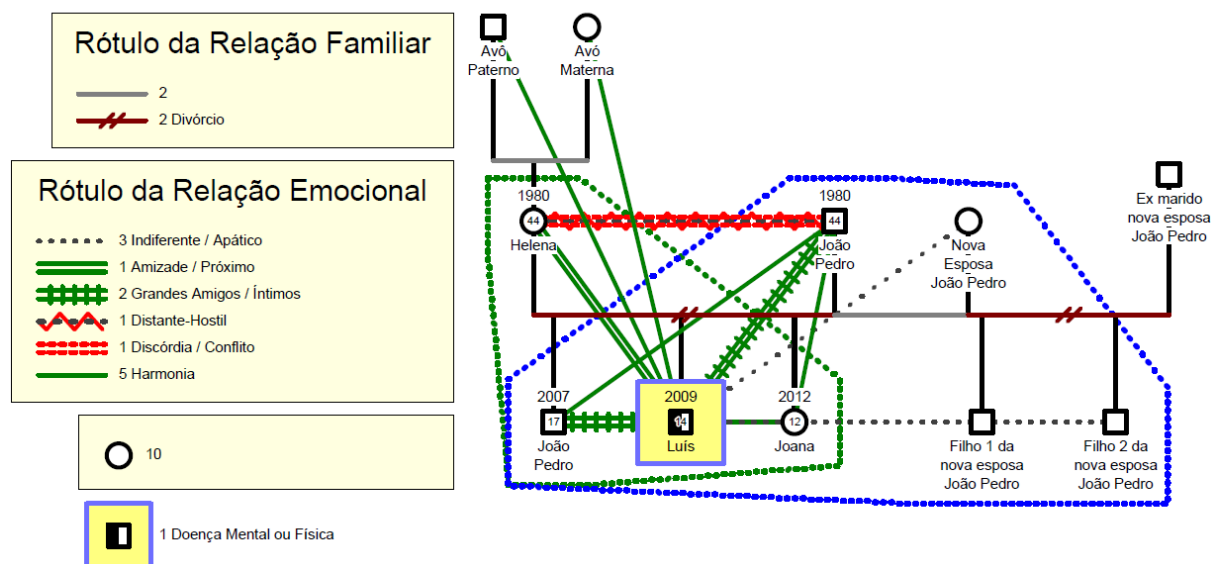
O pai, João Pedro, recentemente voltou a casar, constituindo um novo agregado familiar constituído por sete pessoas, João Pedro (pai), João Pedro (filho), Luís, Joana, a nova esposa do pai e os seus dois filhos. O pai acrescenta que esta situação, o novo casamento, teve um impacto negativo no funcionamento psicológico do Luís.

Atualmente a relação entre o pai e a mãe do Luís, João Pedro e Helena é negativa, havendo conflito e desconforto de parte a parte.

Genograma familiar

Figura 3.

Genograma do Luís



O genograma da família do Luís pretende representar a existência de dois agregados familiares, um no qual o Luís e os irmãos estão em casa da mãe e outro no qual os três irmãos vivem com o pai, a sua nova esposa e os dois filhos desta. O agregado familiar em casa de João Pedro é constituído por sete pessoas. Do lado da mãe, Helena, os avós maternos de Luís têm uma grande importância nas rotinas diárias, assegurando almoços durante a semana entre outras rotinas.

Luís parece ter uma relação afetiva positiva com ambos os pais e com os irmãos. Parece ser mais próximo do pai, em termos de demonstrações de afeto físico, do que da mãe. Relativamente aos irmãos Luís parece ser mais próximo do irmão João Pedro do que da irmã Joana. Relativamente à nova família do pai, Luís não a refere, mesmo quando questionado, indiciando desconforto, expresso como apatia ou indiferença.

A relação entre João Pedro e Helena parece ser negativa neste momento. Parece haver uma distância hostil de Helena para com João Pedro. João Pedro parece discordar fortemente desta posição de distância de Helena.

6.1.8. Descrição dos resultados da avaliação psicológica

Entrevista clínica

Recebi o Luís e o pai na sala de espera. No primeiro contacto o Luís estava ensonado e muito pouco falador, demonstrando pouca motivação para a sessão de avaliação. Insistiu ainda várias vezes para confirmar a hora de término da sessão.

Foi evidente o esforço do pai em estabelecer uma relação afetivamente próxima com o Luís. O Luís esteve aparentemente recetivo a essa aproximação com contacto físico, por parte do pai.

Luís, que conhece bastante bem a Instituição, subiu ao primeiro andar enquanto ainda fiquei a falar com o pai mais uns segundos. Luís parecia com pressa de rapidamente concluir as tarefas consideradas desagradáveis. Em vários momentos, ao longo da entrevista, o Luís evidencia o movimento de avançar rapidamente para as tarefas para terminar sem demora o que lhe é desagradável.

No início formal da entrevista o Luís demonstrou alguns comportamentos de inquietude e agitação, mas apesar disto a primeira sessão decorreu de forma produtiva e tranquila.

Luís referiu que atualmente faz karaté, atividade de que gosta, já tinha feito no passado, retomando recentemente. Considera que é uma atividade extremamente exigente, mas da qual gosta, assim como gosta da amizade que estabeleceu com um colega.

Luís envolveu-se no relato, com muito detalhe e bastante demorado, da trama do jogo de vídeo de fantasia, *FNaF (Five Nights at Freddy's)*. Este é um jogo de terror, em que a violência é explícita com mortes de crianças. Os animatronics (personagens centrais do jogo) podem ter aspeto bastante grotesco e assustador, com cicatrizes e partes mecânicas. Mas são as suas personagens favoritas, pois são crianças muito poderosas que lutam pela reposição da justiça.

A trama do jogo é extremamente confusa e intrincada, com factos que ele assume não compreender. O interesse do Luís é muito grande, a história é impressionante e intrigante para ele.

Luís não aparenta ter medo da história, nem é especialmente sensível à parte grotesca.

O Luís parece ter a característica de recorrer à fantasia para obter alguma satisfação. Apesar de esta característica criar um afastamento do Luís, da realidade quotidiana, também poder vir a ser um recurso criativo útil.

Da escola contou que não tinha a certeza de ir passar para o oitavo ano. Referiu ter “Suficiente” a todas as disciplinas e que já tinha tido “Bom”. Apenas a matemática assume ter maior dificuldade, primeiro diz que a Matemática o deixa confuso, depois referiu que é o professor que “É burro!”. Queixou-se que não sabe dar aulas. Teve vários insuficientes a matemática por isso não sabe se vai passar a esta disciplina. Por causa das notas a Matemática, tem dúvidas que passe para o oitavo ano, mas aparentemente não está sequer preocupado, não se importa de ficar mais um ano no sétimo ano, mostrando displicência relativamente a este tema.

O Luís tem apoio a Matemática na escola e em casa dos avós maternos, por uma explicadora que se desloca lá.

A casa dos avós é perto da escola, o que facilita as deslocações, almoça frequentemente em casa dos avós. Tem uma relação próxima com eles.

A disciplina preferida é Português, por ser “transparente” (sic), e a entender bem. Também gosta de História.

Relativamente ao comportamento refere que está na metade da turma que se porta bem, reforça que tem um comportamento muito bom. Luís refere o mau comportamento de muitos alunos da sua turma.

A turma tem 20 alunos. Não “consegue” dizer se tem mais rapazes ou raparigas. Tem um colega com quem se dá melhor, falam muito sobre um jogo de “Roblox”, na escola e online.

A rede de amigos do Luís parece ser relativamente pequena e seletiva.

Sugeri inicialmente a aplicação do teste D70, no entanto o Luís achou os exemplos demasiado difíceis, e rejeitou fazer o teste. Como alternativa apliquei as Matrizes Progressivas de Raven, que o Luís aceitou com mais interesse e motivação.

No fim da aplicação deste teste o Luís estava visivelmente impaciente, e com vontade de terminar. Combinamos a próxima sessão e terminámos.

Na segunda sessão de avaliação recebi o Luís na sala de espera. Vinha extremamente abatido, aparentando querer esconder a face, evitando todo o contacto ocular. O pai informou que o Luís se tinha chateado com o irmão, por isso estava tão em baixo.

O Luís teve períodos longos de silêncio, manteve o comportamento de esconder a face. Pelos gestos parecia emanar tristeza e zanga.

O Luís rejeitou sempre referir-se ao assunto que tinha provocado tanto desconforto, rejeitou ajuda para lidar que o tema. Preferiu continuar com a entrevista. No entanto a sua baixa energia e pouca motivação para o processo foram muito evidentes.

Luís informou que deve passar de ano, para o oitavo, mas não sabe se terá nota positiva a matemática. Referiu ainda que não vai mudar de escola no oitavo ano. Luís assumiu não estudar além das explicações que tem a matemática. Afirma de forma explícita que não estuda de todo pois tem muito pouca motivação.

Relativamente à organização quotidiana, mora alternadamente, uma semana com a mãe e na semana seguinte com o pai. Prefere claramente ficar com a mãe, diz que a semana é mais organizada e previsível, sabe que vai para casa da mãe, ou dos avós. Já com o pai a vivência parece ser menos fluida e mais imprevisível, nunca sabe bem onde vai estar ao longo da semana. O irmão está normalmente com ele. Jogam vários jogos de computador em conjunto. Refere sentir saudades de igual forma pelos dois pais, no fim da semana, após o período de afastamento devido à guarda partilhada.

Com os avós a vivência parece ser bastante tranquila e agradável para o Luís, está com eles aos almoços durante a semana, quando não tem aulas de tarde ou depois das aulas.

Luís não foi capaz de identificar a profissão do pai ou da mãe, “Não me lembro.” (sic). Apenas refere que o pai trabalha num escritório.

Luís refere que não é parecido com nenhum dos pais, ambos são muito diferentes dele, mas quando questionado sobre o que o faz ser diferente de ambos os pais, não identifica nenhuma característica distintiva.

Marca claramente que não se sente parecido com os pais, é aliás muito diferente. Refere que os pais não se apercebem dessa diferença. Acrescenta que não existe quem consiga olhar para ele de forma a reconhecê-lo como ser único e diferente.

Este relato do Luís parece transmitir uma vivência muito solitária, em que não existe ninguém no mundo que é capaz de o conhecer verdadeiramente. Estas palavras são proferidas de forma emocionalmente desprendida, mas parecem transmitir tristeza, isolamento e desesperança por nunca ninguém ter conseguido reconhecê-lo como pessoa individual.

Relativamente à separação dos pais, Luís refere que não se lembra, que foi há muitos anos, (“Foi há 10 anos.” sic) apenas sabe que foi muito difícil para ele, mas que não se lembra de nada.

Luís relata que não houve uma conversa entre ele e os pais sobre a separação e que ele se foi apercebendo gradualmente de que os pais já não estavam juntos.

Luís partilha ainda que não sabe o motivo da separação dos pais e que não quer saber, já passou tanto tempo que já é indiferente saber agora o motivo da separação.

É provável que o Luís, na altura da separação dos pais, tenha vivido em angústia durante longo tempo por não estar a compreender as alterações profundas que a família estava a sofrer.

Parece haver uma clara rejeição em abordar o tema da separação dos pais. Luís rejeita conscientemente o assunto, assim como refere não se lembrar nem saber de informações relevantes.

Luís conta que tem um amigo com quem se dá mais frequentemente, um colega do karaté com quem também conversa online.

Relativamente à alimentação refere que tem uma alimentação cuidada, é quem come mais salada na família.

Relativamente ao sono refere que tem dificuldades em adormecer, e acorda com frequência ao longo da noite. Partilha ainda que não se lembra dos sonhos.

Luís informa que toma medicação para ficar mais concentrado e mais calmo, todos os dias de manhã, parando ao fim de semana. Refere que o comprimido é para a hiperatividade e que tem um efeito positivo.

Quando questionado pela razão pela qual é acompanhado na Instituição, o Luís diz que não sabe qual a razão, que não sabe quais são as preocupações dos pais ou dos professores relativamente a ele.

Considera que a Instituição tem um efeito positivo nele, principalmente pelas relações que estabelece com os outros adolescentes (frequenta o grupo quinzenal de adolescentes. Refere que hiperatividade não está relacionada com a Instituição, que para a hiperatividade toma o comprimido.

Refere que não necessita de apoio em nenhuma área, nem precisa de ajuda a ultrapassar nenhum desafio. Acha que não há nada a mudar ou melhorar nele próprio.

Sendo claro que o Luís apresenta um considerável sofrimento psicológico, é muito provável que o facto de não ver nada a mudar nele próprio, seja tradutor da sua impotência face

ao esse grande sofrimento. Além dos sentimentos de solidão poderá haver também sentimentos de desesperança.

Já no fim da sessão o Luís respondeu à escala de autoestima e autoconceito, mas com enorme esforço para ler e refletir sobre as questões, quando terminou foi um grande alívio e quis sair da sala imediatamente.

A terceira sessão de avaliação iniciou-se pelo preenchimento do questionário SDQ. Que Luís respondeu rapidamente.

De seguida propus a realização do teste Casa Árvore Pessoa (*House – Tree – Person - HTP*). Luís dedicou-se aos desenhos com empenho, e demonstrando um traço cuidado e com técnica elaborada, resultando em desenhos tecnicamente competentes e investidos.

No inquérito aos desenhos achou as perguntas muito despropositas “Eu não pensei nisso quando estava a desenhar, por isso não sei. Nem quero pensar nisso agora! Tenho preguiça.” (sic).

Luís referiu-se também ao irmão. Demonstrou alguma preocupação, zanga e tristeza (no passado) e resignação (atualmente) pela situação do irmão ser um “ermita” (sic), que só joga computador e não se relaciona com ninguém. Foi muito expressivo e claro ao falar destes sentimentos.

Este comentário sugere a hipóteses de que o Luís nutre muito afeto pela família e é extremamente preocupado com o bem-estar de todos. O valor família é provavelmente muito importante para ele.

O inquérito do teste HTP foi extremamente difícil, Luís recusou-se várias vezes a responder às perguntas. Em algumas fez comentários como “Porque é que eu não me atiro da janela já!” (sic) como forma de expressar a sua frustração e impaciência. Na resposta ao inquérito Luís teve uma posição de confronto e ironia. Este comportamento parece ser análogo ao reportado nos relatórios da instituição que referem a recusa, quase inabalável, do Luís em refletir sobre si próprio.

Referiu também a irmã, Leonor de 10 anos, que descreveu como “insuportável, por ser muito chata” (sic).

Continuar a entrevista após o inquérito aos desenhos da prova HTP poderia significar prejudicar seriamente a relação com o Luís, inviabilizando uma futura relação, que existiria pelo menos para devolução dos resultados. O facto de a atitude do Luís estar a ser pouco

colaborante e até irónica e hostil, apoiou a decisão de não aplicar os desenhos cromáticos, a prova projetiva TAT e de terminar naquele momento a sessão de avaliação.

Matrizes Progressivas de Raven – Standard (Raven et al., 2001);

A Nota Total obtida pelo Luís foi de 40, sendo que todas as notas parciais das séries são válidas (desvios das notas prováveis inferiores ou iguais a 1). Este resultado está dentro do intervalo esperado para a escolaridade do Luís, sétimo ano ($M=43,48 \pm 7,94$ amostra espanhola de alunos do sétimo ano).

O Luís respondeu a todos os itens de forma pouco motivada e investida, o que leva a considerar que o seu resultado poderia ter sido ligeiramente superior (mantendo-se na faixa média esperada para a sua idade e escolaridade).

Questionário de capacidades e dificuldades (*Strengths and difficulties questionnaire* – SDQ)

Os resultados obtidos nesta escala estão dentro do intervalo médio esperado para a idade do Luís na dimensão Pró-social, Hiperatividade e Problemas com Pares e abaixo da média na dimensão Problemas Emocionais e Problemas de Comportamento (Pechorro et al., 2011). Os resultados deste instrumento traduzem um funcionamento psicológico ajustado, que não se verifica na prática.

Esta escala é suscetível à desejabilidade social, e os resultados da dimensão Problemas Emocionais (abaixo da média) não são de todo congruentes com o observado na entrevista realizada ao Luís (expressão de fortes sentimentos de tristeza).

Já o facto da dimensão Problemas de Comportamento ter tido um resultado abaixo da média, está congruente com o relatado pelo Luís na entrevista.

Escala de autoestima e autoconceito para crianças de Susan Harter

O perfil de autoperceção obtido da aplicação desta escala ao Luís está dentro do intervalo médio esperado para sexo e ano de escolaridade (Faria, 2001).

A dimensão com menor competência percecionada é a Competência Escolar. É também nesta dimensão que reside a maior diferença entre competência percebida e importância. É muito provável que seja nesta dimensão que o Luís se sinta menos competente. No entanto o valor obtido está dentro do esperado para a sua idade e escolaridade.

No domínio Comportamento, o Luís obtém o resultado mais elevado em termos de competência percecionada e importância. É neste domínio que o Luís se sentirá mais

competente. Este facto está de acordo com o relatado na entrevista, na qual o Luís refere ter muito bom comportamento na escola.

Sendo que esta escala é mais suscetível à desejabilidade social é possível inferir que o Luís lhe terá respondido com algum nível de desejabilidade social que não espelha de forma totalmente fiel a sua experiência interna.

Prova projetiva Casa – Árvore – Pessoa (*House-Tree-Person* - HTP)

Os desenhos propostos por esta prova foram realizados em silêncio, com empenho e investimento, sendo que a tarefa pareceu ter sido prazerosa. Já na fase de inquérito, posterior aos desenhos, o Luís evidenciou uma atitude de enfado, oposição, ironia e alguma hostilidade, com recusa em responder a algumas questões.

Parece importante referir que o Luís tem alguma experiência e aptidão para o desenho, o que deverá ser tido em conta na interpretação dos desenhos do teste.

Os resultados do teste sugerem que o ambiente (familiar, íntimo e de relações interpessoais próximas) do Luís é algo restritivo e atualmente não parece fornecer-lhe os recursos para o seu bem-estar. É provável que o Luís, neste momento da sua vida, se sinta incapaz de obter para si o que precisa para se manter emocionalmente estável e saudável. Isto parece ser consistente com o sofrimento demonstrado durante a entrevista, para o qual o Luís não foi capaz de concretizar a razão, nem conseguiu obter alívio. Estes resultados do teste e informação obtida na entrevista e processo na Instituição sugerem que este sofrimento estará provavelmente relacionado com problemáticas familiares (separação parental e novo casamento do pai). É provável que o Luís perceciona o seu ambiente como restritivo, insuficiente em recursos, assim como se perceciona a si próprio incapaz de obter para si, do ambiente, esses mesmos recursos, provocando frustração e eventual vontade de fuga.

Em concordância também com o observado na entrevista, estão aspetos dos desenhos que sugerem uma provável tendência do Luís para obter satisfação através do investimento em pensamentos fantasiosos.

Os resultados desta prova sugerem ainda que há algum retraimento na comunicação e eventual isolamento, possivelmente motivado por uma necessidade de segurança. Ao mesmo tempo parece haver uma necessidade de ser visto e apreciado pelos outros, o que leva a sentimentos de ambivalência. Uma afirmação que poderia ilustrar esta situação seria: “Sinto-me sozinho, preciso que me vejam como sou, mas sou incapaz de comunicar o que sinto, tenho medo pois o meu ambiente, incluindo o doméstico, não é suficientemente seguro.”.

A interpretação dos resultados da prova, indiciam que poderá haver questões de natureza sexual, que poderão ser simples preocupações (normativas num adolescente) ou mesmo conflitos relativos à orientação sexual.

Alguns aspetos dos desenhos também sugerem que poderá haver alguma dependência e imaturidade na capacidade de autonomamente suprir as suas necessidades.

Apesar de algum retraimento relacional demonstrado (no HTP e na entrevista) o Luís é também capaz de posições de tensão, rigidez confrontativa irónica, hostilidade e agressividade (houve demonstrações de menor ajustamento no desenho da pessoa).

De forma geral, o conjunto dos três desenhos sugerem ainda que o Luís sente fortes pressões ambientais e que tem de fazer um esforço intenso e contínuo para manter um funcionamento ajustado.

O sofrimento psicológico que transpareceu durante parte da entrevista parece ter a sua tradução em determinados aspetos dos desenhos desta prova.

Outros aspetos dos desenhos sugerem ainda a possibilidade de presença de psicopatologia e do grande esforço que o Luís realiza para manter um funcionamento psicológico minimamente ajustado.

6.1.9. Conceptualização clínica do caso

Resumo das informações mais relevantes

Da informação sobre o caso, referida anteriormente, realço os seguintes pontos, pois parecem ser relevantes para a compreensão do mesmo:

- Luís tem 13 anos, está no sétimo ano de escolaridade, tem sinalização para integração de medidas de apoio à aprendizagem e à inclusão (DL 54/2018);
- Condição pré-existente, já detetável aos 3 anos, eventual presença de traços ligeiros de PEA;
- Os pais separam-se em 2015, aos seis anos do Luís. Em 2023 o pai volta a casar e constitui uma nova família.
- Luís é acompanhado na Instituição desde os seus nove anos. Foi inicialmente referenciado por graves problemas de comportamento (sintomas de externalização) como comportamentos agressivos para com pares, comportamentos de desafio para com adultos, birras, elevado egocentrismo, muito baixa resistência à frustração, desatenção,

imaturidade emocional, insegurança na produção dos trabalhos escolares, baixo investimento nas aprendizagens e atividades escolares, baixa autoestima;

- Luís foi diagnosticado e é medicado para a PDAH com metilfenidato, tendo este psicofármaco um efeito benéfico na atenção e na regulação do comportamento;
- Atualmente o Luís não apresenta sintomas de externalização, mas parece apresentar graves sintomas de internalização (humor deprimido, ideias de morte, sentimentos de desesperança, baixa energia vital, lentificação do pensamento, má qualidade do sono, desatenção);
- Luís tem também o diagnóstico de perturbação desenvolvimental da aprendizagem com compromisso da leitura (dislexia – disortografia);
- Suspeita de ocorrência de alucinações auditivas relacionadas com episódios agudos de ansiedade de desempenho (num período no ano letivo de 2019-2020);
- O pai, João Pedro, descreve alguns dos comportamentos do Luís como dramáticos;
- Atualmente a residência de Luís e dos dois irmãos é alternada, semanalmente, entre a casa da mãe e a casa da nova família do pai (agregado familiar com sete elementos);
- Atualmente existe conflito na relação entre João Pedro (pai) e Helena (mãe);
- O sofrimento emocional do Luís (grande tristeza, desesperança e eventualmente zanga) foi muito intenso em parte da entrevista realizada;
- Durante a entrevista o Luís evitou referir-se aos temas que mais desconforto lhe provocam;
- Na entrevista o Luís expressou ainda sentimentos de isolamento, e de não reconhecimento da sua identidade;
- Expressou também que a separação dos pais lhe provocou muito sofrimento, mas rejeitou falar do tema, assim como também não falou da nova família do pai;
- Luís expressou ainda grande preocupação com a sua família, nomeadamente com o irmão mais velho;
- Luís demonstrou um locus de controlo externo para a capacidade de ajustar o seu funcionamento psicoafectivo;
- A avaliação cognitiva é dentro do intervalo médio para a sua faixa etária;
- A prova projetiva sugere que; o Luís sente o seu ambiente atual como restritivo e que ele não consegue obter para si os recursos para manter um ajustado funcionamento psicológico; que o Luís investe na satisfação através de pensamentos fantasiosos; que o Luís é capaz de posições confrontativas e de hostilidade; que é necessário um esforço

intenso para o Luís manter o funcionamento psicológico ajustado; que há sinais que podem indicar psicopatologia.

Hipóteses sobre o funcionamento psicológico

Atualmente o Luís apresenta um conjunto de sinais e sintomas psicopatológicos, que incluem: intenso sofrimento psicológico, humor deprimido, sentimentos de tristeza, desesperança, zanga e isolamento, baixa estima de si, ideias de morte, alterações do sono, lentificação do pensamento, baixa energia vital, que se prolongam quase que ininterruptamente há vários anos. Esta apresentação constitui uma perturbação depressiva persistente no tempo, com a recorrência de episódios de agravamento dos sintomas depressivos acompanhados de défices funcionais ao nível social, escolar e familiar.

Para a condição psicopatológica atual do Luís terão contribuído um conjunto de fatores determinantes, que interagem entre si e que têm diversos tipos de impacto.

Um dos fatores relevantes é a condição pré-existente, relativa à presença de eventuais traços da PEA, que, mesmo numa forma ligeira, poderá estar associada a padrões rígidos de comportamento e de pensamento, diminuindo significativamente a capacidade destes indivíduos se adaptarem a eventos críticos (separação dos pais do Luís, com consequente alteração de residência, estrutura familiar, entre outras). Passados cerca de nove anos, Luís mantém-se ainda significativamente atormentado por estes eventos.

Outro fator muito relevante, a separação dos pais, atuou como evento de vida crítico que alterou profundamente a vivência do Luís, provavelmente ao nível da sua identidade, ao nível do seu funcionamento psicológico e ao nível da sua vivência familiar. A literatura científica sobre o divórcio, refere que este é um dos maiores stressores na vida das crianças afetadas, sendo que os efeitos podem ser persistentes por toda a vida (Stadelmann et al., 2010; Huurre et al., 2006). Estes autores referem ainda que a separação parental está associada a maiores problemas de comportamento nos filhos. Hetherington e colegas (1985) referem que filhos de pais divorciados têm maiores problemas de ajustamento quando comparado com filhos de famílias não divorciadas. Os mesmos autores referem que filhos de pais divorciados do sexo masculino podem manter os sintomas de externalização a longo prazo. Com as alterações profundas provocadas pelo divórcio, é habitual que as crianças se sintam deprimidas, ansiosas, frustradas, e que o rendimento escolar baixe (Amato, 2001; Hetherington & Stanley Hagan, 1999 citados por Stadelmann et al., 2010). Todos estes impactos negativos parecem estar presentes no caso do Luís.

Um outro impacto da separação parental desta família é o nível de conflito que atualmente parece existir entre o pai, João Pedro e a mãe, Helena. Ainda que num nível moderado a baixo e eventualmente de forma implícita, mas que pode levantar, para o Luís, questões de conflito de lealdade. Parece haver também uma forma implícita de triangulação por parte da mãe do Luís (aliança de Helena com Luís contra o pai, João Pedro e a sua nova família). Como demonstrado por Pires e Martins (2021), a presença de coparentalidade conflituosa e com triangulação, está associada a pior ajustamento dos filhos (mais sintomas emocionais, mais problemas de comportamentos, maior hiperatividade, e mais problemas de relacionamento).

De acordo com Hipólito (2011), na perspetiva da abordagem centrada na pessoa, a separação parental da família do Luís parece ter constituído um trauma psicológico severo nas suas potencialidades de atualização. Luís, possivelmente afetado na sua identidade pela separação dos pais (Berger, 1998), viu-se abalado enquanto ainda estava em estágio de desenvolvimento muito precoce (desenvolvimento do “Eu” ainda nos estágios iniciais e início da discriminação entre real e imaginário). Ele foi inserido numa nova realidade marcada pela incerteza e pelo desconhecido. Ele pode até ter sentido a sua própria sobrevivência ameaçada pela possibilidade de perder um ou ambos os pais. Esse contexto acarreta um nível de sofrimento quase insuportável, resultando em trauma que impacta as suas capacidades potenciais e significativamente atrasa o seu desenvolvimento psicoafetivo (Hipólito, 2011).

A separação parental da família do Luís e tudo o que a envolve, foi uma experiência profundamente inconsistente com a estrutura do *self* do Luís, sendo que a sua simbolização foi profundamente distorcida e aspetos significativos desta, terão mesmo sido impedidos de serem simbolizados (dissociação). Este evento foi muito provavelmente sentido como uma ameaça muito importante, levando a uma rigidificação do *self* na tentativa de manter a sua estrutura e um funcionamento minimamente ajustado. Em determinados momentos a ameaça à estrutura do *self* foi tão avassaladora que o Luís agravou a sua sintomatologia, com a ocorrência do que pareceram ser alucinações áudio-verbais nos momentos de grande ansiedade de desempenho.

Esta situação levantará novas necessidades para o Luís, que não poderão ser diretamente satisfeitas, pois a sua perceção delas está distorcida (Rogers, 2003). Neste sentido os comportamentos desajustados de Luís (birras, hiperatividade, baixa energia vital), no início da idade escolar, logo a seguir à separação parental, parecem ser comportamentos indiretos de resposta às necessidades levantadas pelo enorme sofrimento que não são adequadamente simbolizadas. Estes sintomas são o melhor ajustamento possível que o Luís conseguiu realizar perante circunstâncias tão adversas (Hipólito, 2011).

O facto de não se ter apurado uma grande quantidade de informação familiar relativamente à vivência do Luís, antes da separação, levou a que seja difícil inferir que condições de valor terão surgido neste período. No entanto, o período da separação parental terá dado origem a um conjunto de condições de valor, que limitaram e limitam ainda, o desenvolvimento do Luís e impedem que o seu funcionamento psicoafetivo não seja mais ajustado. Terão surgido provavelmente condições de valor da sua relação com a mãe, assim como condições de valor da sua relação com o pai. Surgidas da relação com a sua mãe, Luís poderá sentir que Helena só o aceitará e amará totalmente se ele se aliar à mãe nos conflitos contra o pai e contra a sua nova família, se o Luís tomar o seu partido contra o pai, se de alguma forma reconhecer o mal que o próprio pai provocou (e provavelmente provoca) à mãe e o castigar por isso (“Se não gostares da comida vocês digam!” (sic, relato da mãe). Da relação com o pai, Luís poderá sentir que só é totalmente aceite e amado por este, se aceitar a separação da mãe, o novo casamento, a sua nova família e toda a imprevisibilidade associada (reação de enfado do Luís à informação vinda do pai de que teriam de ir buscar a irmã e dirigir-se à nova casa do pai).

Como proposto por Hipólito (2011), as condições de valor, por afastarem o *self* percecionado (como o Luís se vê a si próprio) do *self* desejado (como o Luís acha que deve ser para ser aceite e amado pelos seus pais), diminuem a estima de si do Luís. No entanto as condições de valor do pai são incompatíveis, mutuamente exclusivas, com as condições de valor da mãe. Luís vive uma situação de dilema irresolúvel, em que, independentemente do que venha a fazer perderá sempre, pois será impossível corresponder simultaneamente às condições dos dois pais. Por exemplo, se Luís aceitasse o novo casamento e família do pai, estaria a frustrar a expectativa da mãe de que o pai deveria ser castigado. Esta situação incompatível provavelmente acrescentará ainda mais sofrimento a uma vivência já de si dolorosa.

Outra questão que pode aumentar o sofrimento do Luís decorre da sua relação com o pai, que sem a presença do Luís, referiu “O Luís é dramático. Tem reações exageradamente dramáticas.” (sic). Esta afirmação pode indiciar algum nível de desvalorização do sofrimento de Luís pelo pai, o que pode levar o Luís a sentir-se incompreendido, como referiu na entrevista.

Também na entrevista Luís referiu sentir que nenhum dos pais o via como ele realmente é. Por um lado, esta afirmação indicia sentimentos de isolamento e de não reconhecimento da sua identidade pelos pais, assim como indicia que o locus de controlo do Luís para esta questão é maioritariamente externo. Esta afirmação do Luís parece indiciar a sua expectativa de que os

pais reconheçam a sua identidade, mas o Luís não se implica nesse processo, não considera que deve esforçar-se por mostrar a sua identidade, de forma mais explícita.

Outro fator de eventual agravamento dos atuais sintomas do Luís é a sua grande preocupação e empatia com os membros da sua família direta, que estiveram explícitas na entrevista, e nos relatos dos pais. Luís é muito suscetível a eventos relativos à sua família. Qualquer situação, desestabilizadora da idealizada harmonia familiar do Luís, leva a desestabilização do seu funcionamento psicológico. Por outro lado, este aspeto parece indicar que o Luís tem capacidade de empatia e de preocupação com o outro, como referido pela mãe nos primeiros contactos com a Instituição.

Do ponto de vista das potencialidades amplamente atualizadas e aspetos do funcionamento psicoafectivo ajustados, áreas em que a Tendência Atualizante se manifestou com menos limitações, destaco a inteligência geral dentro do esperado para a sua faixa etária, uma capacidade empática e preocupação para com as pessoas do seu círculo próximo (família, especialmente irmão), a capacidade de argumentação oral elaborada e bem estruturada, assim como a habilidade de utilização do pensamento de fantasia, que no seu aspeto ajustado pode ser um recurso criativo útil.

Numa perspetiva familiar sistémica, os sintomas do Luís podem ser vistos como o produto de um conjunto complexo de interações familiares disfuncionais, que levaram ao aparecimento dos sintomas no elo familiar mais suscetível. Estando a família a atravessar um período de crise do seu ciclo de vida, com uma separação parental e novo casamento, levará inevitavelmente a uma diminuição da capacidade da família em fazer face aos desafios e a um agravar dos sintomas (Nichols & Schwartz, 2007; Goldschmidt et al., 2014). Dado que a dinâmica familiar do Luís é um aspeto essencial da sua patologia, considera-se que esta família poderia beneficiar de uma intervenção de terapia familiar.

Relativamente ao curso dos sintomas psicopatológicos identificados no Luís, qualquer consideração ou hipótese que se possa propor relativamente aos fatores determinantes terá um grau de incerteza elevado. Será difícil apontar quais os fatores mais determinantes na evolução dos sintomas apresentados. Do relato da história da sintomatologia atual, é possível verificar que inicialmente o Luís apresentou essencialmente problemas de externalização que incluíram problemas de comportamento, agitação e hiperatividade. No estado atual, Luís apresenta quase exclusivamente problemas de internalização como, humor deprimido, baixa energia vital, ideias de morte, sentimentos de desesperança. No entanto, apesar da elevada incerteza, coloco a

hipóteses de esta evolução de sintomas se dever principalmente às alterações normativas da puberdade e adolescência, que incluem o desenvolvimento da identidade e individualidade, maior capacidade de reflexão abstrata e de raciocínio hipotético-dedutivo e de introspeção assim como maior capacidade avaliativa e comparativa das relações e dos afetos. Todas estas alterações contribuem para que o adolescente se torne mais suscetível à insatisfação e a sentimentos depressivos (Papalia et al., 2013; Monteiro & Confraria, 2014). Estes fatores, decorrentes da transição pela puberdade e adolescência parecem ter desempenhado um papel relevante na evolução dos sintomas do Luís, que progressivamente evolui a nível cognitivo e psicossocial.

Relativamente ao prognóstico, vários fatores permitem colocar a hipótese de que este não será totalmente favorável. O primeiro fator é relativo à duração do curso da patologia, que no caso do Luís, já decorre há cerca de oito anos, sem descrição de períodos prolongados com ausência de sintomas, o que pode indiciar um grau de rigidificação do *self* que dificulta a evolução positiva da condição. Esta hipótese é também apoiada pelo facto de, ao longo deste período, o Luís ter recebido vários tipos de apoio psicológico (acompanhamento em apoio psicológico durante cerca de um ano, apoio pedagógico terapêutico durante cerca de dois anos, apoio em grupo de jovens em transição e grupo de adolescentes durante dois anos) que procuraram estimular o desenvolvimento pessoal do Luís assim como aliviar e minimizar os seus sintomas psicopatológicos. A presença de eventuais traços de PEA é também um fator que limitará a evolução positiva da condição do Luís, uma vez que a PEA é caracterizada por uma rigidificação de padrões de comportamento persistentes ao longo da vida (OMS, 2023), limitando desta forma as potencialidades de mudança terapêutica e não terapêutica (que ocorre normativamente com o desenvolvimento) do funcionamento psicológico.

O facto de haver um episódio anterior de eventuais alucinações auditivo-verbais é também um sinal de preocupação. Se por um lado o reportado pelo Luís, relativamente a este episódio, possa não ser um episódio psicótico, existe uma real dificuldade em distinguir sintomas psicóticos de sintomas alucinatórios provocados por outras perturbações como a perturbação de ansiedade, (Monteiro, 2014), por outro lado o conjunto das manifestações do Luís podem corresponder à fase pré mórbida da psicose, do modelo de risco de psicose (Fusar-Poli & Borgeardt, 2013; Klosterkötter, 2011 citados por Monteiro, 2014). Esta fase apresenta sintomatologia pouco específica, mas poderá incluir disfunção da atenção, perturbações da linguagem, problemas emocionais, perturbações do desempenho académico. Em função deste

risco e para minimizar consequências futuras, sugiro que o Luís continue o acompanhamento em pedopsiquiatria.

No Anexo III pode ser consultado um resumo esquemático da conceptualização clínica do caso do Luís, adaptado a partir do esquema proposto por Simms (2011).

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do Luís, aliviar o seu sofrimento emocional e eventualmente favorecer uma mudança benéfica da personalidade que permita uma vivência mais ajustada, proponho as seguintes intervenções:

- Acompanhamento em apoio psicológico ou psicoterapia, de forma a estimular a mudança terapêutica da personalidade, o ajuste do seu funcionamento psicoafetivo, a diminuição dos sintomas e o alívio do evidente sofrimento psicológico do Luís;
- Manter o acompanhamento médico em pedopsiquiatria, para acompanhar a evolução dos sintomas depressivos do Luís e eventual surgimento de sintomas psicóticos e ideação suicida;
- Propor à família um processo de terapia familiar com o objetivo de quebrar os padrões de comportamento disfuncional e ressignificar eventos passados que causam sofrimento desproporcional no presente.

Diagnóstico relacional

Apesar da situação em análise não ser de apoio psicológico ou psicoterapia, e do objetivo não ser a mudança do cliente, mas antes a sua avaliação psicológica, será, mesmo assim, útil e frutífero analisar e avaliar a presença das seis condições necessárias e suficientes à mudança da personalidade e à evolução do processo terapêutico (Rogers, 2007).

Relativamente à primeira condição, que exista contacto psicológico entre cliente e psicólogo, posso considerar que a mesma esteve sempre presente, apesar de, em momentos da segunda sessão de avaliação, ter ocorrido uma diminuição significativa do contacto psicológico, uma vez que o Luís esteve recolhido sobre si próprio, em sofrimento claro, mas em silêncio, comunicando apenas não verbalmente, evitando contacto visual por longos minutos. Nestas ocasiões recorri a respostas de compreensão empática e reformulações de contacto no sentido de estreitar a relação e manter um mínimo de contacto psicológico. Esta foi provavelmente a condição que esteve mais presente.

A segunda condição, que o cliente esteja num estado de incongruência esteve também presente na maior parte do processo de avaliação. Os sintomas descritos pelo Luís, tradução do seu grande sofrimento psicológico, foram transversais a todo o processo. Apesar desta condição

de incongruência, o Luís não se constituiu como cliente a precisar de ajuda psicológica, não pediu ajuda, refere até não haver nada a mudar, o que constitui indício da gravidade da sua condição.

A terceira condição refere-se à congruência do psicólogo. Considero que esta condição se manteve durante a maior parte do processo avaliativo. Senti-me quase sempre integrado e presente numa relação genuína. Houve, no entanto, um momento, quando o Luís durante a primeira sessão, explicou demoradamente o complexo enredo do seu jogo de vídeo preferido, em que a minha congruência foi abalada. Surgiram pensamentos e preocupações com a gestão do tempo da sessão e a obtenção de informação necessária para a avaliação. Nesta ocasião a minha presença e congruência foram afetadas.

A quarta e quinta condições, a implementação das atitudes de olhar positivo incondicional e de compreensão empática foram as mais afetadas por este ser um processo de avaliação psicológica, em que inevitavelmente têm de estar presentes julgamentos e em que há diretividade. No entanto apesar do referido, a condição de compreensão empática esteve muitas vezes presente. Apesar de serem colocadas questões (que inviabilizam a não diretividade) transmiti ao Luís, sempre que possível, a minha compreensão do seu quadro de referência interno. Várias vezes, ao longo do processo, o Luís confirmou o ajuste de algumas das minhas respostas de compreensão empática.

Também o olhar positivo incondicional foi afetado, pois foi-me impossível desligar uma atitude investigativa que procurava explorar os pontos críticos (sinais e sintomas indiciadores de psicopatologia) da experiência do Luís, de forma temporalmente eficiente (sem ultrapassar o tempo previsto para a realização desta avaliação).

Foi também necessário seguir os procedimentos de aplicação dos testes psicológicos aplicados, para garantir a validade e fiabilidade dos mesmos. Estes procedimentos, que incluíram a colocação de questões que claramente não respeitaram o ritmo do cliente, diminuindo a colocação em prática destas duas condições. Apesar destas condicionantes, tentei que fosse deixada de fora das sessões a atitude avaliativa, de julgamento clínico que permite realizar uma avaliação psicológica compreensiva, limitando mais prejuízos às condições necessárias e suficientes ao estabelecimento de uma relação de ajuda frutífera e à mudança do cliente.

A sexta condição, a percepção do cliente de que o psicólogo colocou em prática olhar positivo incondicional, penso que terá sido a menos conseguida, pois em momento algum o

Luís demonstrou qualquer motivação para manter o processo de avaliação, demonstrando mesmo desagrado em vários momentos. O nível relativamente baixo das anteriores condições, levaram a que o grau de cumprimento desta condição também não fosse mais elevado.

Devido à severidade dos sintomas psicopatológicos do Luís, a avaliação psicológica naquele momento foi um desafio exigente. No entanto a mesma justificava-se pela gravidade dos sintomas do Luís, reportados pelos pais e pela Instituição, e pela necessidade de avaliar aprofundadamente o estado psicológico do Luís, numa altura em que ele está perto da idade máxima das crianças apoiadas na Instituição.

Hipóteses de Diagnóstico

Analisando a informação anteriormente apresentada considero que as seguintes hipóteses de diagnóstico são as mais prováveis, para o caso do Luís, de acordo com o ICD-11 (OMS, 2023):

- Perturbação distímica (código ICD-11: 6A72). No caso do Luís, a perturbação depressiva parece ser de características crónicas, com humor depressivo persistente, com duração de cerca de oito anos, e cujos períodos sem sintomas são muito curtos (muito provavelmente inferiores a dois meses). No início do curso da perturbação pareceu existir irritabilidade generalizada em vez do atual humor depressivo. Os restantes requisitos de diagnóstico, como baixa concentração, baixa estima de si, sentimentos de desesperança, problemas de sono, baixa energia vital, estão também presentes. Não há relatos da ocorrência de episódios maníacos. Os sintomas do Luís causam défice funcional significativo a nível escolar, familiar, social, e é feito grande esforço para manutenção de um funcionamento psicológico minimamente ajustado.
- Perturbação depressiva recorrente (código ICD-11: 6A71) (OMS, 2023). Uma vez que, periodicamente, os sintomas depressivos do Luís (referidos anteriormente) parecem agravar-se, com a ocorrências de episódios significativamente mais severos, com duração superior a duas semanas, que provocam défice funcional ainda mais marcado. Existe história da ocorrência de episódios com sintomas ansiosos proeminentes. O episódio atual parece ser moderado a grave e sem sintomas psicóticos.
- Perturbação de défice de atenção e hiperatividade (Código IDC-11 6A05). Provisoriamente proponho manter este diagnóstico médico, apesar dos sintomas de desatenção não terem estado claramente presentes durante a entrevista. Há relato da mãe do Luís, que, sem a toma diária do metilfenidato, os sintomas se agravam (dificuldade em manter a atenção durante períodos curtos, distrai-se facilmente), provocando défice

funcional escolar. No entanto, os fatores emocionais parecem ter um impacto muito significativo na ocorrência destes sintomas, o que poderá indiciar que a PDAH diagnosticada no Luís possa ser mais bem explicada pela presença dos intensos sintomas emocionais, das perturbações depressivas anteriormente referidas. Será necessário um acompanhamento mais prolongado desta situação para que se possa tomar uma decisão diagnóstica mais definitiva.

- Proponho também manter o diagnóstico de perturbação desenvolvimental da aprendizagem com compromisso da leitura (Código ICD-11 6A03.0), mais comumente conhecida como dislexia. Esta perturbação caracteriza-se por ser crónica e se manifestar ao longo de toda a vida (Sousa & Martins, 2015).

Hipóteses de Diagnóstico excluídas

As seguintes hipóteses de diagnóstico estão excluídas:

- Perturbação depressiva de episódio único (código ICD-11: 6A71) (OMS, 2023). Esta hipótese de diagnóstico não é considerada pois existe história da ocorrência de vários episódios depressivos, separados por largos meses. O início da perturbação ocorreu há mais de dois anos. Estes dois factos excluem esta hipótese de diagnóstico.

Parte IV

Considerações Finais

7. Considerações finais e conclusões

A primeira consideração/conclusão que posso retirar, da realização deste estágio e da elaboração do presente relatório, é que o trabalho da psicologia clínica com crianças, em IPSS com estatuto de utilidade pública, que atende todas as crianças e famílias, independentemente do seu estatuto socioeconómico, é defender os direitos consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança, nomeadamente os artigos, 24º, 28º e 40º (Procuradoria Geral da República, 2008). A Instituição de estágio funciona como apoio ao Estado Português na prossecução destes objetivos, dando uma resposta de intervenção terapêutica muito diferenciada. A Instituição permite ao Estado Português aumentar a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde mental na infância. O desfavorável rácio dos escassos recursos do Estado face à procura avassaladora pelos serviços de saúde mental infantil é minimizado pela atividade da instituição, que atua na interface dos serviços de educação com os serviços de saúde mental (Pereira, 2022).

Relativamente ao cumprimento dos objetivos específicos de estágio posso considerar que todos os objetivos foram cumpridos pelo menos num grau mínimo. O objetivo I - Analisar as necessidades de clientes, crianças, suas famílias, cuidadores, instituições escolares e sociais, estruturas de apoio comunitário e sociedade em geral, no que concerne ao ótimo desenvolvimento e qualidade de vida das crianças, foi o que teve maior número de horas dedicadas ao longo do estágio. Foi um objetivo transversal a um grande número de atividades e que esteve presente a cada momento de intervenção direta. Também o objetivo VII - Estabelecer objetivos pedagógicos e terapêuticos, foi amplamente cumprido, pois diariamente foi necessário dar-lhe cumprimento no âmbito das tarefas do estágio, na sequência deste objetivo surge o cumprimento do objetivo VIII - Planear as intervenções psicopedagógicas e psicoterapêuticas. Com o mesmo nível de cumprimento surgem os objetivos V - Aprofundamento de conhecimentos sobre o modelo teórico de intervenção da Instituição e outras áreas relevantes, VI - Conceptualizar casos clínicos a partir da informação obtida na avaliação psicológica e XIII - Avaliar a evolução e resultados das intervenções psicopedagógicas de grupo e psicoterapêuticas individuais. Para estes três objetivos contribuíram atividades fundamentais à minha intervenção na Instituição. Por outro lado, o objetivo III - Realizar a avaliação familiar foi o que teve menos horas dedicadas, pois só foi realizada uma avaliação familiar.

Na tabela seguinte é apresentada a lista de objetivos específicos ordenada do objetivo que mais horas teve dedicadas para o objetivo ao qual menos horas foram afetadas.

Tabela 2

Objetivos específicos ordenados por número de horas de estágio dedicadas.

Numeração de acordo com número de horas dedicadas	Número do Objetivo específico	Descrição do Objetivo específico
1	I	Analisar as necessidades de clientes, crianças, suas famílias, cuidadores, instituições escolares e sociais, estruturas de apoio comunitário e sociedade em geral, no que concerne ao ótimo desenvolvimento e qualidade de vida das crianças.
2	VII	Estabelecer objetivos pedagógicos e terapêuticos.
3	V	Aprofundamento de conhecimentos sobre o modelo teórico de intervenção da Instituição e outras áreas relevantes.
4	VI	Conceptualizar casos clínicos a partir da informação obtida na avaliação psicológica.
5	VIII	Planear as intervenções psicopedagógicas e psicoterapêuticas.
6	XIII	Avaliar a evolução e resultados das intervenções psicopedagógicas de grupo e psicoterapêuticas individuais.
7	XVI	Comunicar com a restante equipa técnica e supervisores da instituição relativamente a aspetos psicológicos relevantes das crianças.
8	X	Intervir psicopedagogicamente com crianças e famílias no âmbito das atividades gerais da instituição (recreios, almoços terapêuticos, momentos de interação com famílias, entre outros).
9	IV	Realizar avaliação psicopedagógica de grupos.
10	II	Realizar a avaliação psicológica individual de crianças.
11	IX	Conceber estratégias de intervenção no âmbito psicoterapêutico e psicopedagógico.
12	XI	Intervir diretamente em grupos psicopedagógicos de crianças.
13	XVIII	Comunicação com instituições parceiras da Instituição de estágio.
14	XII	Intervir diretamente com crianças no âmbito de psicoterapia de apoio individual.
15	XIV	Fornecer informação relevante às crianças, famílias e outros responsáveis e cuidadores relativamente à evolução e resultados das intervenções psicológicas.
16	XV	Redigir relatórios de avaliação psicológica e outros documentos informativos.
17	XVII	Dinamizar ação de formação para a equipa técnica sobre temas relevantes para a atividade da Instituição.
18	III	Realizar a avaliação familiar.

Quando reflito sobre quais foram as principais dificuldades do estágio, chego à conclusão que durante os momentos de interação com as crianças na Instituição, nos recreios, no grupo de

APT, na observação de almoços, entre outras atividades diretas com crianças, a implementação das *core conditions*, (congruência, olhar positivo incondicional e compreensão empática) representaram um desafio técnico e profissional elevado, mas também uma extraordinária oportunidade de aprendizagem. Enquanto o olhar positivo incondicional, entendo como uma atitude que não me exige um esforço consciente constante, já a congruência e a compreensão empática exigem elevada atenção, disponibilidade cognitiva e emocional e disponibilidade para comportamentalmente (através de comunicação verbal e não verbal) transmitir a minha compreensão daquela criança. Sendo aparentemente mais fácil manter o olhar positivo incondicional que as outras duas atitudes nodais. O mais difícil para mim foi a compreensão do quadro de referência interno da criança quando esta apresentava comportamentos inesperados e externamente incongruentes com a tarefa proposta, com o ambiente da sala, com a qualidade da relação até aquele momento. Ao não conseguir dar um sentido àquele comportamento, também não seria capaz de transmitir à criança nada que realmente refletisse a sua experiência e que fosse entendível por ela. Em tais situações a minha congruência diminuía e por vezes pedia ajuda à professora responsável pelo grupo. Após alguma reflexão tomei a decisão que, se não fosse possível para mim colocar em prática a compreensão empática, pelo menos deveria fazer o possível para manter o olhar positivo incondicional e a congruência.

Um outro desafio comum, foi o da necessidade de manter os limites acordados para a relação. Frequentemente surgiram situações de desrespeito das regras da Instituição, situações de agressões (verbais e físicas) entre crianças e de crianças a adultos, situações de destruição de material, incumprimento de tarefas e de horários, entre muitos outros exemplos de limites ultrapassados. Nestes casos refletia e tentava agir de acordo como proposto por Gordon (1998) utilizando mensagens-eu, quando tal não fosse possível, por mais enérgicas que fossem as mensagens-eu, ou pela rapidez da emergência de um perigo, poderia ser necessário utilizar a contenção física para evitar lesões. Os aspetos anteriormente elencados foram os maiores desafios, mas constituíram aprendizagens muito significativas.

As atividades que sinto que trouxeram maior realização profissional, foram as sessões de acompanhamento em apoio psicológico e as reuniões com as famílias das crianças acompanhadas. Apesar de ser extremamente desafiante e estimulante trabalhar com crianças, percebi que o trabalho com adultos representa um outro tipo de desafio, que me trouxe também muita satisfação. Almejo no futuro vir a trabalhar tanto com crianças como com adultos.

O estágio curricular em psicologia clínica foi talvez o período de aprendizagem de maior intensidade da minha vida académica. Poder aceder a um nível de aprendizagem experiencial,

no qual pude relacionar, perspetivar e colocar em prática todo o conhecimento teórico acumulado ao longo da licenciatura e mestrado, foi uma das maiores oportunidades pedagógicas que me foi dada.

O estágio contribuiu muito significativamente para o meu crescimento académico e desenvolvimento profissional, permitindo além de aplicar os conhecimentos teóricos aprendidos ao longo da formação académica, contactar também com vários modelos de intervenção e experimentar a futura profissão de psicólogo clínico.

Realço ainda a excelente oportunidade que esta Instituição de estágio me permitiu, de participação em todas as atividades que no seu conjunto constituem a IPT. O estágio foi muito rico pela quantidade e diversidade experiências vividas.

Uma outra conclusão relativamente ao trabalho de estágio, surge apoiada na seguinte citação, com a qual me identifico profundamente, “Nas nossas intervenções temos alguns sucessos, mas também muitas dificuldades e limitações: ninguém pode desejar tratar tudo, embora possa sempre haver alívio para o sofrimento.” (Strecht, 1998, p. 29). É sempre um desafio valorizar a minha intervenção e ter a certeza que fiz a diferença, para melhor. Em momentos mais complexos senti-me mesmo a remar contra uma maré avassaladora, a exposição destas crianças a graves fatores de risco para a sua saúde mental. Os resultados nem sempre parecem evidentes. Parece haver outros fatores determinantes na sua saúde mental, um deles, talvez o mais importante, é o próprio desenvolvimento biológico, a cada mês que passa profundas mudanças, geneticamente programadas, acontecem. Talvez seja necessária alguma “fé” para realizar este trabalho, trabalhar com a confiança de que ao darmos as melhores condições possíveis para o desenvolvimento, no tempo de intervenção possível, a Tendência Atualizante se revelará e permitirá que cada criança atualize um pouco mais as suas potencialidades. Por outro lado, a possibilidade do alívio do sofrimento é acalentadora de esperança. No mínimo pretendo que a minha intervenção traga alívio.

Esta última reflexão permite-me acrescentar mais um ponto a estas considerações. O trabalho de estágio nesta Instituição permitiu-me valorizar e realçar a importância da perspetiva sistémica de intervenção. Ficou por demais evidente que, em grande parte dos casos apoiados pela Instituição, era também fundamental acompanhar a família (através do grupo de pais, através de reuniões de informação ou ainda através de formações). Com a concordância da família ou cuidadores, a Instituição de estágio delineava a sua intervenção partilhando informação e intervindo em conjunto com as escolas (com os professores titulares e professores

de educação especial, diretores entre outros intervenientes escolares), com outras instituições do setor social, que dão apoio ao nível de acolhimento residencial de crianças, apoio à família, entre outros apoios. Foi relativamente comum, que nas reuniões de supervisão clínica participassem, além de toda a equipa técnica, os professores titulares e de educação especial, os tutores e responsáveis de casas de acolhimento, os psicólogos dos estabelecimentos de ensino, assistentes sociais de acompanhamento à família. A multidisciplinariedade e interação entre instituições no apoio à criança e à família parece-me um excelente exemplo de uma intervenção de carácter sistémico.

8. Referências

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5th ed.)*. Climpesi Editores.
- Abreu, J. L. P. (1997). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barrias, P. (2014) Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 115-136). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Barros, E. (1999). *Andar na escola com João dos Santos – Pedagogia terapêutica* (2^a Ed.). Editorial Caminho.
- Bartholomeu, D., Sisto, F. F., & Marin Rueda, F. J. (2006). Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 139-146.
- Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Climepsi Editores.
- Brites, R. (2002). “Estórias mal aprendidas” A intervenção ludoterapêutica numa criança com dificuldades de aprendizagem. *A pessoa como centro. Revista de estudos rogerianos*, (9 e 10), 73-85.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P - Casa-Árvore-Pessoa - Técnica projetiva de desenho- Manual e guia de interpretação*. Vetor Editora Psico-Pedagógica.
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., Gago, J., Talina & M., Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Calhoun, B. H., Ridenour, T. A., & Fishbein, D. H. (2019). Associations between child maltreatment, harsh parenting, and sleep with adolescent mental health. *Journal of Child & Family Studies*, 28(1), 116–130. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1007/s10826-018-1261-7>
- Colaboradores da GBD 2019 Diseases and Injuries. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://b-on.ual.pt:2238/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Correia, T. (2014) Perturbações de humor na infância. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 305-320). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fonseca, V. (2014). *Dificuldades de aprendizagem. Abordagem neuropsicopedagógica* (5^a Ed.). Âncora Editora.

- Danger, S., & Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 81–102. <https://doi.org/10.1037/h0088897>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar 2015*. Ministério da Saúde.
- Drake, K., Fearon, R. M. P., & Belsky, J. (2014). From early attachment to engagement with learning in school: the Role of self-regulation and persistence. *Developmental Psychology*, 50(5), 1350–1361. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1037/a0032779>
- European Federation of Professional Psychologists Associations. (2015). *Regulamento da EFPA sobre o EuroPsy e Apêndices*. ping.
- Faria, C. L., Brites, R., Paulino, M. & Silva, F. J. S. (2020). *Intervenção em Psicologia Clínica*. Pactor.
- Faria, L. (2001). Harter's self-perception profile for children adapted for use with young portuguese students. *Perceptual and motor skills*, 92, 711-720.
- Ferreira, T. (1990). Saúde mental e aprendizagem escolar. *Cadernos do internato*, 1(2), 3-7.
- Garcia, F. & Bandeira de Lima, C. (2015). A perturbação de défice de atenção e hiperatividade. In C. Bandeira de Lima (Ed.), *Perturbações do Neurodesenvolvimento – Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção* (pp. 125-157). Lidel.
- Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with hispanic children: Outcomes and cultural consideration. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51–80. <https://doi.org/10.1037/h0088896>
- Goldschmidt, T., Ferreira da Costa, S., Teixeira, S. & Rebordão, C. (2014). Terapia familiar e intervenção sistémica. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 495-511). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Gordon, T. (1998). *Eficácia na educação dos filhos*. Encontro Editora.
- Guerney, L. (2001). Child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 13-31.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 518-530.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. EDIUAL – Universidade Autónoma Editora.

- Huurre, T., Junkkari, H., & Aro, H. (2006). Long-term psychosocial effects of parental divorce: A follow-up study from adolescence to adulthood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256, 256-263.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed). Artes Médicas.
- Latham, R. M., Mark, K. M., & Oliver, B. R. (2017). A harsh parenting team? Maternal reports of coparenting and coercive parenting interact in association with children's disruptive behaviour. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 58(5), 603–611. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12665>
- Lawrenz, P., Zeni, L. C., Arnoud, T. D. C. J., Foschiera, L. N., & Habigzang, L. F. (2020). Estilos, práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los?. *Revista brasileira de terapias cognitivas* 16(1), 02-09. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200002>
- Lei de bases do sistema educativo, Lei n.º 46/86, (1986). Diário da República n.º 237/1986, Série I de 1986-10-14.
- Lima, C. B. (2015). A perturbação de défice de atenção e hiperatividade. Intervenção. In C. B. Lima (Ed), *Perturbações do neurodesenvolvimento. Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção* (pp. 139-157). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Malho, M. J. (2022). Educação inclusiva e saúde mental – Sociedade e direito. In M. M. Pereira, A. Rodrigues, P. Morato, A. P. Ribeiro & J. Santos. (Eds.), *Uma Casa da Praia em Cada Escola – Educação e Saúde Mental Infantil* (pp. 44-50). Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Martins, M. A., Peixoto, F., Mata, L. & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré adolescentes de Susan Harter (Self perception profile for children). In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 79-89). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Matos, M. G., Branquinho, C., Noronha, C., Moraes, B., Santos, O., Carvalho, Simões, C., Marques, A., Tomé, G., Guedes, F.B., Cerqueira, A., Francisco, R. & Gaspar, T. (2022). *Saúde psicológica e bem-estar - Observatório de saúde psicológica e bem-estar: Monitorização e ação*. Aventura Social.
- Mazer, S. M., Dal Bello, A. C., & Bazon, M. R. (2009). Dificuldades de aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. *Psicologia da educação*, (28), 7-21.
- Miguel, R. R., Rijo, D., & Lima, L. N. (2014). Fatores de risco para o insucesso escolar: A relevância das variáveis psicológicas e comportamentais do aluno. *Revista Portuguesa De Pedagogia*, (46-1), pp. 127-143. https://doi.org/10.14195/1647-8614_46-1_7

- Monteiro, P. (2014). Perturbações psicóticas na infância e adolescência: risco, pródromos e prevenção. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 289-304). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Monteiro, P. & Confraria, L. (2014). Adolescência. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 339-358). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Morato, P. (2022). Educação inclusiva e a formação de todos os intervenientes no sistema educativo. In M. M. Pereira, A. Rodrigues, P. Morato, A. P. Ribeiro & J. Santos. (Eds.), *Uma Casa da Praia em cada escola – Educação e saúde mental infantil* (pp. 37-43). Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos* (7ªed.). Artmed.
- Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade. (2022). *Objetivos*.
Endereço do site da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade.
- Nome da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade. (2022). *O que fazemos*.
Endereço do site da instituição de estágio omitido por razões de confidencialidade.
- Nunes, O., Brites, R. & Hipólito, J. (2018). Psicoterapia centrada no cliente. In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 115-131). Pactor.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2019). *Pareceres da comissão de ética da OPP*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/pareceres_comissao_de_etica.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021a) *Regulamento n.º 637/2021 da Ordem dos Psicólogos Portugueses - Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2.ª série, Parte E, n.º 134.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021b) *Regulamento n.º 957/2021 da Ordem dos Psicólogos Portugueses - Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2.ª série, Parte E, n.º 216.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/957-2021-173960843>)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024, Março) *Pareceres*.
https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/etica_deontologia/pareceres
- Organização Mundial da Saúde. (2023, Outubro). *ICD-11 for mortality and morbidity Statistics*.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

- Organização Mundial da Saúde. (2021, 17 Novembro). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organização Mundial da Saúde. (2023a). *The global health observatory*. - Disability-adjusted life years (DALYs). <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>
- Organização Mundial da Saúde. (2023b). *The global health observatory - Global health estimates: Leading causes of DALYs*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ªed.). AMGH Editora Ltda.
- Pechorro, P., Poiares, C. & Vieira, R. X. (2011). Propriedades psicométricas do questionário de capacidades e de dificuldades na versão portuguesa de auto-resposta. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*. 16. 99-109.
- Pereira, M. M. (2022). Educação inclusiva e saúde mental: novos nomes para velhas problemáticas?. In M. M. Pereira, A. Rodrigues, P. Morato, A. P. Ribeiro & J. Santos. (Eds.), *Uma Casa da Praia em Cada Escola – Educação e Saúde Mental Infantil* (pp. 44-50). Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Pereira, M. M., Morato, P., Santos, J., Ferreira, M., Rodrigues, A., Sá, T., Malho, M.J., Gamito, D., Vieira, E., Cunha, C., Salgueiro, E. & Almeida, C. T. (2022). *Uma casa da praia em cada escola – Educação e saúde mental infantil*. Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2005). Influences of parents and siblings on the development of children and adolescents. In V. L. Bengston, A. C. Acock, K. R. Allen, P. Dilworth-Anderson, & D. M. Klein (Eds), *Sourcebook of family theory and research* (pp. 367-391). SAGE Publications.
- Pires, M., Jesus, S. & Hipólito, J. (2009, Fevereiro). *Estilos parentais e stresse infantil*. [Apresentação em conferência]. I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal.
- Pires, M., & Martins, M. (2021). Parenting Styles, coparenting, and early child adjustment in separated families with child physical custody processes ongoing in Family Court. *Children*, 8(8), 1–15. <https://b-on.ual.pt:2238/10.3390/children8080629>

- Pires, M. T. & Paulino, M. (2022). Rutura familiar e problemas paterno filiais. In C. Fonte & S. Caridade. (Eds.), *Intervenção psicológica com crianças e adolescentes* (pp. 165-186). Pactor.
- Procuradoria-Geral da República. (2008). *Direito humanos - compilação de instrumentos internacionais*.
https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/compilacao_inst_int_dh_volume_1.pdf
- Prouty, G. (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial centrada-na-pessoa. Sua aplicação nas psicoses esquizofrénicas e de atraso mental*. Encontro.
- Raven, J. C., Court, J. H. & Raven, J. (2001). *Raven matrices progressivas – Manual* (3ª ed.). Tea Ediciones.
- Raven, J. C. (1973). *Progressive matrices de J. Raven*. Editions Scientifiques et psychologiques.
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. Routledge - Taylor & Francis.
- Ray, D. C., Schottelkorb, A., & Tsai, M.-H. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95–111. <https://doi.org/10.1037/1555-6824.16.2.95>
- Regime jurídico da educação inclusiva, Decreto – Lei 54/2018 de 06-07. (2018). Diário da República n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06.
- Regulamento do Júri Nacional de Exames, Despacho Normativo n.º 4-B/2023. (2023). Diário da República n.º 66, Série II de 2023-04-03.
- Ricou, M. (2014). *A Ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Rocha, A. M. M. & Coelho, M. H. (1983). *Manual. Teste D-70*. Cegoc-Tea.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science: Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3) (pp. 184-256). McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ªed.). Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Edual – Universidade Autónoma Editora.
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240-248.

- Santos, J. (2005) Pedagogia-terapêutica. In C. Castilho & E. Salgueiro (Eds.), *O segredo do homem é a própria infância – O centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp. 309-322). Assírio & Alvim.
- Santos, P., & Graminha, S. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento académico. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 101-109.
- Santos, R. (2018). *Intervenção psicológica com ludoterapia*. Pactor.
- Sharma, K., & Bedi, S. (2023). Role of parenting in upbringing of adolescents. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 14(2), 275–277.
- Shentoub, V., Brelet, F., Chabert, C., Chrétien, M. (1999). *Manual de utilização do TAT*. Climepsis Editores.
- Simms, J. (2011). Case formulation within a person-centred framework: An uncomfortable fit. *Counselling Psychology Review*, 26(2), 24-36.
- Simões, M. R. (2005). Potencialidades e limites do uso de instrumentos no processo de avaliação psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9(2), 237-264.
- Sousa, A. & Martins, S. (2015). Perturbações específicas da aprendizagem. Leitura e escrita. Orientações diagnósticas. In C. B. Lima (Ed.), *Perturbações do neurodesenvolvimento. Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção* (pp. 160-168). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Stadelmann, S., Perren, S., Groeben, M., & Von KLITZING, K. (2010). Parental separation and children's behavioral/emotional problems: The impact of parental representations and family conflict. *Family Process*, 49(1), 92–108. <https://b-on.ual.pt:2238/10.1111/j.1545-5300.2010.01310.x>
- Strech, P. (1998). *Crescer vazio- Repercussões Psíquicas do Abandono, Neglicência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes*. Assírio & Alvim.
- Strech, P. (2001). *Interiores – Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Assírio & Alvim.
- Teiga, R. (2014). Perturbações de ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 183-204). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Vaz, A., Sousa, D., Afonseca, M. (2023). *Treino em psicoterapia. Como usar a prática deliberada para melhorar resultados clínicos*. Pactor.

- Vieira, E. & Cunha, C. (2022). Casa da praia – metodologias e alguns pressupostos de intervenção. In M. M. Pereira, A. Rodrigues, P. Morato, A. P. Ribeiro & J. Santos. (Eds.), *Uma Casa da Praia em Cada Escola – Educação e Saúde Mental Infantil* (pp. 85-125). Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Wiggins, J.L., Mitchell, C., Hyde, L.W., & Monk, C.S. (2015). Identifying early pathways of risk and resilience: The codevelopment of internalizing and externalizing symptoms and the role of harsh parenting. *Development and Psychopathology*, 27, 1295–1312.