



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

“A Ausência do Pai”

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

Autora: Ana Cristina Pinheiro Miguel Nascimento

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número da candidata: 30000333

Abril de 2023

Lisboa

“A bondade nasce do interesse comum; a maldade da divergência de interesses. Já Helvétius, no século XVIII, o notara: <Os homens não nascem bons nem maus, mas sim prontos a ser uma coisa ou outra, conforme o interesse comum os une ou os separa> (in *Do Espírito*)”

(Matos, 2012, p. 220)

Agradecimentos

A conclusão deste relatório, para mim, é a prova viva de que não importam as adversidades que possamos atravessar, quando mantemos o foco, a paixão, a fé, a esperança e a motivação vamos conseguir chegar ao objetivo ao qual nos propusemos. Ao longo do caminho poderá haver lágrimas, momentos de desmotivação, e os tão necessários momentos em que precisamos de parar e voltar a encontrar o equilíbrio para prosseguir. Outrora alguém disse, que mais importante do que cair é a forma como nos levantamos!

Sou tão agradecida a todos quanto têm feito parte deste percurso, primeiramente ao meu Jesus, que SEMPRE tem sido a minha força, em especial nestes cinco anos em que tanta adversidade interpelou o percurso que estava determinada a alcançar. Sou tão grata por não ter ficado pelo caminho e ter conseguido alcançar esta meta, este galardão!

O crescimento que adquiri neste percurso, e a pessoa que me tornei é outro motivo pelo qual sou grata. Crescimento este que servirá para ajudar outras vidas!

Agradeço imenso a todos os docentes que fizeram parte do percurso, porque todos eles contribuíram para o meu crescimento, independentemente do contributo em si. O meu especial agradecimento à Prof.^a Doutora Rute Brites, orientadora do presente relatório, que sempre foi excepcional e creio que não poderia ter sido mais abençoada, muito obrigada por tudo e em todo o tempo! Palavras me faltam para explicar tudo quanto gostaria.

Agradeço à minha Orientadora do local de estágio que foi incrível, mais do que orientadora, foi uma mentora! Foi alguém que sempre demonstrou confiança, que sempre me fez acreditar que eu conseguia, que sempre reuniu todos os esforços para se fazer presente, apesar da sua agenda tão preenchida, que sempre me respondeu a cada dúvida, que me direcionou e elucidou! Nunca irei esquecer tudo quanto fizeste por mim, agradeço-te imenso e sei que seguramente Deus te irá abençoar por tudo isso e muito mais.

Agradeço de coração ao meu marido que em todo o tempo foi suporte, amigo, colo, motivador e auxiliador, e tantas vezes acreditou mais em mim do que eu mesma! Sempre paciente e a procurar formas para me ajudar a “levantar”, sempre com tanto amor e disponibilidade.

Agradeço a toda a minha família, por todo o suporte, paciência e amor. Em particular à minha mãe que em tantos momentos fez o impossível para me ajudar e a fazer aquilo que eu não poderia, obrigada mãe!

Ao meu pai e à minha avó... fazem-me falta!

Agradeço a todos os amigos pela compreensão no meio de tanta ausência, de tanto “não” que tive que dizer ao longo destes anos, apesar de ter vontade de dizer “sim”! Obrigada por cada palavra, por cada momento de amizade verdadeira. Vocês são excepcionais!

Agradeço também a todos os colegas, pois sem eles, “isto” não teria sido a mesma coisa. Aos colegas que se tornaram amigos, vocês são incríveis, nunca duvidem disso! Juntos somos mais fortes!

Resumo

O presente relatório está inserido no âmbito do estágio curricular académico, tendo como finalidade a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, conferido pela Universidade Autónoma de Lisboa. Tem como objetivo explicar todo o trabalho e as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio, o qual decorreu em contexto educacional, mais precisamente em duas escolas, uma pública e uma privada, em cidades diferentes. O tema deste relatório é a “Ausência do Pai”, uma vez que este foi o elemento comum entre as crianças que acompanhei. Mahler (1993, citado por Benczik, 2011) sustenta que o papel paterno no desenvolvimento da criança e o contacto pai-filho são relevantes, sendo uma das condições decisivas para o desenvolvimento social e da cognição, uma vez que proporciona uma maior capacidade de aquisição e inserção da criança na sociedade. Silva et al. (2008) fazem referência a alguns autores que analisaram determinadas variáveis que têm sido alvo de estudos quanto às famílias e o desenvolvimento infantil. No que concerne aos fatores de risco para o desenvolvimento infantil, os atributos da criança, da família e do ambiente são fatores que diminuem a possibilidade da criança se tornar competente e desenvolver o bem-estar (Erikson & Kurz-Riemmer, 1999), que, por conseguinte, amplificam probabilisticamente a ocorrência de resultados desfavoráveis e inconvenientes (Reppold et al., 2002). Neste sentido, este relatório irá relatar a importância da família no desenvolvimento das crianças, o desenvolvimento psicoafetivo segundo a Teoria de Hipólito e as problemáticas infantis relevantes para a intervenção e de que forma tudo isto se relaciona, assim como as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio, nomeadamente as formações complementares, as atividades psicoeducativas e as sessões de sensibilização.

Palavras-Chave: Psicologia Clínica, Contexto Escolar, Ausência do pai, Importância da Família, Desenvolvimento Psicoafetivo

Abstract

This report is part of the academic curricular internship aimed at obtaining the Master's degree in Clinical and Counseling Psychology awarded by the Universidade Autónoma de Lisboa. It aims to explain all the work and activities that were developed throughout the internship, which took place in an educational context, more precisely in two schools, one public and one private, in different cities. The theme of this report is the "Absence of the Father", since this was the common element among the children I supervised. Mahler (1993, cited by Benczik, 2011) maintains that the paternal role in child development and father-child contact are relevant, being one of the decisive conditions for social development and cognition, since it provides a greater capacity for acquisition and insertion of the child in society. Silva et al. (2008) refer to some authors who analyzed certain variables that have been the subject of studies regarding families and child development. Regarding risk factors for child development, the attributes of the child, the family and the environment are factors that decrease the possibility of the child becoming competent and developing well-being (Erikson & Kurz-Riemmer, 1999), which, consequently, probabilistically amplify the occurrence of unfavorable and inconvenient outcomes (Reppold et al., 2002). Therefore, this report will describe the importance of the family in children's development, the psycho-affective development according to the Hippolyte Theory, and the children's problems relevant to the intervention and how all this is related to each other, as well as the activities that were developed throughout the internship, namely the complementary training, psycho-educational activities and awareness-raising sessions.

Key-words: Clinical Psychology, School Context, Absence of the father, Importance of the Family, Psycho-affective development

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vi
Introdução	8
1.1 A Importância da Família no Desenvolvimento da Criança	10
1.2 Desenvolvimento Psicoafetivo segundo a Teoria Rogeriana	14
1.3 Perturbações Mentais nas Crianças	17
1.3.1 <i>Perturbações de ansiedade</i>	17
1.3.2 <i>Perturbações de comportamento</i>	23
1.3.3 <i>O potencial impacto psicológico da ausência do pai</i>	27
1.4 Avaliação e Intervenção Psicológica	33
1.4.1 <i>Avaliação Psicológica</i>	34
1.4.2 <i>Abordagem Centrada na Pessoa</i>	41
1.4.3 <i>Intervenção com crianças através da Ludoterapia</i>	47
2.1 Caracterização	56
2.2 Objetivos Gerais e Específicos	56
2.3 Atividades Desenvolvidas	58
2.3.1 <i>Formações complementares</i>	58
2.3.2 <i>Atividades Psicoeducativas</i>	59
2.3.3 <i>Sessões de Sensibilização</i>	60
3.1 Caso Clínico da Carolina	63
3.1.1 <i>Identificação</i>	63
3.1.2 <i>Motivo da Consulta</i>	63
3.1.3 <i>História Clínica</i>	64
3.1.4 <i>Síntese da Avaliação Psicológica</i>	65
3.1.5 <i>Síntese do Acompanhamento Psicológico</i>	72
3.1.6 <i>Discussão do caso</i>	76
3.2 Caso Clínico da Marta	80
3.2.1 <i>Identificação</i>	80
3.2.2 <i>Motivo da Consulta</i>	80
3.2.3 <i>História Clínica</i>	81
3.2.4 <i>Síntese da Avaliação Psicológica</i>	82
3.2.5 <i>Síntese do Acompanhamento Psicológico</i>	87
3.2.6 <i>Discussão do caso</i>	92
Reflexão Pessoal	98
Referências Bibliográficas	100

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular académico realizado, tendo como finalidade a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, conferido pela Universidade Autónoma de Lisboa. Tem como objetivo principal explicar todo o trabalho e as atividades que foram desenvolvidas ao longo do mesmo.

O estágio decorreu em contexto educacional, em duas escolas, uma pública e a outra privada, localizadas na área da grande Lisboa e na margem sul do Tejo. Decorreu entre novembro de 2021 e junho de 2022, totalizando 455 horas. No decorrer deste, foi possível desenvolver várias atividades e acompanhar três crianças, com idades compreendidas entre os seis e os onze anos de idade. Foi possível desenvolver sessões de sensibilização solicitadas pelas escolas, possibilitando-me desenvolver mais competências e desenvolver temas bastante pertinentes.

A congruência, a compreensão empática e o olhar incondicional implícito ao acompanhamento psicológico destas crianças, inspiraram-se na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, que culmina com as aprendizagens no decorrer da licenciatura e do mestrado, acreditando-se na capacidade que esta abordagem tem de proporcionar ao ser humano uma ação terapêutica eficaz.

O relatório encontra-se dividido em quatro partes, com os respetivos subtemas. A primeira parte integra o enquadramento teórico, que irá fundamentar todo o trabalho que foi desenvolvido ao longo do estágio, nomeadamente a importância da família no desenvolvimento da criança, o desenvolvimento psicoafetivo segundo a Teoria de Hipólito e as problemáticas infantis relevantes para a intervenção. Neste seguimento, e tendo em conta as problemáticas que surgiram no decorrer do estágio, decidiu-se apresentar as que surgiram com mais frequência, no caso, as perturbações de ansiedade, perturbações de comportamento e o potencial impacto psicológico que a ausência do pai poderá provocar no desenvolvimento das crianças (dado que todas as crianças que foram acompanhadas tinham este elemento em comum). Por fim será abordada a avaliação e intervenção psicológica, a abordagem centrada na pessoa e a intervenção com crianças inspirada na ludoterapia, uma vez que foi esta que foi desenvolvida ao longo dos acompanhamentos psicológicos. A segunda parte integra o trabalho de estágio, a caracterização do local de estágio, os objetivos gerais e específicos e as atividades desenvolvidas. A terceira parte consiste na apresentação dos casos clínicos, e por fim a quarta parte, que encerra este relatório com uma reflexão pessoal sobre todo o percurso.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A Importância da Família no Desenvolvimento da Criança

Todo este trabalho acadêmico foi desenvolvido com enfoque na relevância que a família, em particular o pai, poderão ter na vida da criança. De forma a contextualizar esta importância serão apresentados alguns conceitos acerca da temática.

Segundo Doron e Parot (2001), a família é um grupo de pessoas que estão unidas por laços transgeracionais e interdependentes no que concerne aos constituintes primordiais da vida. Andolfi (1995, citado por Machado, 2012) conceptualiza a família enquanto sistema relacional que integra em si mesmo os variados componentes individuais e, desta forma, a análise das normas e dos relacionamentos interpessoais que estabelecem a vida enquanto grupo. A exploração relacional e das normas são indispensáveis para a percepção do comportamento dos elementos que a constituem, assim como para a conceção de uma intervenção eficaz. Segundo Minuchin (1985) a família é um sistema aberto que está continuamente em variação com os demais sistemas extrafamiliares. Os atos de cada um dos intervenientes são comandados de acordo com os atributos específicos do sistema familiar, assim como pelas carências e problemáticas externas.

Segundo Vigotskii et al. (1988), é a partir do nascimento que as crianças estão continuamente em relação com os adultos, que de uma forma ativa buscam integrá-las na sua cultura bem como na reserva de significados e forma de fazer as coisas que se conservam ao longo da história. No princípio, a forma responsiva que a criança dá ao mundo é influenciada pelos processos naturais, particularmente os que são fornecidos pelo legado biológico. Na medida em que as crianças se vão desenvolvendo, os processos que no início eram comuns com os adultos, tornam-se integrantes da própria criança (Vigotskii et al., 1988).

De acordo com Minuchin et al. (1999, citados por Silva et al., 2008) os parentes poderão ser tidos como o sistema que tem maior influência no desenvolvimento da criança, já Coatsworth et al. (2002, citado por Silva et al., 2008) referem que o meio familiar surge como o mais influente sistema de sociabilização para que se dê o crescimento saudável da criança e do adolescente. Silva e Dessen (2003, p. 503) reiteram que “as interações estabelecidas no microsistema família são as que trazem implicações mais significativas para o desenvolvimento da criança, embora outros sistemas sociais (ex.: escola, local de trabalho dos genitores, clube) também contribuam para o seu desenvolvimento”. Para Colnago (1991, citado por Silva et al., 2008) a maior parte das crianças vive os primeiros cenários de aquisição de conhecimentos e adoção de modelos, regras e valores com os seus familiares. Se o funcionamento destes não for funcional, as inter-relações, em particular pais-bebé e sociais,

terão prejuízo. Consequentemente, para Sigolo (2004, citado por Silva et al., 2008) a família é designada como o principal sistema em que o modelo de funcionamento, a forma de proceder e as relações interpessoais são tidos pelo indivíduo que se encontra em desenvolvimento e cujas alterações servem de apoio para a análise desenvolvimental do sujeito.

Para Turnbull e Turnbull (2001, citados por Silva et al., 2008) a variedade das interações familiares depende de duas causas elementares: a coesão – referindo-se ao elo emocional estabelecido e mantido entre os familiares, assim como o grau de independência entre eles no próprio sistema – e a adaptabilidade – a aptidão familiar de se ajustar face ao stresse situacional e desenvolvimental. Já para Relvas (2003) a família deverá desenvolver duas funções fundamentais: possibilitar o progresso e individualização dos elementos enquanto instiga o sentimento de pertença; promover a inclusão destes no contexto sociocultural a que respeitam. A família é, desta forma, um intermediário para a socialização primária.

Araújo et al. (2021) referem que é através do convívio familiar que a criança irá estabelecer e construir o conhecimento num espaço de contato em que aprende e integra valores éticos assim como os conceitos afetivos em que desenvolve o processo de apropriação. A apropriação é um procedimento em que as crianças se apoderam da realidade cercante, sucedendo através da mediação que é gerada pelos adultos dando lugar ao conhecimento do mundo de que faz parte. O primeiro ambiente social infantil é o familiar e é através deste que a criança desenvolve a construção dos conceitos, do subjetivo, influenciando o seu desenvolvimento. Desta forma, a família é o primeiro pilar de influência para a criança, pois será a partir daqui que a mesma se irá desenvolver e contruir a sua conduta. Possui a responsabilidade de instruir, educar e integrar a criança na sociedade (Araújo et al., 2021).

Cypel et al. (2013) referem que a criança, quando consegue gerir as adversidades que vão surgindo à medida que se vai desenvolvendo e é aceite e apoiada com sensibilidade, carinho e empatia por parte dos pais, vai adquirir confiança nos seus recursos psíquicos e emocionais. Passa a ter confiança nos vínculos que irão manter a base da estabilidade emocional, autonomia e estima de si.

Bee e Boyd (2011) referem Horowitz (1987, 2003), que propõe um modelo mais abrangente espelhando a relação entre os atributos das crianças e o ecossistema, em que sugerem que o ser vulnerável e a resiliência da criança e o ambiente facilitador são características fundamentais. Quando existe um ambiente bastante facilitador pressupõe-se que os pais são amorosos e responsivos, originando uma estimulação apropriada. Quando a vulnerabilidade e o facilitismo são apenas cumulativos, os desenlaces mais favoráveis sucederiam com os bebés resilientes desenvolvidos em ambientes perfeitos, sendo os piores

desenlaces concernentes aos bebés suscetíveis a ambientes de pobreza, dando lugar a uma combinação entre ambos. Porém, não é isto que Horowitz sugere. A autora considera que ainda que o ambiente seja de pobreza, se a criança for resiliente poderá sair-se bastante bem, na medida em que consiga aproveitar a estimulação e as possibilidades à disposição. De igual forma, considera que uma criança débil poderá sair-se consideravelmente bem num ambiente bastante facilitador. De acordo com este modelo, é somente através da junção de ambas as situações – uma criança débil juntamente com um ambiente pobre – que poderá originar desenlaces efetivamente insatisfatórios. O ponto crucial neste caso, é que o ambiente poderá ter resultados realmente diferentes, conforme as qualidades ou competências que a criança “acrescenta à equação”.

Neste sentido, quando algo sucede no seio familiar, seja um divórcio, uma mudança do local de trabalho ou desemprego familiar, entre outros, estes aspetos são algo a ter em conta no processo de compreensão da criança, pois estas mudanças familiares também serão sentidas e terão repercussões na sua vida. Podemos concluir que, desde cedo, os adultos que fazem parte do sistema nuclear, são de extrema importância e de grande influência para a criança que está em contínuo desenvolvimento.

De acordo com Craig (1996, citado por Tavares et al., 2020), as crianças quando nascem irão desenvolver-se num ecossistema repleto de possibilidades, diretrizes, condutas, crenças, conceitos, tradicionalismos e formas de efetivar diversificadas atividades. A herança cultural que consiste num determinado conjunto de valores e regras indicados para a conduta social, tornam-se princípios basilares para um ambiente rico que cerca a criança.

Através da literatura tem sido possível validar uma vasta multiplicidade de variáveis que têm potencial para desempenhar consequências de ameaça ou segurança no desenvolvimento das crianças (Brand et al., 2019; Buchanan, 2014; Carr, 2014, ; Gauy & Rocha, 2014; Georgiou & Symeou, 2018; Gómez-Ortiz et al., 2017; Masten & Barnes, 2018; Rasmussen et al., 2013; Rick-Wood & Thomas, 2019; Shean, 2015, citado por Marinho & Seltzer, 2022). Segundo Marinho e Seltzer (2022) uma dessas variáveis tem a ver com o contexto familiar, que pressupõe as características individuais dos pais, a conduta familiar e os modelos parentais, a estruturação e a organização do ambiente da família (nomeadamente a higiene do sono e a duração da exposição aos ecrãs) e a interação parental com os filhos que surge relacionada com a conduta e desempenho escolar dos mesmos.

Outra variável tem a ver com as perturbações de conduta que poderão agir como ameaça, que incluem as interações hostis entre os membros familiares, sobretudo, o abuso físico e emocional na criança e a disputa entre os pais, ou qualquer evento que possa modificar a

estrutura da família atual, nomeadamente o afastamento, divórcio, abandono parental, nascimento ou falecimento de membros. Enquanto efeito de segurança foram assinalados, o estilo parental autocrático, dado que os estilos autoritário e permissivo revelaram problemáticas a externalizar (Georgiou & Symeou, 2018), o envolvimento dos pais, uma relação que inclui uma comunicação inteligível e afetuosa entre os progenitores e os filhos, uma supervisão salutar, fundamentalmente com um enfoque no envolvimento do pai enquanto elemento de proteção para a conduta de externalização (Georgiou & Symeou, 2018), uma alta autoeficácia por parte dos pais, o *locus* de controlo interno paternal, a gestão familiar organizada e flexível ou, além disso, o grau de stresse familiar passível de gerir.

Silva et al. (2008) fazem referência a alguns autores que analisaram determinadas variáveis que têm sido alvo de estudos quanto às famílias e o desenvolvimento infantil. No que concerne aos fatores de risco desenvolvimentais infantis, o que caracteriza a criança, a sua família e o espaço em que se vive ou em que se está inserido, são fatores que diminuem a possibilidade da criança se tornar competente e desenvolver o bem-estar (Erikson & Kurz-Riemmer, 1999), que, por conseguinte, amplificam probabilisticamente a ocorrência de consequências desfavoráveis e inconvenientes (Reppold et al., 2002). Barnett (1997), Gil (1996), Hallahan e Kauffman, (2003) evidenciam como fator de risco a personalidade e as aptidões dos pais; D’Affonseca e Williams (2003) salientam o excesso de consumo de álcool e as drogas e a gestação precoce na puberdade, Gil (1996) e Webster-Stratton (1998) consideram a depressão dos pais enquanto fator de risco, para D’Affonseca e Williams (2003), Evans (2004), Gil (1996), Hallahan e Kauffman (2003), Marinho (2003), Sigolo (2004), Webster-Stratton (1998) e Williams e Aiello (2004), a reduzida competência educacional, os elevados níveis de stresse, a monoparentalidade, a ocorrência de atos criminosos, as doenças do foro psiquiátrico, a ausência de suporte social e as precárias condições habitacionais, de saúde, de escolaridade, de alimentação, para Pleck (1997) é a faixa etária da criança, e para Hallahan e Kauffman (2003) é o temperamento, o défice ou incapacidade neurofisiológica, os níveis assintomáticos de perturbação de conduta e o desempenho académico e a capacidade intelectual da criança. Já para Williams e Aiello (2004), a miséria, por conseguinte, estabelece-se enquanto fator de risco gravoso quando esta alcança o agregado familiar uma vez que por si mesma poderá implicar e originar demais fatores de risco, tais como o histórico do desenvolvimento parental, bem como as suas competências parentais, para além de restringir as ocasiões de adaptação infantil de forma favorável. O facto de residir e estudar em bairros com elevada densidade de pares desviantes e em áreas urbanas criminosas, poderá comprometer pais

competentes levando-os a fracassar no papel de agentes preventivos, quanto aos problemas comportamentais dos descendentes (Marinho, 2003, citado por Silva et al., 2008).

Por este motivo, todo o ecossistema, a cultura familiar, o compromisso e consciência inerente ao novo estado de ter filhos, são fatores determinantes para o desenvolvimento da criança e a possibilidade de vir a crescer de forma salutar ou, por outro lado, com variadas lacunas e possíveis causas que poderão originar perturbações psicológicas e/ou de comportamento associado. Todas estas variáveis são significativas aquando da nossa análise do caso, pois poderão dar-nos uma ajuda crucial para compreendermos melhor a criança e o sofrimento inerente.

Neste sentido, e tendo em conta a relevância do desenvolvimento emocional das crianças e o processo inerente, consideramos necessário explicar de que forma o desenvolvimento psicoafetivo segundo a Teoria de Hipólito se processa e que influência terá em todo o processo.

1.2 Desenvolvimento Psicoafetivo segundo a Teoria Rogeriana

Pretende-se, sob o olhar da Abordagem Centrada na Pessoa, verificar os contributos para a teoria da personalidade e subsequente compreensão das perturbações psicológicas.

Para Rogers (1983, p. 45) um dos conceitos basilares da teoria da personalidade, é a Tendência Formativa ou Atualizante – “A tendência sempre atuante em direção a uma ordem crescente e a uma complexidade inter-relacionada, visível tanto no nível inorgânico como orgânico”, ou seja, a tendência atualizante está presente desde o começo da formação do ser humano, e ao longo da sua vida vai-se atualizando, isto é, o indivíduo vai-se “tornando pessoa”. O autor desenvolve uma explicação mais detalhada, referindo que a tendência atualizante se inicia na célula primordial, que inclui todos os dados necessários para que suceda o desenvolvimento das potencialidades, tanto as que são herdadas geneticamente, como as psíquicas e físicas. De forma que a célula tenha um desenvolvimento saudável serão necessárias condições ótimas, quer de ordem psicológica como biológica (Hipólito, 2011).

De acordo com Hipólito (2011), o feto que se encontra em crescimento é uma criatura frágil sujeita a “traumas”, tanto nas potencialidades como na atualização desses traumas, possivelmente poderão originar consequências que minimizarão a exteriorização dessas potencialidades. Esta fragilidade do embrião, no que concerne aos traumas das potencialidades,

manter-se-á até ao momento em que nasce, de igual forma, os traumas poderão constituir uma oportunidade para as condições ótimas de atualização das potencialidades. Pires e Paulino (2022) reforçam indicando que a inexistência ou restrição nas condições ótimas desenvolvimentais biopsicossociais, com maiores possibilidades e juízos de valor convergem num incremento da dissociação, assim como na falta de congruência e vulnerabilidade.

Para Sweeney e Landreth (1999, citados por Pires & Paulino, 2022) na teoria do desenvolvimento da personalidade de Carl Rogers tornam-se evidentes os construtos, de pessoa (ou seja, a criança permanece num progresso desenvolvimental constante para a atualização do *self*), de campo fenomenológico-experiencial (ou seja, concerne às vivências conscientes ou não, percecionadas ou realizadas) e de *self* (que resulta da diferenciação progressiva dos experimentos do campo fenomenológico-experiencial e do entrosamento com os demais significantes, tais como, os progenitores, por meio das condições de valor).

Rogers (1992) refere que é logo no início de vida, que o campo experiencial se torna a realidade do bebé, sucedendo, após o final do primeiro ano de existência, uma distinção entre o *self* percecionado e o *self* desejado ao longo da inter-relação afetiva significativa. Pires e Paulino (2022), levam-nos a entender que há uma necessidade de aceitação e amor, relevância do organismo de cada ser, para que exista uma consciência de si mesmo. As vivências e as carências existentes no seu campo de perceção, reconhecidas e aprovadas pelas pessoas significativas afetivamente são incorporados e consciencializados, ao passo que as demais são deturpadas ou não são simbolizadas, conseqüentemente não são acessíveis ao consciente.

Rogers e Kinget (1977) salientam que parte resultante da propensão para a distinção, parte esta integrante para a direção da tendência atualizante, determinada fração experiencial diferenciar-se-á e tornar-se-á símbolo na consciência. Esta parte simbolizada equivale à consciência de viver e de intervir como sujeito podendo descrever-se enquanto vivência do eu. Conseqüentemente, através da interação que existe entre o organismo e o ambiente, torna-se cada vez mais consciente da sua existência e gradativamente organiza-se para conscientizar o eu, que sendo o alvo perceptivo, é parte integrante do campo experiencial.

Hipólito (2011) indica que quando sucede o nascimento do bebé, todo o meio para a hipercomplexificação é contínuo, contudo este passa despercebido. Dessa forma, tanto as capacidades físicas quanto as psicológicas vão-se desenvolvendo simultaneamente e gradualmente. O autor indica que é por volta dos oito meses que o bebé começa a percecionar o Outro enquanto significativo, resultando num desenvolvimento dos limites do *self* organísmico. Logo que o Outro é percecionado no campo fenomenológico do bebé poderão tornar-se perceptíveis as “condições de valor”. Estas condições poder-se-ão definir como uma

mescla de premissas que poderão ser, ou não, relevantes para as figuras significativas, tornando-se por sua vez como que obrigatórias no bebê, em virtude de preservar o amor destas. Para Hipólito (2011) esta percepção irá desencadear no bebê uma dissociação entre o seu sentir, a sua experiência e o que isto representará, ou seja, o que será integrado no seu campo de percepção. Esta ação de dissociação poderá originar na criança variados métodos dissociativos que manifestar-se-ão em diversos graus experienciais, nomeadamente, entre o *locus* de controlo interno (o modo como a criança vivencia os acontecimentos no seu interior, a forma como é sentido), e o *locus* de controlo externo (quando as decisões são assumidas por outrem, ainda que sejam concernentes à criança); entre o *self* orgânico e o *self* real, ou seja, entre o *self* que é percebido (a forma como a criança tem consciência de si, como vive), e o *self* ideal, ou *self* desejado (a forma como a criança deverá ser de forma a ser reconhecida pelo outro); cognitivamente e emocionalmente (sendo que estes pontos separam-se da mesma percepção). Ao suceder uma dissociação, produz-se um ponto de pressão entre ambos os “pólos” que estão implícitos; caso o organismo não alcance o equilíbrio por si mesmo desta pressão, desenvolver-se-á sintomatologia. Uma manifestação sintomatológica constituirá a melhor forma de equilíbrio provável por parte do organismo e constitui uma particularidade positiva no sentido em que reflete a forma como este conseguiu organizar-se para que conseguisse continuar a funcionar. No caso, a dissociação manifestar-se-á nos diversos domínios funcionais da criança.

De acordo com Rogers (1992) o organismo tendencialmente dirige-se para a maturação, consoante o que isto implica para cada espécie. O indivíduo não aprimora de forma magnífica a aptidão de sentir dor, nem o ser humano incrementa ou materializa a competência de sentir terror, ou em termos fisiológicos, ter a aptidão de vomitar. O indivíduo realiza-se no sentido de obter uma maior distinção entre os órgãos e as suas funções. Rogers e Kinget (1977) referem que o indivíduo toma consciência da sua realidade através das suas experiências, ou seja, as suas percepções advêm da sua verdade, do que lhe sucede. Os autores evidenciam também que de um ponto de vista psicológico, a criança existe num meio ambiente em que se a sua existência é exclusivamente para ela, num mundo que ela mesma criou. A confirmação de temperamento de certo modo interno do mundo da criança exige uma tentativa para explicar, de forma repetida e destacar o que compõe o meio, caso contrário, o contexto da criança será a representação que esta fará. Brites (2006) evidencia que no relacionamento com a mãe, o recém-nascido compreenderá que algumas das suas percepções, no que concerne às suas carências, não serão sempre igualmente bem aceites pela mãe.

Neste sentido, e devido à relevância da percepção da criança acerca do seu mundo e da mãe, iremos desenvolver as problemáticas mais recorrentes que foram sucedendo no decorrer do estágio.

“Seria bastante enganoso supor que o organismo age tranquilamente na direção do auto-aperfeiçoamento e do crescimento. Talvez fosse mais correto dizer que o organismo move-se, em meio a lutas e dores, na direção do aperfeiçoamento e do crescimento.” (Rogers, 1992, p. 557)

1.3 Perturbações Mentais nas Crianças

De acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (s.d.), a prevalência das perturbações mentais em crianças e jovens teve um aumento nos últimos 20-30 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo, aproximadamente 20% das crianças e jovens padecem de problemas de comportamento, desenvolvimento ou emocionais, dos quais um em oito desenvolve uma perturbação mental. Traduzindo esta prevalência para a sala de aula, que se assume que terá em média cerca de 30 alunos, tal significa que cerca de seis alunos, por turma, manifestarão uma perturbação mental. Para a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência assim como para a OMS-Região Europeia, uma em cinco crianças manifesta indícios de distúrbios de saúde mental. Em Portugal, considera-se que entre os 5 e os 14 anos de idade, a maior sobrecarga da perturbação na qualidade de vida corresponde às perturbações mentais e de comportamento.

1.3.1 Perturbações de ansiedade

Segundo a classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (APA, 2014) as Perturbações de Ansiedade podem ser classificadas em: Perturbação de Ansiedade de Separação, Perturbação de Ansiedade Social/Fobia Social, Fobias Específicas, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Perturbação de Pânico, com ou sem Agorafobia. Estas englobam perturbações que dividem traços de medo e ansiogénicos

desmedidos assim como alterações comportamentais associadas. O medo é a reação emocional perante uma ameaça próxima que pode ser real ou percebida, ao passo que *ansiedade* é o presságio de uma ameaça futura. Naturalmente que existe uma sobreposição destes dois estados, contudo, também são divergentes, na medida em que o medo maioritariamente está associado a picos de frenesi autonómicos que são necessários para a luta ou fuga, pensamentos de aflição imediata e reações de fuga, enquanto a ansiedade surge associada maioritariamente a tensão dos músculos e a estados de vigília concernentes ao perigo futuro, comportamentos medidos e evitantes. Esta classificação refere ainda que as perturbações de ansiedade divergem do medo ou ansiedade ditas normativas, pois estas são excessivas ou persistentes para lá do tempo de desenvolvimento adequado. Divergem do medo ou ansiedade transitórios, que são muitas vezes instigados pelo stress, pelo facto de serem contínuos (habitualmente têm uma duração de 6 meses ou mais), apesar dos critérios de duração serem orientadores e passíveis de alguma flexibilidade, tendo por vezes uma extensão mais curta nas crianças. Múltiplas perturbações de ansiedade tendem a desenvolver-se na infância e tendencialmente persistirão caso não ocorra tratamento. A maior parte sucede no sexo feminino e não no masculino (com uma proporção correspondente de 2:1).

De acordo com a classificação do *International Classification of Diseases (ICD-11)* (OMS, 2019) a perturbação de ansiedade generalizada é definida pela sintomatologia ansiogénica que vigora por vários meses, sentindo-se na maioria dos dias, manifestando-se ou através de uma apreensão generalizada, isto é, uma “ansiedade flutuante livre”, ou através de uma intensa preocupação que tem como alvo os variados eventos do dia a dia, maioritariamente a respeito da família, da saúde, financeira e escolar ou do emprego, simultaneamente com uma sintomatologia adicional, assim como tensão dos músculos ou agitação motora, excesso de atividade autonómica simpática, experiência subjetiva de nervosismo, dificuldade em preservar a concentração, irritabilidade, ou perturbação do sono. A sintomatologia resulta em angústia significativa ou deficiência significativa nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional, ou outras áreas importantes de funcionamento.

Cordioli e Manfro (2004, citados por Konkiewitz, 2013) indicam que a ansiedade é uma condição emocional que é vivida com características subjetivas inerentes ao medo. Tratando-se de uma reação a acontecimentos perigosos ou evidências reais, tais como o stress e os problemas do dia a dia. Caracteriza-se por evidenciar sintomatologia somática, tais como taquicardia, palpitações, dificuldade em respirar, tremores, calores, calafrios, tensão dos músculos, náuseas, dores de cabeça, sudação, entre outros. Quanto à sintomatologia cognitiva,

evidenciam-se a dificuldade em se concentrar, pensamentos de calamidade, hiper-vigilância, pavor na perda de controlo. Na sintomatologia comportamental, destacam-se a inquietude, isolamento e evitamento. A sintomatologia emocional implica o medo, inquietação, irritabilidade e precipitação, assim como sintomas perceptíveis, despersonalização, desrealização e uma hiper-reação aos estímulos. A ansiedade passa para o estado patológico quando esta se transforma numa emoção desagradável e desconfortável, surgindo sem qualquer estímulo externo adequado ou ajustado de forma a justificá-la, isto é, aquando do aumento de intensidade, durabilidade e frequência associados ao detrimento da performance social ou profissional do sujeito. Vasconcelos-Raposo et al. (2021) indicam que as perturbações de ansiedade manifestam, normalmente, respostas fisiológicas inteligíveis, nomeadamente, taquicardia, alteração respiratória e da pressão arterial, sudorese e tensão dos músculos, entre outras. Desta forma, a ansiedade incide no modo como se exprimem os medos, tornando-se patológica quando estes são excessivos, ilógicos e, em termos de qualidade, diversificados quanto ao que se considera normal em determinada faixa etária, assim como quando estes comprometem a qualidade de vida do sujeito. Alguns dos pioneiros trabalhos de investigação que deram origem a meta-análises, divulgaram efeitos, que até ao momento ainda se verificam. Esta constância de resultados revela, irrefutavelmente, a conveniência clínica do exercício físico para as pessoas com um diagnóstico de ansiedade.

De igual forma, Teixeira et al. (2013) referem que a ansiedade poderá melhorar através do exercício físico. O número de casos evidenciados na literatura acerca do benefício do exercício físico é, possivelmente, tão considerável quanto os referentes aos casos de depressão (Vasconcelos-Raposo et al., 2021). Através de outra meta-análise, Asmundson et al. (2013) verificaram quais os efeitos terapêuticos inerentes ao exercício físico nestes casos e aferiram que caminhadas ou corridas, assim como exercitar no ginásio, através do treino de resistência, o yoga ou *tai chi*, estavam relacionados de forma positiva com a contenção das perturbações de ansiedade. Contudo, quanto ao treino de resistência aparentava resultar num crescente estado temporário de ansiedade, logo após o exercício.

Crujo e Marques (2009) indicam que as perturbações de ansiedade, à semelhança das perturbações de depressão, representam elementos clínicos com alta prevalência na infância e na adolescência, correndo o risco de se tornarem precursores de psicopatologia na idade adulta. Por isto, a importância de um diagnóstico precoce assim como uma intervenção oportuna são fundamentais, tal como a identificação de possíveis fatores de risco que as possam propiciar.

No que concerne ao medo e à ansiedade, Crujo e Marques (2009) referem que estes podem ser integrados em situações desfavoráveis ou perigosas, uma vez que o medo possibilita

ao sujeito evitar determinado risco específico, a ansiedade exerce este mesmo papel de proteção, apesar desta surgir em meio à inexistência de estímulos colocando-se numa área de antevisão. Porém, quando ambas deixam de ter a função de adaptação, poderemos ter que considerar como sintomas e/ou perturbações de ansiedade. Para Goodman e Scott (2012), as perturbações de ansiedade fazem parte da segunda categoria mais habitual nas perturbações psiquiátricas na fase pediátrica, logo após as perturbações comportamentais, tendo uma prevalência superior em comparação às perturbações depressivas ou de hiperatividade e déficit de atenção. Gomes (2022) salienta também que as perturbações de ansiedade nas crianças constituem atualmente os distúrbios mais comuns que acarretam danos familiares, sociais e com prejuízo pessoal. Evidencia ainda que é na infância e na adolescência que estas perturbações se revelam, muitas vezes, relacionadas à dificuldade de ajustamento social e escolar ou aos medos.

Gomes (2022) refere que as crianças e adolescentes cujas respostas são desadaptativas aos estímulos comuns e fontes de stresse, tendem a correr um risco acrescido para desenvolverem perturbações de ansiedade. Tanto os sintomas quanto as perturbações de ansiedade nas crianças poderão potenciar consequências adversas a longo prazo na vida adulta. Cabral e Patel (2020, citados por Gomes, 2022) referem que a etiologia destas perturbações se manifesta através de variados fatores, nomeadamente os genéticos, temperamentais, a conduta dos pais, a estimulação ambiental e os fatores de fisiologia. O reconhecimento destas causas de risco é essencial para uma deteção antecipada, de forma a prevenir e elaborar métodos de intervenção precocemente. Gomes (2022), faz referência ainda a dois poderosos preditores para a evolução das perturbações de ansiedade na infância, segundo Clauss e Blackford (2012): o primeiro é a inibição do temperamento – a predisposição para se ausentar, evitar ou reagir receosamente aos novos acontecimentos – o que incrementa em sete vezes mais o perigo de vir a padecer desta perturbação no futuro; e o segundo preditor, de acordo com Lawrence et al. (2019), é um dos pais sofrer de perturbação de ansiedade, o que quase potencia o risco em dobro.

De acordo com Marques e Cepêda (2009) a ansiedade exerce uma função adaptativa no crescimento da criança. Contudo, poder-se-á considerar patológica quando é bastante acentuada e duradora; e/ou quando é demasiado invasiva ao ponto de interferir com o desenvolvimento e o dia a dia da criança, (nomeadamente as competências sociais e a sua autonomia); e/ou ao surgirem sintomas tardios que seriam considerados normativos nos estádios desenvolvimentais prévios, isto é, por exemplo a ansiedade de separação que é normativa entre os 2-3 anos, porém não o é aos 8-10 anos. Estas autoras salientam ainda que

as sintomatologias mais constantes abrangem queixas somáticas, nomeadamente, medo de separação, condutas regressivas/imaturas, irritabilidade, enorme vulnerabilidade às críticas, condutas obsessivas ou fóbicas. Quanto aos fatores de risco, foram enumerados os fatores genéticos e constitucionais; fatores familiares (como por exemplo, progenitores demasiadamente protetores e ansiosos, com patologia psiquiátrica, padrões do agregado familiar com determinadas categorias de fobias; fontes stressoras associadas a alterações no seio familiar; episódios desencadeantes particulares e acontecimentos de enfermidade crónica na criança/adolescente.)

De acordo com Assis et al. (2007), as perturbações de ansiedade poderão afetar os indivíduos em qualquer fase da vida. Passam a distúrbio psiquiátrico no caso de impedir o funcionamento da pessoa e as suas atividades de vida diárias. Vários estudos revelam que as crianças com perturbações de ansiedade possuem maior dificuldade em criar amizades comparativamente às que não a têm. Tanto Cartwright-Hatton (2006) como Silva e Figueiredo (2005) consideram que a ansiedade, num grau patológico, impacta de forma intensa a vida social e escolar das crianças, podendo transformar-se em sérias repercussões no futuro, havendo uma tendência para que estas perturbações persistam até à idade adulta, se não forem tratadas. Carr (2014) reforça esta ideia, indicando que estas perturbações no decorrer da infância constituem um elemento de risco para que na idade adulta desenvolvam perturbações da ansiedade e do humor.

Para Cartwright-Hatton (2006), de todos os distúrbios psiquiátricos, os de ansiedade são conhecidos como sendo os mais usuais nas crianças. Asbahr et al., (2007, citados por Konkiewitz, 2013) referem também que cerca de 15% dos jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 19 anos manifestam historial de perturbação de ansiedade. Bögels e Brechman-Toussaint (2006, citados por Assis et al., 2007) indicam que a herança genética pais-filhos estima-se em cerca de 50% da propensão à ansiedade, apesar de estes dados não serem consensuais. De Assis et al. (2007) referem ainda que a relação insegura da criança com os cuidadores é um ponto adicional relevante para a compreensão da sintomatologia ansiogénica. É com base no comportamento parental e no tipo de relação estabelecida entre parentes e filhos que a criança desenvolve o seu modelo de funcionamento interno face aos acontecimentos da vida. Conforme vai crescendo, demais pessoas e influências vão-se agregando ao modo como a criança lida com a ansiedade. As divergências conjugais, o modo como os pais se relacionam, a relação da fratria, as técnicas de educação parentais, as crenças dos parentes em relação aos filhos são outros enfoques que poderão estar relacionados com a perturbação de ansiedade na infância.

Castellanos e Hunter (1999, citados por Konkiewitz, 2013), revelam que o diagnóstico diferencial concernente à preocupação, medo e timidez adequados ao desenvolvimento normativo com um diagnóstico de perturbação de ansiedade deverá ser realizado tendo em conta como tais sintomas acarretam prejuízo no desempenho social, ocupacional ou demais áreas relevantes na vida da pessoa.

Por norma, as crianças manifestam sintomatologia somática, tal como dores de cabeça, dispneia e dor de estômago. As crises de raiva, de choro e irritação inúmeras vezes surgem nas crianças com perturbação de ansiedade e correm o risco de ser mal interpretadas, dando lugar a perturbações de oposição ou desobediência quando na verdade são demonstrações de medo ou tentativas para evitar acontecimentos desencadeadores de ansiedade (APA, 2014). Egger et al. (1999, citados por Konkiewitz, 2013) reforçam esta ideia e acrescentam que as crianças e adolescentes ansiosos são mais tendenciosos a essa sintomatologia do que os pares que não têm esta perturbação.

Carr (2014) indica que no período escolar, questões como insucesso na performance académica e desportiva podem transformar-se em fontes de medo. O medo de ser rejeitado pelos pares manifesta-se nesta fase. Vários autores (Ollendick, et al., 1994; Öst & Treffers, 2001; Westenberg, et al., 2001, citados por Carr, 2014), revelam que no decorrer da infância até à adolescência os variados estímulos que despoletam medo vão-se alterando e estas alterações sucedem em paralelo com o desenvolvimento das competências cognitivas e sociais assim como os receios da pessoa. Carr (2014) esclarece que este género de medo maladaptativo é comumente declarado como ansiedade.

Revisões acerca dos estudos epidemiológicos primordiais sobre as perturbações de ansiedade na infância permitem-nos concluir o seguinte (Carr, 2004b; Freeman et al., 2004; Klein & Pine, 2002; Öst & Treffers, 2001; Verhulst, 2001, citados por Carr, 2014): a prevalência geral de perturbações de ansiedade nas crianças e adolescentes é de cerca de 6-10%, havendo uma prevalência da perturbação de ansiedade de separação próxima de 3%, do mutismo seletivo abaixo de 1%, as fobias sociais com cerca de 1%, as perturbações de ansiedade generalizada com 2% e as perturbações de pânico abaixo de 1%. Investigações realizadas com amostras comunitárias comprovam que entre 13 a 43% dos meninos e meninas experienciaram pelo menos um acontecimento traumático no decorrer da vida, dos quais 3 a 15 % das meninas e 1 a 6% dos meninos desenvolveram PPST (perturbação de stress pós-traumático). Já Krain et al. (2007, citados por Crujo & Marques, 2009), indicam que as perturbações de ansiedade constituem uma prevalência cerca de 4 a 20%.

Asmundson et al. (2013) salientam que estas perturbações são as mais diagnosticadas e que segundo uma investigação recente, estas estão em ascensão.

1.3.2 Perturbações de comportamento

Segundo Homem et al. (2013), as perturbações disruptivas do comportamento incluem as perturbações de hiperatividade com défice de atenção, de oposição e do comportamento [que será a desenvolvida neste ponto] e, de acordo com os autores, a prevalência destas têm vindo a aumentar, o que é um motivo de preocupação premente na sociedade moderna.

Diversos autores (Achenbach et al., 2008; Del Prette & Del Prette, 2013, citados por Freitas et al., 2018) dividem os problemas comportamentais em dois amplos grupos, os externalizantes – são explícitos, por norma, através das outras pessoas, manifestos em agressividade verbal e física, condutas opositoras ou desafiantes e comportamentos antissociais; ou os internalizantes – que são explícitos, em grande parte, através do mesmo por meio de isolamento social, depressão e ansiedade social.

Segundo a classificação do DSM-V (APA, 2014) as perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento englobam contextos que contêm problemas de comedimento emocional e comportamental. As pessoas cuja perturbação se iniciou na infância são mais prováveis de vir a desenvolver perturbação de comportamento persistente em adultos do que as que tiveram início na adolescência.

No que concerne aos fatores de risco, Marques e Cepêda (2009), salientam a disfunção familiar – que pressupõe eventos traumáticos e carências precoces; exposição a acontecimentos violentos e de maus-tratos, elevados eventos conflituosos intrafamiliares; e a intercalação aleatória entre um excesso de rigidez e a falta de controlo/limites. Fazem referência também às doenças mentais ou comportamentos de adição dos progenitores, um nível socioeconómico deficitário, um temperamento complexo da criança, conjunturas vulneráveis somáticas da criança, principalmente as que reduzem as competências para controlar os impulsos (nomeadamente a epilepsia, lesão cerebral) e por fim, as dificuldades para aprender. Carr (2014) refere que os fatores biológicos, assim como os psicológicos, poderão predeterminar os jovens para o desenvolvimento de perturbações de comportamento. Em termos biológicos, os fatores genéticos poderão exercer uma função na etiologia de alguns dos casos desta perturbação, embora ainda não esteja claro de que forma estes fatores influenciam o desenvolvimento de perturbações do comportamento. Sendo provável que esta

predisposição envolva um suporte fisiológico que possa regular o grau de ativação ou temperamento. Poderá ainda ocorrer uma desregulação a nível dos neurotransmissores, tais como a serotonina e a noradrenalina, ou até de hormonas, tais como a testosterona e o cortisol que sejam implícitas nesta estrutura fisiológica.

Quanto aos fatores de risco, de acordo com o DSM-V (APA, 2014), concernente aos fatores ambientais, ao nível familiar, estes englobam a negligência e desprezo parental, hábitos educacionais incoerentes, rigidez disciplinar, abuso físico e/ou sexual, ausência de supervisão, institucionalização precoce, constante alteração de cuidadores, família avantajada, criminalidade dos progenitores, e determinados tipos de psicopatologia familiar (tais como perturbações relativas a substâncias); ao nível da comunidade, englobam o desprezo dos pares, agregação a grupos de pares delinquentes e residir num local problemático e violento.

Ambos os tipos de fatores de risco têm uma tendência para serem mais frequentes e graves entre sujeitos com perturbação do comportamento com início na infância. Para Carr (2014), a desigualdade social, o reduzido nível socioeconómico, a escassez, a superlotação da habitação e a separação social são fatores sociais mais vastos que propiciam os jovens ao desenvolvimento de distúrbios de comportamento de variadas formas. Primeiro, o reduzido nível socioeconómico e a escassez restringem os recursos dos progenitores de forma a prover as carências materiais da família, o que, por conseguinte, poderá intensificar o stresse sentido pelos pais e crianças. Para as crianças, este stresse, juntamente à escassez, poderão traduzir-se em distúrbios de comportamento. Quanto mais a família nuclear se encontrar isolada socialmente, quer da sua família de proveniência, ou de um suporte social de amigos que a possam auxiliar, maior significância os recursos terão. Conviver com estes stressores materiais poderá prejudicar a capacidade dos progenitores para educar os filhos de uma forma tolerante. Este autor refere ainda que os problemas de comportamentos poderão permanecer devido a variados fatores contextuais. No contexto familiar – em que ocorre na relação pais-filhos onde não há um suporte ajustado à criança e as regras são pouco claras ou mal utilizadas. Estes relacionamentos problemáticos tendem maioritariamente a ocorrer em culturas familiares definidas pela comunicação incompreensível, triangulação e organização desgovernada. Estas culturas podem relacionar-se com distúrbios no sistema parental, em particular através do desacordo ou violência conjugal, ou quando o pai da criança não reside em casa e exerce um papel secundário na sua vida. Para o Instituto Nacional de Saúde e Investigação Médica (sd, citado por Pardilhão et al., 2009) mais do que cada um dos fatores isolados, é através da junção e interligação dos diversos fatores de risco que irá influenciar a génese das perturbações do comportamento.

Segundo Lewinsohn et al. (2005) a depressão materna tem sido associada ao insucesso escolar das crianças, ao decréscimo do suporte por parte dos pais, a uma maior insatisfação da sua vida, a um aumento dos distúrbios comportamentais e consequente frequência de sessões sobre saúde mental, à existência de um elevado número de stresses regulares, no que concerne aos adolescentes está correlacionado a um elevado risco suicidário. Goodman e Gotlib (1999) salientam ainda que a depressão materna poderá danificar as habilidades desenvolvimentais das crianças em idade escolar, em variadas esferas, tais como a académica e a social, evidentes através de uma baixa autoestima e elevados níveis de perturbações comportamentais. Os autores evidenciaram também que comparativamente às mães não depressivas, as mães depressivas manifestam padrões afetivos incomuns quanto à relação com os filhos, sendo consideradas pouco responsivas ao estado emocional das crianças e menos atenciosas relativamente às demonstrações carinhosas destas, tendo mais propensão para exteriorizar sentimentos de cólera e de descontentamento do que sentimentos tidos como mais positivos. De acordo com Silk et al. (2006), as mães que apresentam distúrbios de humor manifestam constrangimento a regular e socializar as suas emoções, provavelmente resultante de danos no seu próprio processo desenvolvimental das emoções, tornando-se uma lacuna e falta de competências para serem um modelo e conseguirem ensinar os próprios filhos, ou até fortalecer os meios adequados de modelagem emocional dos filhos.

No entendimento de Lopes e Loureiro (2007), os fatores de risco estão relacionados com acontecimentos ou circunstâncias que poderão afetar o desenvolvimento da criança, contribuindo para o aparecimento de adversidades e problemáticas.

Quanto às características de diagnóstico, a característica primordial da perturbação do comportamento, segundo o DSM-V (APA, 2014), é um padrão de conduta repetitivo e intervalado em que existe uma violação dos direitos essenciais dos outros e/ou das normas sociais básicas equivalentes à existência do sujeito. Estas condutas estão integradas em quatro grupos basilares: conduta agressiva que intimida ou causa danos físicos a terceiros ou animais; condutas não agressivas que causam perda ou destruição de propriedade; defraudação ou furto; transgressões graves das normas. Três ou mais destas condutas deverão ter surgido no decorrer dos últimos 12 meses e no mínimo uma destas condutas no decorrer dos últimos seis meses. É ainda salientado que este padrão de conduta se faz presente em variadas conjunturas, nomeadamente em casa, na escola ou em sociedade.

Marques e Cepêda (2009) indicam-nos que as perturbações de comportamento são definidas através de padrões duradouros, nomeadamente, relutância na aceitação de regras, reações agressivas provocadas regularmente por acontecimentos de frustração, condutas

antissociais de magnitude variável (furtos, falsidades, fugas, devastação de propriedade, hostilidade com os seres humanos e os animais).

De acordo com Carr (2014), verifica-se um prognóstico pouco favorável para os jovens que apresentam distúrbios de comportamento no começo da infância e que se cingem com frequência a variados tipos de conduta disruptiva, tais como a hostilidade, a devastação e as mentiras, em variados ambientes sociais, inclusive em casa, na escola e na sociedade. Hipoteticamente isto sucede porque os distúrbios graves comportamentais com começo precoce surgem em ambientes familiares desorganizados que os estimulam, numa fase introdutória, e que à posteriori os fomentam. Os problemas comportamentais produzidos em casa, ao se tornarem enraizados e sérios, expandem para a escola e grupo de pares. Os pares não-desviantes têm tendência a preterir os juvenis com problemáticas comportamentais e atribuem-lhes rótulos de ofensores, pressionando-os a juntarem-se a grupos de pares desviantes, que conservam os problemas de comportamento e estimulam a delinquência na sociedade. Inúmeras escolas não dispõem de recursos eficazes na gestão de condutas gravosas comportamentais e, por isso, lidam com estes juvenis de uma forma que acabam por os fortalecer.

Sani e Ferreira (2022) citam vários autores (Clark & Graham-Bermann, 2017; Rossman et al., 2000; Sani, 2011) para salientar que a literatura alusiva à vitimização das crianças e adolescentes em contexto familiar, reúne uma série de indícios científicos relativamente aos distúrbios do comportamento e psicológicas originadas pelo ambiente de violência, se comparados com os jovens que não padecem desse stressor.

Carr (2014) indica-nos que parte das crianças com perturbação do comportamento progridem para a criminalidade enquanto adultos e manifestam perturbações de personalidade antissocial, dificuldades com o abuso de álcool e uma ampla gama de problemas psicológicos. Para além disto, manifestam igualmente outros distúrbios de saúde, desrealização escolar, dificuldades de adaptabilidade laboral, de equilíbrio conjugal e apresentam também dificuldades em integrar-se socialmente.

Segundo o DSM-V (APA, 2014) as condutas de perturbação do comportamento poderão levar o jovem a ser suspenso ou expulso da escola, poderão traduzir-se por dificuldades à adaptação laboral, problemas legais, enfermidades sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas e contusões físicas consequentes de situações acidentais ou lutas.

Burke et al. (2002) referem que cerca de um terço a metade dos casos clínicos que são encaminhados são explanados por problemáticas comportamentais.

Neste sentido, foi possível apurar que quanto à prevalência estima-se que esta varie entre os 2% e mais de 10%, com uma média de 4%. Esta prevalência aparenta ser coerente em vários países mesmo diferindo na raça e etnia. Existe um aumento desde a infância até à adolescência e é superior nos sujeitos do sexo masculino. Apenas um número reduzido de crianças com esta perturbação obtém tratamento (APA, 2014). Carr (1993), Cohen et al. (1993), Meltzer et al. (2000, citados por Carr, 2014), indicam que as taxas de prevalência globais para estas perturbações e de oposição têm uma variação entre os 4% e os 14%, conforme os parâmetros usados e a população avaliada.

1.3.3 O potencial impacto psicológico da ausência do pai

Pretende-se através deste ponto analisar o potencial impacto psicológico da ausência do pai no desenvolvimento da criança, nas mais variadas formas possíveis.

Segundo Lopes e de Paula (2011), atualmente, fala-se bastante acerca da influência e relevância que a figura paterna poderá ter no desenvolvimento da criança e do adolescente, contudo, muitos dos estudos são inconclusivos quanto à definição que essas influências podem ter. Estes autores referem ainda que não existem muitos estudos sobre as implicações inerentes a esta ausência e o impacto que poderão ter no desenvolvimento das crianças e adolescentes. Na visão de Eizirik e Bergmann (2004), a relevância do tema ausência paterna na fase desenvolvimental do filho é valioso e complicado. Independentemente dos diversos fatores, particulares, de cada caso, é crucial efetivar o impacto que essa carência terá no desenvolvimento psicológico, intelectual e comportamental numa criança ou púbere. Acerca deste tema, as autoras referem que, atualmente, este tem encontrado particular relevância, devido às alterações estruturais que a família tem sofrido, em que se verifica uma gradativa ausência do pai. As teorias desenvolvimentais que são mais relevantes, têm como base o modelo familiar convencional, e provavelmente, estes novos modelos ressoam nos relacionamentos interpessoais, bem como intrapsíquicos, o que o torna num tema notável. Benczik (2011) indica ainda que as teorias psicológicas, assim como as investigações científicas, confirmam e alicerçam a função parental no desenvolvimento e psique infantil.

Inicialmente, através da revisão de literatura, foi possível apurar vários motivos para que suceda a ausência paterna. Sganzerla e Levandowski (2010) referem que importa salientar que o conceito de ausência paterna dispõe de mais do que uma definição. Uma das definições refere-se à ausência afetiva do pai, isto é, é resultante do distanciamento emocional entre pai-

filho, podendo ocorrer inclusive com a presença física paterna; outra definição expõe esta ausência do pai como a privação de contato entre o progenitor e o filho, que pode suceder devido a uma separação dos pais, devido ao óbito ou deslocação do pai para outra cidade ou devido a questões profissionais. Neste caso, não existe a presença física do pai.

Concluindo, dever-se-ão ter em conta os casos em que sucedem ambos os tipos de ausência em simultâneo, dado que a ausência física poderá fomentar à distância emocional entre genitor e prole. Cúnico e Arpini (2014) fazem referência a diversos autores (Furstenberg & Nord, 1985, Struss et al., 2001) para salientar que se deve ter em conta o convívio de um pai que já não reside com os filhos, pois este é regularmente mais de entretenimento, isto é, atividades de diversão com um prisma mais lúdico, ao invés de ser uma participação ao nível escolar ou de instrução, revelando o cuidado para com os filhos.

Benczik (2011) refere vários autores no sentido de destacar alguns pontos importantes. Refere Mahler (1993) que sustenta que o papel paterno no desenvolvimento da criança e o contacto pai-filho são relevantes, sendo uma das condições decisivas para o desenvolvimento social e da cognição, uma vez que proporciona uma maior capacidade de aquisição e inserção da criança na sociedade. Muza (1998) esclarece que para além da função essencial que o pai desempenha na tríade pai-mãe-filho, este é fulcral no desenvolvimento dos filhos na fase da adolescência, quando a maturidade genital urge uma definição na função de procriar.

Sganzerla e Levandowski (2010) afirmam que são evidentes os inúmeros motivos para a ausência do pai, seja a sua morte, a distância derivada da separação dos pais, a devida a motivos profissionais, ou até mesmo a carência emocional de um progenitor que está presente de modo físico, os quais poderão ser vividos pelos descendentes de formas distintas. A forma como um filho vive a ausência do pai envolverá, certamente, repercussões dispareas no seu desenvolvimento. Genericamente, são entendidas como rejeições devido à relevância do pai no crescimento da criança e do púbere.

Trapp e Andrade (2017) afirmam que é emergente legitimar que a ausência ou até mesmo o desamparo do pai trazem danos para o desenvolvimento dos indivíduos. Gomes e Resende (2004) ressaltam que de acordo com a prática clínica, tem sido possível apurar que, na vida adulta, as representações dessa experiência surgem com variadas oportunidades para a construção psicoafectiva, com impacto nos relacionamentos sociais. Aberastury e Salas (1991) destacam que o pai simboliza a oportunidade do equilíbrio enquanto regulador da competência da criança para que este possa investir no mundo real.

Do ponto de vista de Damiani e Colossi (2015), quando se chega à fase da adolescência, surgem novas experiências e exigências no que concerne ao desenvolvimento pessoal. A

exigência de uma absoluta atenção e proteção, aspetos inerentes à infância, dão lugar a uma procura de autonomia e autoafirmação identitária, novidade esta que se poderá desenvolver com mais ou menos ansiedade, mediante os vínculos afetivos desenvolvidos com figuras significativas na vida deste.

Assim, tendo em consideração a importância da presença paterna no processo, para Felzenswalb (2003, citado por Damiani & Colossi, 2015), o distanciamento emocional do pai torna-se agente para que surjam padrões de interatividade disfuncionais, sendo passíveis de observação o dano na independência dos filhos assim como no progresso inerente à separação maternal. Além disto, o autor refere ainda que a rutura do vínculo emocional e de convívio paternal aparenta causar sentimentos de desamparo, desprezo e culpabilidade, ameaçando a constituição de novos vínculos.

Sganzerla e Levandowski (2010) salientam que a condição familiar inerente a uma ausência do pai longa, quer seja física ou emocional, poder-se-á transformar num fator de risco, nos mais variados aspetos, no que concerne às questões desenvolvimentais do adolescente de ambos os sexos, nomeadamente através da exteriorização comportamental delinquente, porte de arma e ebriedade em ambiente académico, para além da maturação física precoce, aumento da possibilidade do consumo de drogas e elevado índice de adipose. Na juventude, o pai necessita de agir enquanto moderador de separações, motivando o filho a prosseguir. Daí em diante, torna-se um elemento relevante e primordial para a identificação, papel anteriormente exclusivo da mãe. Para tal, é expectável que o pai faça parte deste relacionamento, ao adotar afetivamente e verdadeiramente os seus descendentes; visto que pais omissos, excessivamente autoritários ou alheados poderão propiciar o surgimento de problemáticas da personalidade e relutâncias do jovem na relação com os pares. (Araújo, 2005)

Neste sentido, Damiani e Colossi (2015) citam vários autores que são da mesma opinião e que enumeram os motivos para que seja algo reconhecido. Eizirik e Bergmann (2004) sustentam que a ausência do pai potencia a causa de conflitos no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança, assim como potencia o desenvolvimento de perturbações do comportamento. Nos últimos decénios, a ausência do pai tem sido analisada com enfoque na infância, e os efeitos que provocam no desenvolvimento das crianças (Benczik, 2011; Cia et al., 2005; Eizirik & Bergmann, 2004). Cia et al. (2005) sugerem que as problemáticas comportamentais consequentes da ausência do pai fazem-se presentes desde o período pré-escolar e poder-se-ão manter no decorrer da vida escolar originando consequências pouco favoráveis, que se manifestarão através de reduzido desempenho escolar, crescente abstenção às aulas, um elevado risco para o consumo de drogas, assim como relações frágeis com os pares,

depressão, ansiedade, fragilidade emocional e externalização comportamental. Damiani e Colossi (2015) referem ainda que a literatura revela que o envolvimento efetivo do pai na vida da criança propicia à segurança, estima de si, independência e equilíbrio emocional.

Benczik (2011) salienta que atualmente, uma das maiores problemáticas na educação dos filhos é a ausência paterna ou outra figura que a possa substituir. É de salientar que esta figura paterna poderá ser retratada por um tio, avô ou outro adulto do sexo masculino que seja parte integrante da vida da criança e que possua um vínculo aceitável com esta. Uma educação equilibrada pressupõe os dois progenitores. A presença do pai na família é díspar e complementa a da mãe. A ausência de uma referência na educação, seja masculina ou feminina, pressupõe por norma uma instabilidade no filho. Marques et al. (sd, citados por Benczik, 2011) indicam que é possível observar que os descendentes carecem de auxílio, segurança e valores que compete ao pai legar. Os pubescentes tendem a procurar no pai um modelo com que se identifiquem. Se o pai estiver ausente, demais modelos provirão ocupando o vazio, correndo o risco de não serem os exemplos mais benéficos.

Benczik (2011) evidencia através de um estudo de caso e de uma exigente revisão de literatura relativa à relevância da figura do pai na existência dos descendentes, Shinn (1978) conferiu os resultados da ausência do pai no desenvolvimento da cognição das crianças e pôde concluir que em agregados familiares com o pai ausente ou com baixa interatividade com os filhos ocorria uma agregação mais elevada de desempenhos medíocres nos testes cognitivos das crianças e Montgomery (1998) constatou que os descendentes com pai biológico ausente possuem uma probabilidade maior, em dobro, para uma repetição de ano escolar, e possuem 11 vezes mais de probabilidade de ter condutas violentas na escola comparativamente às crianças com pais presentes. A autora refere ainda que as crianças que não têm convívio com o progenitor tendem a desenvolver distúrbios na ordem da identificação sexual, de igual forma tendem a apresentar resistência quanto ao reconhecimento dos limites, assim como para a instrução de regras de convívio social.

Esta lacuna poder-se-á apresentar de variadas formas, entre elas uma maior propensão para uma ligação à delinquência. Mason et al. (1994) referenciam pesquisas que evidenciam que a ausência do pai usualmente impacta de uma forma negativa as crianças e os jovens, havendo um risco elevado para evidenciarem distúrbios comportamentais. Já para Ferrari (2007), a lacuna causada pela ausência do pai deve-se ao facto das crianças terem um entendimento de que não são amadas pelo progenitor ausente, causando uma enorme depreciação de si mesmas. Para além desta autodepreciação, sucedem sentimentos culposos por a criança considerar que é nociva, que é a causadora do afastamento e inclusive por ter nascido.

A criança julga-se nociva também por ter sido abandonada. O autor refere que isto poderá provocar variadas respostas, desde consternação e abatimento até hostilidade e agressividade. Segue afirmando que os que exteriormente são retraídos e tímidos fecham-se em si mesmos, porém os que são extrovertidos e com temor do interior da sua vida acabam por se vingar na sociedade através de comportamentos antissociais.

Eizirik e Bergmann (2004) e Gomes e Resende (2004) relacionam a ausência paterna com a exteriorização de várias manifestações conflituosas, subterfúgios e sentimentos culposos nos descendentes. Santoro (sd, citado por Benczik, 2011) considera que a ausência paterna poderá afetar a saúde infantil, e explana que investigações recentes apontam que a presença do pai auxilia a obstar distúrbios referentes à obesidade bem como demais distúrbios psicológicos. Diferentes investigações revelam que as crianças com um pai presente manifestam níveis de autoestima mais elevados do que as que têm pai ausente, cuja convivência é inexistente.

Pupo (sd) indica que quanto mais o pai se envolver no desenvolvimento e instrução da criança, melhor será o relacionamento entre ambos. Bowlby (1984) salienta que quando um indivíduo tem a sorte de se desenvolver num bom núcleo familiar normativo, com progenitores afetuosos, cujo suporte foi incondicional e com quem pôde contar, este conseguirá aprimorar estruturas psíquicas persistentes e firmes de forma a encarar as adversidades da vida. Com estas circunstâncias, as crianças que têm uma vinculação segura, aos seis anos, reagem com os progenitores de um modo relaxado e amistoso, constituindo com estes intimidade de um modo simples e delicado, para além de conservar uma comunicação fácil. Este autor menciona ainda as consequências inerentes a uma realidade inversa, isto é, se este sujeito cresce numa realidade distinta, o seu núcleo de intimidade terá um esvaziamento dando lugar a relacionamentos lesados, ocorrendo danos nas incumbências desenvolvimentais (citado por Benczik, 2011).

Trapp e Andrade (2017) salientam também que as crianças com o progenitor ausente, particularmente os meninos, poderão não adquirir competências de forma a responderem a figuras de autoridade, tendo como consequência disso a rebelião e tornarem-se apreciadores das transgressões das regras. Se as crianças não entenderem que é fundamental acatar as leis assim como as figuras de autoridade, tal poderá originar graves danos no seu futuro.

Existem vários tipos de estudos inerentes à ausência do pai, consequentemente, existem investigações que tentam perceber de que forma o adulto irá desempenhar o seu papel enquanto pai, após as vivências mais ou menos satisfatórias na sua infância.

Silva et al. (2021) fazem referência a East et al. (2014) que afirmam que a literatura evidencia que o construto da identificação paterna tem uma influência das vivências infantis, assim como também é influenciado pela existência ou ausência da figura paterna na vida da

mesma e a Habib (2012) que sustenta que de acordo com a percepção inerente à vivência imprópria ou insuficiente com o pai, esta influencia o sujeito a desenvolver uma relação mais próxima com o seu próprio descendente.

Sganzerla e Levandowski (2010) salientam que as investigações anteriores permitem compreender que a ausência de comprometimento por parte do pai na vida dos jovens, referente a uma ausência mais longa ou até mesmo efetiva, abarca sequelas para o desenvolvimento destes, quer seja de uma forma direta, através dos resultados numa vertente pessoal, ou de uma forma indireta, através das repercussões no desempenho familiar.

No entanto, Boothroyd e Cross (2017) afirmam que o estudo acerca da ausência paterna e a função do género tem gerado factualmente resultados profundamente contraditórios. Neste sentido, seguem alguns autores que têm concluído exatamente o oposto dos demais até aqui. Lopes e de Paula (2011) citam Volpe e Alvim (1986), que alegam que a existência de uma prole sem pai poderá ser complexa e conflituosa devido à ausência deste, porém, essas adversidades e conflitos estão sujeitas à forma como os demais componentes da família irão lidar com o cenário.

Marin e Piccinini (2009) enumeram vários autores que concordam com o mesmo ponto de vista, referindo que, demais investigações têm-se debruçado sobre famílias de mães solteiras, em que foi possível apurar que não existem fatalmente repercussões negativas no desenvolvimento da criança. De facto, é possível caracterizá-las como tão proeficientes quanto as demais famílias nucleares, usualmente designadas como exemplo familiar salutar (Larson et al., 2001). Kleist (1999) fez uma revisão de literatura analisando inúmeros estudos americanos acerca das famílias de mães solteiras e famílias nucleares, no qual evidenciou que as famílias com sucesso, apesar de qualquer composição familiar, partilhavam variados atributos em comum. Dentre eles, Marin e Piccinini (2009) evidenciaram a construção de relacionamentos familiares contendo amor, contiguidade e entreajuda, assim como o auxílio conjunto para superar as adversidades. Estes indicadores possibilitaram aos autores tirar a conclusão de que o mito acerca das famílias monoparentais serem adversas para o desenvolvimento infantil não é totalmente suportado pelas pesquisas, ao menos no que tem a ver com a pesquisa da promoção do bem-estar das crianças e da saúde dos familiares, pontos especificamente avaliados no mencionado estudo.

Desta forma, é possível concluir que efetivamente existem inúmeros fatores que poderão ser potenciadores para que surjam variados distúrbios psicológicos na criança e/ou adolescente sujeitos à ausência do pai, porém, existem também vários fatores que poderão minimizar as repercussões inerentes, dependendo do ambiente familiar, da forma como é gerido

e se existir uma figura referência para a criança, tais acontecimentos poderão ter menos impacto nestes.

1.4 Avaliação e Intervenção Psicológica

De acordo com Hutz et al. (2022) a avaliação psicológica sucede de diversas formas diferentes, mediante o contexto em que sucede, quer seja no contexto de saúde, jurídico, organizacional, de trânsito, e naturalmente o educacional não é exceção. A avaliação psicológica possui imensa riqueza, que inclui um vasto aperfeiçoamento dos conceitos psicométricos, assim como uma vasta série de conteúdos e oportunidades para a sua aplicação. Mais concretamente, no contexto escolar, o papel do psicólogo poderá ser mais complexo, uma vez que poderá ser realizado com crianças e adolescentes cujas faixas etárias estão continuamente sujeitas a mudanças inerentes ao seu desenvolvimento (Youngstrom & Van Meter, 2016), assim como devido ao facto das diversas partes que estão implícitas neste contexto (Hutz et al., 2022).

A avaliação psicológica nos contextos educacionais traduz-se através de variadas ferramentas e preceitos, quer seja individualmente ou coletivamente. A intervenção psicológica não deverá suceder de uma forma desorientada ou com singelos psicodiagnósticos cujo objetivo seja encontrar “o problema do aluno desviante”, ou até mesmo “promover o seu ajustamento” ao currículo escolar. O papel do psicólogo na escola implica formação e uma ação com base em evidências que tenham como intenção avaliar os quesitos transversais ao currículo escolar e que são solicitadas ao psicólogo. A intervenção psicológica relaciona-se mais concretamente ao ato de aplicar uma medida ou ação de forma a quantificar um construto psicológico, ao passo que a avaliação é amplamente focada nos variados métodos que irão responder às questões que originaram o encaminhamento. (Hutz et al., 2022)

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2022) a avaliação psicológica implica um procedimento extenso que irá envolver a incorporação de dados procedentes de variadas fontes de informação, nomeadamente, testes psicológicos, entrevistas, observância contínua e apreciação documental. A testagem psicológica, por outro lado, diz respeito a aplicar os testes psicológicos e respetiva recolha de informações resultante dos mesmos. Ou seja, a testagem psicológica é parte integrante da avaliação psicológica. De acordo com a literatura

científica, ao proceder à avaliação psicológica, há que considerar o contexto no qual o avaliando se encontra inserido, tendo em conta os seus determinantes biopsicossociais.

1.4.1 Avaliação Psicológica

Através deste ponto pretende-se obter uma ideia mais precisa do que pressupõe uma avaliação psicológica, com especial foco no contexto ajustado ao estágio, a avaliação psicológica clínica em contexto educacional, assim como o que compreende o trabalho de um Psicólogo em contexto escolar. Para o efeito foi realizada uma vasta revisão de literatura.

Para Faria e Souza (2021) a avaliação psicológica é um dos procedimentos que mais beneficiou do desenvolvimento da ciência. Esta é evidenciada nos segmentos clínicos e de saúde enquanto estratégia aceite pelos profissionais, com o intuito de efetuar um estudo sobre as características de cada indivíduo, em termos cognitivos, de habilidades e de personalidade. É compreendida enquanto procedimento que adota vários métodos, práticas e estratégias que visam a avaliação e integração de forma a compreender os dados inerentes das várias fontes que irão possibilitar uma tomada de decisão.

Lins et al. (2018) salientam que na infância, mais do que tentar obter um diagnóstico inerente a determinada problemática, o processo de avaliação deverá ser de caráter preventivo, uma vez que proporciona uma identificação precoce de circunstâncias que poderão desencadear complicações desenvolvimentais no decorrer da vida. Pérez-Ramos (2000) afirma que deverá realizar-se a avaliação o quanto antes, e se necessário, posteriormente, haver um seguimento com a respetiva intervenção e cuidado psicológico. Nos anos iniciais, os traços da personalidade, a representatividade do mundo assim como as habilidades emocionais e de cognição encontram-se num desenvolvimento absoluto e, de alguma forma, suscetíveis a mudanças, por este motivo considera-se que quanto mais precoce for a avaliação e a intervenção psicoterápica efetivada, maiores as probabilidades de haver um desenvolvimento salutar e estável.

Para o efeito, é relevante compreendermos a definição de avaliação psicológica, bem como a sua metodologia, os seus objetivos, processos e alguns dos tipos de avaliação que são mais utilizados com esta população. Para Cohen et al. (2014), a avaliação psicológica define-se através da recolha e a inclusão de dados relativos à psicologia cujo objetivo é o de elaborar uma avaliação psicológica, sendo elaborada através de instrumentos, nomeadamente testes,

entrevistas, estudos de casos, observação do comportamento e alardos bem como metodologias de medida particularmente esboçados.

Noronha e Alchieri (2004) referem que a avaliação psicológica consiste numa investigação de caráter que é realizada de forma a se obter respostas a perguntas específicas no que concerne ao funcionamento psicológico do sujeito num determinado intervalo de tempo ou de forma a presumir o funcionamento psíquico do mesmo no futuro. A avaliação deverá conceder esclarecimentos cientificamente fundamentados de forma a orientar, sugerir, sustentar o processo da tomada de decisão em determinado contexto em que a decisão necessita de ter em conta as informações acerca do funcionamento psicológico. Para Lins et al. (2018), a definição de avaliação psicológica enquadra-se no anteriormente referido e salienta ainda o autor Hutz (2009) que destaca, ao referir que é através de um grupo de metodologias que se pretende obter elementos de forma a aferir as hipóteses clínicas que foram equacionadas no início do processo, para se viabilizar um diagnóstico, e expor o funcionamento psicológico do indivíduo ou de um grupo, assim como presumir o comportamento ou funcionamento no futuro.

Segundo Hutz et al. (2016), a avaliação psicológica também é conhecida como psicodiagnóstico, e consiste numa metodologia científica de investigação que aplica testes e/ou técnicas com a finalidade de avaliar traços psicológicos da pessoa que está a ser avaliada, com a intenção de obter um diagnóstico descritivo ou dinâmico. Estes autores referem ainda que a avaliação psicológica deverá ter como base diretrizes teóricas e competências para compreender o avaliando e o respetivo contexto, de forma a obter as diretrizes terapêuticas ou o respetivo encaminhamento.

Segundo Baptista et al. (2017), no que concerne à metodologia para a avaliação psicológica infantil, esta tem sempre uma solicitação inicial, podendo ser encaminhada por parte da família ou da escola, ou de outro profissional, que poderá necessitar de obter mais informações acerca do funcionamento psicológico da criança naquele momento, de forma a possibilitar uma tomada de decisão. Para Cunha (2000) existe a necessidade, em inúmeros casos, de proceder à avaliação atempada, seguida da apropriada intervenção.

A OPP (2016) indica que a avaliação psicológica se adequa a um método compreensivo - que abrange domínios relacionados com a solicitação da avaliação bem como os problemas constatados – e diversificados – recorre a variados potenciais interlocutores que poderão desempenhar diversos objetivos, reconhecendo variadas classes informativas, em que se consideram resultados diversificados. Refere ainda que a avaliação psicológica é uma prática exclusiva da Psicologia e um componente distinto inerente à independência técnica dos psicólogos em relação a demais profissionais.

Segundo Lins et al. (2018) todo o processo de avaliação psicológica é relevante para a percepção dos pontos fracos e fortes da criança, de forma a propiciar o planeamento da intervenção, quer seja uma necessidade comportamental, emocional ou académica. Quando se compreendem as limitações e problemáticas, a avaliação será o guia para o planeamento da intervenção, do programa escolar, para identificar eventuais necessidades especiais, e os respetivos recursos que servirão de apoio à criança, quer seja em ambiente de convívio ou na sala de aula.

Urbina (2007) indica que essencialmente, a avaliação psicológica tem como objetivo propiciar a recolha de informações que são cientificamente fundamentadas de forma a orientar e sustentar todo o processo para a tomada de decisão, que evidentemente considerará o funcionamento psicológico do avaliando.

Meyer et al. (2001) indicam que os objetivos basilares para a avaliação são (a) referir o desenvolvimento atual, contendo as competências cognitivas, a seriedade da perturbação, e as competências para uma vivência independente; (b) atestar, contrapor, ou alterar as impressões concebidas pelo clínico ao longo dos contatos menos estruturados com os pacientes; (c) discernir as carências terapêuticas, evidenciar as questões passíveis de se manifestarem na terapia, sugerir possíveis métodos de intervenção, e orientar para os possíveis resultados; (d) auxiliar no diagnóstico diferencial das perturbações a nível emocional, comportamental e cognitivo; (e) supervisionar o tratamento no decorrer do tempo de forma a avaliar o êxito das intervenções ou reconhecer novas temáticas que poderão necessitar de atenção enquanto que as perturbações iniciais são resolvidas; (f) controlar o risco, contendo possíveis responsabilidades legais minimizadas e o reconhecimento de comportamentos prejudiciais ao tratamento; e (g) proporcionar feedback profissional e de compreensão empática enquanto intervenção terapêutica.

Lins et al. (2018) citam Noronha (1999) para afirmar que no decorrer da avaliação psicológica poder-se-ão utilizar, ou não, enquanto recurso, os testes padrão de forma a alcançar os objetivos propostos. No decorrer do processo estão relacionados a recolha de dados, os instrumentos aplicados e as variadas formas de medida para a tomada de decisão no que concerne à intervenção.

É relevante considerar que, independentemente da idade do indivíduo, este está a passar por inúmeras mudanças, pelo que o terapeuta ao realizar a avaliação deverá ter em conta o desenvolvimento biopsicossocial assim como os contextos inerentes a esta, nomeadamente o micro e macro em que se encontra inserida.

Arcaro et al. (1999) indicam que no processo da avaliação psicológica são realizadas diversas entrevistas com a criança e os pais, para a recolha objetiva de dados inerentes à problemática indicada. Além do mais, são igualmente aplicados vários testes psicológicos à criança, pretendendo complementar os dados recolhidos através das entrevistas. Os testes poderão ser utilizados de forma a identificar e analisar atributos e distúrbios da personalidade do examinando, assim como as suas competências intelectuais.

Lins et al. (2018) indicam que dentre as entrevistas mais usadas (inicial, anamnese e devolutiva) pelo profissional, poder-se-á salientar a entrevista de anamnese, um meio relevante para a recolha do historial desenvolvimental da criança. Cunha (2000) salienta que a pesquisa da história clínica é uma tentativa de reorganizar os sintomas em determinado período e a evolução destes até ao período da avaliação. Para Tavares (2000), a anamnese é um instrumento relevante para a perceção de problemáticas desenvolvimentais. Nisto, é de salientar que na avaliação das crianças cujos testes psicométricos não estão disponíveis, a anamnese é um meio extremamente importante (Lins et al., 2018).

É de evidenciar as ideias de Cohen et al. (2014), que destacam que a entrevista implica bem mais do que um diálogo face a face. O psicólogo deverá atentar e perceber a linguagem corporal, a expressão não verbal assim como o contato visual do entrevistando. Segundo isso, é relevante considerar outra técnica com muita importância que é utilizada na avaliação psicológica, a observação. Esta deverá suceder desde o início até ao término. Para tal, o psicólogo deverá ter uma sensibilidade que permita captar algo relevante, mesmo não tendo sido revelado, de forma a melhor compreender a queixa. Leal (2008, p. 25) reforça, complementando com a ideia de que “a importância do ver, do olhar, do que decorre “entre vistas” numa reunião de carácter pessoal, parece querer indiciar que se trata de um encontro que pretende entrever, quer dizer, descobrir, aceder, mesmo que de uma forma rápida e pouco nítida, a qualquer coisa de essencial.” Este essencial, quando é exposto a uma observação atenciosa e holística do Outro, leva-nos ao que muito provavelmente todos intentamos ao nos relacionar com outrem, compreender verdadeiramente para além do convencional, dos estereótipos, da deseabilidade social que condiciona o discurso, os comportamentos, ações e condutas fiáveis ou sinceras, inerentes ao nível de confiança ou de verdade que o Outro nos apresenta.

Machado e Morona (2007) indicam que todas as técnicas são relevantes durante o processo para conhecer o outro, tendo em conta que a avaliação psicológica implica um planeamento apropriado, assim como a concretização cuidadosa do que foi planeado, bem como a inclusão e análise de todas as informações obtidas que possibilitarão a redação e entrega dos resultados da mesma.

De acordo com a OPP (2016), os psicólogos possibilitam informações objetivas sobre a natureza e a finalidade da avaliação, assim como as limitações dos instrumentos, os desenlaces e interpretações apresentadas ao sujeito ou ao representante legal, ou demais profissionais ou instituições cujos serviços de avaliação estão a ser prestados, nestes, com o consentimento do sujeito. De preferência, os psicólogos realizam uma entrevista para devolver o feedback da avaliação, previamente à entrega do relatório, onde são explicadas as informações concernentes ao relatório dando espaço para que o cliente possa manifestar as dúvidas e obter esclarecimentos. Quanto aos relatórios psicológicos, segundo a OPP (2016) estes devem ser documentos escritos de forma objetiva, rigorosa e inteligível para o recetor, elegendo a inserção de informação relevante que possibilite responder às questões e requisitos da avaliação que se considerem significativos. Os profissionais deverão considerar as consequências dos dados inseridos no relatório, considerando criteriosamente a particularidade das avaliações e perspectivas.

A OPP (2018), refere que a avaliação psicológica e psicopedagógica poderá envolver a avaliação funcional de sujeitos, grupos ou sistemas, que abarcarão as áreas do desenvolvimento, da aprendizagem assim como do comportamento, as dinâmicas da família, organizacionais e grupos educativos, assim como o bem-estar e a qualidade de vida. Dando lugar também à monitorização do desempenho e do progresso escolar. O apoio psicológico e psicopedagógico respeita à intervenção com crianças, jovens, adultos e idosos tendo como objetivo a promoção do bem-estar e funcionalidade do sujeito. Este representa uma relação de ajuda que intenta a superação dos problemas, assim como facilita a adaptação do sujeito às variadas situações em que se encontra e instiga os recursos pessoais, como por exemplo a autonomia, a autorregulação, entre outros, de forma a minimizar ou ultrapassar as dificuldades referidas, quer seja no âmbito académico-escolar, socio-emocional, comportamental, vocacional ou profissional. Poderá ainda também, ter como objetivo o desenvolvimento de competências que possibilitarão o sujeito no futuro a ter mais resiliência para as diversas adversidades.

Groth-Marnat e Wright (2016) afirmam que a avaliação psico-educativa das crianças deverá ser subdividida em duas fases. A primeira fase deverá avaliar o carácter e a qualidade do meio de aprendizagem da criança. Se esta não estiver num ambiente em que o ensino é de qualidade e adequado, naturalmente não se poderá contar com um bom desempenho. Logo, primeiramente, dever-se-á verificar que a criança mantém as dificuldades apesar de ter acesso a um ensino adequado. A segunda fase implicará testes de avaliação abrangentes, que incluirão avaliação das capacidades intelectuais, das competências académicas, comportamentos adaptativos e despistagem de quaisquer perturbações biomédicas que poderão afetar a

aprendizagem. No que concerne às capacidades intelectuais poderão incluir memória, organização espacial, raciocínio abstrato e sequenciação.

As ponderações iniciais de um caso de uma criança em contexto educacional são muito mais amplas do que simplesmente uma mera interpretação de resultados de testes. O relacionamento entre professor, família e aluno necessitam de ser avaliadas, concomitantemente com a qualidade do tipo de aprendizagem. Para além disto, os valores, a motivação e a perceção que a criança tem das duas capacidades deverão ser tidas em conta, assim como possíveis impedimentos biomédicos (Groth-Marnat & Wright, 2016). Cunha (2000), reforça a ideia referindo que o prognóstico desejado dependerá não apenas do tipo de quadro clínico, da seriedade e distúrbios, mas também de variados fatores circunstanciais, sejam do próprio indivíduo, do ambiente que ocorrem e acumulam-se no decorrer da infância prosseguindo para outras fases da vida do indivíduo.

Alchieri e Cruz (2010) afirmam que de um modo geral a avaliação psicológica consiste no conhecimento de acontecimentos e processos psicológicos através de métodos de diagnóstico e prognóstico, simultaneamente, aos métodos de teste propriamente ditos de forma a gerar as condições para avaliar e dimensionar os acontecimentos e processos psicológicos considerados.

Para além do referido, saliento o papel do psicólogo em contexto escolar que poderá possibilitar uma melhor compreensão sobre o procedimento da avaliação psicológica neste contexto.

O trabalho do Psicólogo numa escola é um trabalho que requer uma grande abrangência, uma vez que poderá passar pelas atividades da Psicologia Clínica, nomeadamente no que concerne ao acompanhamento psicológico, às avaliações psicológicas, mas também é um trabalho em que se poderão desenvolver outras competências, nomeadamente a formação, pois mediante a necessidade, existe a possibilidade de se desenvolverem ações de formação, para os professores, auxiliares ou para os alunos.

Estes desenvolvem um papel fulcral no que concerne às ações de formação, educação ou até de sensibilização, que se poderão direcionar para variados recetores no âmbito educacional, tais como profissionais de educação, outros técnicos especializados, as famílias e/ou cuidadores. (OPP, 2018)

Hutz et al. (2022) refere que a atuação do psicólogo na escola implica formação e método baseado em evidências que tencionam classificar os assuntos transversais à escola e que são solicitados ao profissional. Mäder (2016) indica que a psicologia no campo educacional valer-se-á das experiências científicas acerca do desenvolvimento humano no que concerne às

ocorrências afetivas, cognitivas e sociais. Gonzatti et al. (2011) referem que a avaliação psicológica em contexto escolar poderá ser um serviço que surgirá para o psicólogo escolar, através de uma parceria entre as famílias, educadores e/ou educandos, podendo ser efetiva e oferecer benefícios proporcionando saúde aos envolvidos, contrariamente ao modelo vigente que estigmatiza e descarta.

De acordo com Sattler (2008, 2014, citado por Groth-Marnat & Wright, 2016) os psicólogos são muitas vezes solicitados de forma a avaliar as crianças que estão com dificuldades, ou que poderão necessitar de necessidades especiais, no sistema educacional. Tem como principal objetivo avaliar a origem e a dimensão das dificuldades de aprendizagem da criança, considerar os pontos fortes e as limitações intelectuais, avaliar as dificuldades de comportamento, desenvolver um plano educacional, considerar a capacidade de resposta da criança à intervenção, e sugerir eventuais alterações ao programa ou realocação da mesma.

De acordo com a OPP (2018), a utilidade dos Psicólogos em contexto escolar é potenciada pela prevalência das perturbações mentais, das perturbações comportamentais assim como os distúrbios sociais que atingem crianças e púberes, que vem aumentando ao longo dos anos, cuja prevalência atual é de uma em cada cinco crianças/púberes apresentam perturbações deste âmbito. Para além da alta prevalência, estas perturbações evidenciam uma elevada resistência e são constituintes de uma das primordiais detentoras das patologias de Saúde Mental na idade adulta, refletindo consequências a nível individual, familiar e social que são consideráveis nos domínios da educação, da saúde e da justiça, tendo repercussões económicas desmedidas. No que concerne ao impacto destas no desempenho escolar, é efetivamente alarmante, dado que há uma associação a um desempenho escolar reduzido (decremento das competências intelectuais e emocionais), a condutas disciplinares (tais como o Bullying na escola), às ausências sistemáticas, retenção e ao abandono escolar.

Segundo a OPP (2018) a intervenção desenvolvida pelos Psicólogos nas escolas tem evidenciado um aumento da satisfação escolar e pessoal; apurar a regulação das emoções assim como as técnicas para resolver os problemas; reduzir o bullying bem como a agressão; aumentar o empenho e envolvimento escolar; beneficiar o desempenho escolar e reduzir o absentismo e a desistência escolar; diminuir as problemáticas de aprendizagem assim como as emocionais (tais como a depressão e ansiedade), bem como as condutas de risco para a saúde (ex. o tabagismo, a gravidez precoce ou o abuso de bebidas alcoólicas e de substâncias). Quanto ao âmbito de atuação este é alargado, na medida em que os Psicólogos desempenham funções díspares, que incluem a avaliação psicológica e psicopedagógica, tendo como objetivo a identificação e análise das causas do insucesso ou a dificuldade de adaptação escolar de forma

a propor as medidas e soluções educativas que serão apropriadas. Desempenha também o acompanhamento psicológico e psicopedagógico, com o objetivo da promoção desenvolvimental, do êxito escolar, da saúde e do bem-estar inerente a todos os alunos; a orientação de carreira, de forma a sustentar os alunos que se encontram no processo desenvolvimental identitário, de autonomia e de competências para a gestão profissional.

Porém, os Psicólogos Escolares e da Educação deverão exercer influência nos contextos que irão promover na íntegra o desenvolvimento do indivíduo, para tal deverá haver priorização de ações, tais como, prevenir e promover a saúde psicológica escolar, tendo como objetivo estimular o desenvolvimento e o seu funcionamento ótimo nas mais variadas dimensões (tais como, escolares, sócio emocionais, comportamentais e as vocacionais) de forma a evitar circunstâncias adversas; e a consultadoria colaborativa aos docentes ou demais profissionais tais como os pais e/ou encarregados de educação, de forma a aumentar a possibilidade para abranger todos os indivíduos integrantes do sistema educativo do sistema de educação inclusiva de forma a proporcionar um ambiente adequado para uma aprendizagem benéfica, segura e salutar. (OPP, 2018)

Por fim, é de salientar algo relevante no que concerne aos princípios deontológicos, que segundo Gonzatti et al. (2011) o psicólogo deverá estar alerta, pois em todo o processo de avaliação que este está a realizar, deverá cumprir os princípios do código de ética.

Em suma, os Psicólogos Escolares e da Educação são profissionais que promovem o desenvolvimento cognitivo, social e emocional dos discentes, em colaboração com os docentes e não docentes, familiares e demais intervenientes no processo de educação, com o objetivo de proporcionar ambientes adequados e salutareos, preferencialmente através de um trabalho com enfoque preventivo, que promova as competências e que seja de consultoria, ao invés de uma intervenção remediativa e direta (conquanto estas surjam sempre que seja indispensável). (OPP, 2018)

1.4.2 Abordagem Centrada na Pessoa

No seguimento do estágio, a abordagem inspiradora da intervenção terapêutica foi a Ludoterapia Centrada na Criança, que tem proveniência da Abordagem Centrada na Pessoa, pelo que será pertinente aprofundar a mesma de forma a contextualizar o trabalho.

Santos (2004) indica-nos que a Abordagem Centrada na Pessoa está inserida na corrente da Psicologia Humanista, e que esta se desenvolveu a partir da década de 40 nos Estados Unidos

da América. Surge enquanto resistência às técnicas e teorias que então comandavam a Psicologia e Psicoterapia (Comportamentalismo e Psicanálise), neste seguimento Carl Rogers (1902-1987) introduz na psicoterapia uma nova visão do Ser Humano e, por consequência, um modo diferente de compreender a pessoa que solicita ajuda e a relação terapeuta-cliente, ou seja, uma abordagem que é não-diretiva na relação de terapia. Segundo Santos (2004), a Abordagem Centrada na Pessoa surgiu enquanto resistência aos modelos psicanalíticos e comportamentalistas apresentando uma inédita forma de ver o ser humano em que surge um novo método de terapia: a Terapia Centrada na Pessoa.

Segundo Rogers (1992, citado por Lisboa et al., 2021) a abordagem foi inicialmente chamada de Terapia Centrada na Pessoa, e pressupõe o entendimento fulcral de que o ser humano é capacitado por uma aptidão natural de desenvolvimento. Desta forma, a Abordagem Centrada na Pessoa inclina-se para a ideia de tendência atualizante, que é fundamentada pelo desenvolvimento do ser humano que implica a sua identificação e aceitação de si mesmo (*self*), para além das suas escolhas fidedignas em concordância com o seu verdadeiro eu. Ao agir de forma incongruente com o *self* real ou de forma a acolher as expectativas dos outros, iria acarretar um sofrimento emocional, impedindo o real potencial existente na pessoa. Na realidade, a relação terapêutica é regulada pela empatia; de forma não diretiva, o terapeuta irá acolher o cliente sem juízos, buscando facilitar as vivências e *insights*, de forma ao cliente conseguir a sua independência, ou seja, quando o cliente entender que tem as competências necessárias para seguir em frente sabendo fazer as suas escolhas sem necessitar deste suporte.

De acordo com Messias e Cury (2006), Rogers desenvolveu um novo sentido de valorizar o cliente - através do modo como praticava psicoterapia, uma vez que extinguiu a expressão “paciente” de forma a evitar o sentido à enfermidade e passividade - assim como da relação terapêutica em si, dado que existia uma pesada hierarquização de papéis. Para além disto, no que concerne às condições primordiais para a modificação terapêutica foram reproduzidas por ele de uma forma extremamente clara.

Rogers (1992) salienta que na prática terapêutica é necessário constatar as atitudes, os conflitos, as ambivalências, os sentimentos e a compreensão adequada explícita do outro desprovidos dos obstáculos emocionais e desta forma preparar o caminho para a aceitação do *self*, doravante entendidos de forma mais fácil. Conseguindo-se desta forma uma reestruturação funcional integrada da pessoa. Afirma que a psicoterapia trabalha essencialmente com a estrutura e o funcionamento do *self*. Existem variados elementos práticos que o *self* não tem como confrontar, não tem como entender com clareza, pois confrontá-los ou reconhecê-los seria incongruente e perigoso para a estruturação do *self*.

Rogers (1983) salienta que os sujeitos têm em si inúmeros recursos para o autoconhecimento e para a alteração dos autoconceitos, dos comportamentos e das condutas autônomas. Tais recursos poderão ser acedidos se houver condições passíveis de definição, de comportamentos psicológicos facilitadores. Existem três requisitos necessários para que se propicie um clima favorável para o desenvolvimento. Estes requisitos (a congruência, o cuidado incondicional e a compreensão empática), aplicam-se independentemente de ser um relacionamento terapeuta-paciente, ou líder-grupo, diretor-equipa. Estes empregam-se, na verdade, seja qual for a circunstância em que tenha como principal finalidade o desenvolvimento do sujeito.

Para Hipólito (2011) a Abordagem Centrada na Pessoa possibilita-nos a interpretação do diálogo do cliente, atentando para não o alterar com as nossas (dos terapeutas) significações pessoais. Se o interveniente for facilitador para a transformação, o Outro, seja este um cliente singular ou grupal, paciente ou estudante, permanecerá continuamente enquanto âmbito preferencial para a tomada de decisão ou avaliação. O autor refere ainda que, no que concerne ao exercício dialogal quando este é centrado na relação possibilita compreender a percepção e a implicação do sujeito ou do grupo relativamente ao sistema ou objeto, considerando-a a partir do seu universo pessoal, ao passo que a metodologia das ciências humanas possibilita recolher informações acerca do “objeto real”.

Neto et al. (2018) indicam que no que concerne à Abordagem Centrada na Pessoa, ao se falar no “*self*” existe um hábito recorrente de questionar o modo como o cliente se entende. Assim sendo, a idealização do “*self*” para Rogers consiste num formato experimental, isto é, existe uma complexidade de sentimentos, comportamentos e noções que o cliente define enquanto seus. Dever-se-á ainda considerar que o “*self*” tende a conscientizar a si mesmo. Atendendo às alegações de Rogers ao longo das suas obras, é possível caracterizar a reestruturação psicológica através da correspondência entre o “*self*” e o “*self ideal*”, uma vez que esta é compreendida enquanto “conjunto das características que o indivíduo desejaria poder reclamar como descritivas de si mesmo” (Rogers & Kinget, 1977, p. 165).

Neto et al. (2018) referem ainda as condições que, segundo Rogers, são as necessárias para que exista uma relação terapêutica, de forma a contribuir no processo de mudança da personalidade, nomeadamente a congruência, a consideração positiva incondicional e a compreensão empática.

Para Santos (2004) a finalidade da relação terapêutica consiste na recuperação da convenção entre experimentar a pessoa como um todo e a consciência do *self*, permitindo ao cliente uma maturidade e desenvolvimento normativo. Com esse objetivo, a forma como o

terapeuta atua deverá ter em conta três atitudes que consistem nas condições necessárias para que se desenvolva uma relação potenciadora à transformação construtiva, a compreensão empática, o olhar positivo incondicional e a congruência. Rogers (1992) ressalva que em todos os processos psicoterápicos, o terapeuta tem um papel de grande relevância da equação humana. O que ele exerce, a atitude que conserva, as ideias essenciais referentes ao papel desempenhado têm considerável influência na terapia.

Rogers (1983) evidencia que o terapeuta entende diligentemente quais os sentimentos e conceitos próprios que o cliente está vivenciando e devolve-os através de respostas de compreensão empática. Quando este se encontra na sua melhor forma, poderá adentrar tão intimamente no mundo interno do cliente que poder-se-á tornar apto para esclarecer o que se encontra no consciente bem como o que se encontra no inconsciente. Esta capacidade de escuta ativa e sensibilidade é excepcionalmente rara nas nossas vidas. Pois, consideramos que estamos a ouvir, contudo, muito esporadicamente ouvimos e entendemos efetivamente, com autêntica empatia. Porém, esta forma tão incomum de ouvir é uma das forças impulsionadoras mais poderosas que o autor conhece. O autor resume evidenciando que quando as pessoas se sentem aceites e consideradas, estas tendem a progredir numa crescente estima de si mesmas. Ao serem ouvidas de uma forma empática, dá-lhes a possibilidade de se ouvirem com mais cuidado o curso das suas experiências internas. Conforme o cliente se compreende e valoriza o seu eu, este tornar-se-á mais congruente relativamente às suas próprias vivências.

Rogers (1983, p. 45) salienta que “o primeiro elemento poderia ser chamado de autenticidade, sinceridade ou congruência.” Na medida em que o terapeuta for ele próprio na relação com outrem, quanto mais tiver capacidade para afastar os entraves profissionais ou pessoais, maior a viabilidade para que o cliente se transforme e exista um crescimento construtivo. Isto significará que o terapeuta está vivenciando francamente os sentimentos e comportamentos que emanam do momento. A expressão “transparente” evidencia bem o sentido desta condição, em que o terapeuta se torna transparente para o cliente. Em que o cliente pode verificar manifestamente o que o terapeuta é no relacionamento. De igual forma para o terapeuta, poder-se-á tornar claro o que o cliente está a viver, poderá ser vivenciado na relação, e se necessário, partilhado. Ou seja, existe uma enorme ligação, ou congruência, entre o que está a ser vivido de forma profunda, o que está consciente e o que está a ser apresentado pelo cliente.

De acordo com Nunes et al. (2018) a segunda condição concerne ao estado de incongruência do cliente. Inúmeras vezes ouve-se dizer que não é possível ajudar quem não considera que necessita de ser auxiliado. Este argumento evidencia bem a forma de pensar de

Rogers, ou seja, o êxito ou o desenrolar de uma psicoterapia apenas sucede ou torna-se viável, se o cliente reconhecer de forma responsável a sua fragilidade, e por consequência, declarar o seu pedido de ajuda, esforçando-se e assumindo o compromisso no desenrolar do processo psicoterapêutico. As terceiras, quarta e quinta condições, referidas regularmente como “core conditions”, concernem-se às condutas relacionais que o terapeuta deverá incluir no desenrolar da ação psicoterapêutica e que, por consequência, manifestam a segurança nas competências de auto-organização da pessoa inclusa na relação. Sendo cada uma destas pertencentes, a conduta congruente do terapeuta no momento presente da relação (Hipólito, 2011), a manifestação do cuidado incondicional positivo pela individualidade do cliente com que interage e o modo como empaticamente tenta alcançar o mundo particular do outro. Ao aceitar a sexta condição na íntegra, numa perspectiva relacional, cliente-terapeuta, o mundo etéreo do cliente e a exteriorização da compreensão e consideração pelo terapeuta, ambos vão desenvolvendo uma ligação relacional que cria vínculos no desenrolar do processo terapêutico. Para esse propósito, é fulcral uma conduta empática por parte do terapeuta para com o mundo individual do cliente, porém é fundamental compreendê-lo e comunicá-lo através da devolução de respostas de compreensão empática. Relativamente ao panorama da intervenção terapêutica, Rogers acreditava que as condutas relacionais do terapeuta eram indispensáveis e agente para um favorável progresso no processo de ajuda. Ocupou-se de forma exaustiva quanto às atitudes nodais, as core conditions, de certa forma, representam as convicções filosóficas que orientam a sua forma de pensar no que concerne à sua forma de ver o ser humano. Sendo estas, a compreensão empática, a congruência e o cuidado incondicional positivo.

Para Neto et al. (2018) a ideia de Tendência Atualizante, que concede ao sujeito a motivação substancial para a concretização, conservação e melhoramento do “*self*”. É apropriado salientar que quando existe acordo entre o “*self*” e as próprias vivências, o sujeito acha-se congruente; contudo, ao existirem discrepâncias, o sujeito tem a tendência em manter-se num estado de incongruência. Deste modo, quando o sujeito está numa condição de desacordo, este encontra-se acessível à angústia. O autor refere ainda que poder-se-á compreender que a Tendência Atualizante é o mais relevante alicerce da abordagem psicoterapêutica de Rogers, que apontaria para além das necessidades básicas do indivíduo, também as mais complexas.

Santos (2004) refere que o fator crucial para que a criança se possa sentir aceita e amada de um modo incondicional advêm da presença de um contexto de relacionamentos interpessoais que possibilitem a evolução da personalidade de forma que a tendência natural se possa atualizar.

Quanto à atitude não-diretiva, Santos (2004) evidencia que é nesta que obtém a sua evidência teórica, referindo que no que concerne ao terapeuta, este compete-lhe somente gerar as condições para que no decurso da relação o sujeito possa reestruturar-se e recuperar o próprio rumo. A autoridade que lhe é conferida, assim como a responsabilidade inerente ao respetivo processo de mudança, refletem um encorajamento à sua independência. Hipólito (1999) salienta que Rogers foi desenvolvendo de forma progressiva e pragmática uma forma de intervir gradativamente mais “não diretiva”, ao utilizar métodos de reformulação e conscientização dos sentimentos, estabelecidos num propósito de uma melhor aceitação dos sentimentos do cliente por meio do terapeuta.

No que respeita à compreensão empática, dirigida pela base da não-diretividade, Santos (2004) indica que esta tem como finalidade a transmissão de informações e circunstâncias que proporcionam a prática da competência de auto-direção. Tornando-se a relação, num fim por si mesma.

Nunes (1999) salienta que Rogers enquanto terapeuta não pretende fazer “reformulação de sentimentos”, mas tenta entender se a sua compreensão do mundo interior do cliente está certa – se está a compreender o seu mundo tal e qual este o está a vivenciar naquele instante. Todas as suas respostas abarcam uma questão não explícita, “É isso que se passa dentro de si? Será que cheguei à compreensão exata da cor, da textura e do gosto daquilo que experiencia neste momento? Se não, gostava de ver, em paralelo, a minha compreensão e a sua.” (p.5)

Rogers (1983) refere que o segundo procedimento relevante para o desenvolvimento de um clima que favoreça a transformação é a aceitação, a atenção ou a importância - aquilo que apelida de “aceitação incondicional”. Quando o terapeuta tem uma atitude positiva, aceitante, relativamente ao que o cliente está a *ser* no momento, a hipótese de suceder uma ação terapêutica ou uma transformação exponencia. O desejo do terapeuta é que o cliente possa expressar o seu sentir daquele momento específico, não importa qual – confusão, mágoa, pavor, intrepidez, amor ou regozijo. Esta curiosidade por parte do terapeuta não é possessiva, pois este tem uma atenção integral e não condicionante para com o cliente.

Segundo Santos (2004) o olhar positivo incondicional é um autêntico acolhimento do outro de forma contínua, apesar daquilo que o cliente poderá revelar acerca de si, respeitante à forma como este acompanha o processo terapêutico (conteúdos debatidos, ritmo do progresso, deliberações, entre outras), é o reconhecer do seu direito ao que é diferente assim como à capacidade de ser autónomo.

Neto et al. (2018) salientam que através da percepção Rogeriana, quando o cliente se envolve no processo de entender e de se considerar a si mesmo, provavelmente, o

comportamento tornar-se-á congruente com as vivências. Os autores salientam ainda que consideram dois entendimentos relevantes provenientes das referidas condições: o primeiro, implica um particular cuidado quanto às questões emocionais, que potenciam a destabilização do indivíduo que se encontra em processo de evolução e que são abordados pelo cliente na relação; o segundo, ao destacarem a relação terapêutica por si mesma, produzido através do encontro entre terapeuta e o cliente, onde ambos terão a tendência para se desenvolverem no desenrolar da relação.

De acordo com Rogers (1992) através da relação terapêutica, verificar as suas atitudes, distúrbios, incertezas, sentimentos e entendimentos que são exibidas por outra pessoa, contudo livres dos obstáculos emocionais, é ver-se a si mesmo de forma objetiva, e desta forma existe uma preparação para o próprio rumo da aceitação, no interior do *self*, que desta forma são entendidos de uma forma mais clara. Beneficiando assim, a reestruturação e o funcionamento mais assimilado do *self*.

Neto et al. (2018) referencia Rogers (1983, p. 39) para evidenciar que

a pessoa torna-se então mais verdadeira, mais genuína. Essas tendências, que são a recíproca das atitudes do terapeuta, permitem que a pessoa seja uma propiciadora mais eficiente de seu próprio crescimento. Sente-se mais livre para ser uma pessoa verdadeira e íntegra.

Nunes (1999) salienta que da perspectiva do cliente, os terapeutas refletem toda a experiência do cliente. Os sentimentos e os conceitos pessoais afiguram-se mais nitidamente ao serem refletidos e visualizados pelos olhos de outrem. A autora refere ainda que existe a necessidade, enquanto terapeuta, de colocar de parte os juízos e valores de forma a alcançar assertivamente o significado correto que o cliente vivencia naquele instante.

Rogers e Kinget (1977, p.39) afirmam que essa abordagem parte do seguinte princípio:

Todo ser humano tem a capacidade de compreender-se a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado. (...) Ele tem igualmente uma tendência para exercer esta capacidade. (...) Esta capacidade é entendida como integrante de seu conteúdo natural, (...), mas a atualização eficaz desta potencialidade não é automática.

1.4.3 Intervenção com crianças através da Ludoterapia

Após a compreensão da avaliação psicológica e da Abordagem Centrada na Pessoa, é igualmente relevante contextualizar a forma de intervenção com crianças através da ludoterapia centrado na criança.

“A intervenção com crianças possui o outro lado, a descoberta fascinante de outras formas de ver o mundo, sentir o mundo, experienciar cada pedacinho da realidade de forma quase incompreensível para os adultos.” (Brites, 2002, p. 74)

Na opinião de Santos (2018), atualmente, o brincar é parte integrante da maior parte dos processos psicoterapêuticos infantis, tendo como base um sólido e coeso quadro teórico. Neste sentido, haverá um debruçar sobre este tema, no sentido de compreender como o mesmo surgiu, e quais as diretrizes para a sua aplicação e por consequência sucesso no processo terapêutico.

Segundo Rogers (1992) a ludoterapia aparentemente terá tido origem através das tentativas para a aplicação da terapia psicanalítica a crianças. Ao analisar os adultos, verificou-se um propósito relevante da terapia freudiana na tentativa de conscientizar vivências reprimidas, para além de viver novamente os sentimentos associados através de uma relação terapêutica “anti-séptica”. Uma forma básica para se alcançar resultados com os adultos foi através da associação livre, contudo verificou-se que as crianças se recusavam a praticar associações livres.

Santos (2018) refere que a ludoterapia foi inicialmente ensaiada enquanto possível substituta para a técnica de associação livre. Recorrer à atividade lúdica no contexto clínico, evidenciou-se crucial para aceder às necessidades, interesses, aflições e comportamentos das crianças, que consideram uma forma mais agradável e livre sem receios de críticas ou condenação.

De acordo com Santos (2018) foi nos anos 40 do Séc. XX que surgiu a corrente Rogeriana, de Rogers, e neste seguimento, enquanto sua estudante, Virginia Axline, iniciou a corrente de ludoterapia não diretiva, que posteriormente ficou conhecida como Ludoterapia Centrada na Criança (Axline, 1947/1989), tendo Axline procedido à aplicação dos princípios da terapia de Rogers que era aplicado em adultos nas crianças. O autor refere ainda que os propósitos da Ludoterapia para Axline, eram semelhantes aos propósitos basilares da terapia centrada no cliente.

Para Rogers (1992), a ludoterapia tem como base o pressuposto da capacidade do sujeito para o progresso e autodireção. Axline (1984) indica que a ludoterapia tem como base a noção de que o jogo é o ambiente natural para que a criança se possa exprimir. É uma ocasião em que a criança se poderá libertar dos sentimentos e dificuldades por meio do brinquedo, na mesma medida em que para o adulto, este vai resolvendo os seus problemas através do diálogo. Brites (2002) reforça a ideia ao indicar que as crianças tendem, de forma espontânea, a utilizar o brinquedo e o jogar como o modo de se exprimirem, pelo que o método de intervenção que

faria sentido com este grupo é efetivamente a atividade lúdica, dado que é um meio favorecido e frutífero que nos permite conectar com o universo da criança, nomeadamente com as suas experiências, afetos, receios e problemas.

Segundo a ótica de Landreth (1990) através do relacionamento terapêutico a criança transportará o terapeuta para o lugar onde ela necessita de estar, levando este a considerar a sabedoria da criança. Para este autor, a criança acrescenta à relação com o terapeuta uma enorme e rica série de perspectivas emocionais que deverão ser equacionadas por este, dando espaço à criança para direcionar o desenvolvimento terapêutico.

Para Landreth (2012), o que não é viável de se controlar na realidade, possibilita o controlo através do brincar, possibilitando desta forma, a elaboração das experiências reais significantes. O autor considera que o brincar significa para a criança o que o verbalizar significa para o adulto, ou seja, é uma forma de expor os sentimentos, para sondar as relações, para relatar as vivências e para exteriorizar sonhos.

Colovini e Bertolin (sd) citam Moustakas (1953) para indicar que a ludoterapia centrada na criança não tem como base técnicas, mas sim condutas terapêuticas vividas genuinamente pelo terapeuta. No âmbito de qualquer encontro terapêutico encontram-se os atos básicos de fé na aptidão da criança para descobrir um caminho salutar, a aquiescência das ações e discursos da criança, assim como o apreço pelo estilo, especificidade, forma de ser e de se exprimir. O componente terapêutico encontra-se na relação que é estabelecida entre a criança e o terapeuta. É através do experimento de ser aceite e reconhecida de forma incondicional que possibilita a libertação da capacidade de crescimento da criança assim como a transformação terapêutica.

Axline (1984) refere que a ludoterapia não-diretiva poder-se-á descrever enquanto uma possibilidade que é oferecida à criança para que possa crescer sob circunstâncias mais favoráveis. É relevante termos uma definição/conceito para uma melhor compreensão desta intervenção psicológica.

Landreth (2012) salienta que é necessário primeiramente compreender a complexidade da Ludoterapia Centrada na Criança, que se baseia na crença de que cada sujeito tem uma potente força, em particular as crianças, que continuamente é utilizada no sentido de se obter uma total autossatisfação e desenvolvimento do sujeito. Landreth (2012) faz referência a Axline (1947/1989) para evidenciar que poder-se-á caracterizar esta força como uma propensão para a maturidade e emancipação, necessitando de algumas condições primordiais para que exista equilíbrio no decorrer do seu caminho, nomeadamente a necessidade de se sentir segura; autoconfiança; sentir que é aceite e que pertence; sensatez; sentir que é autónoma; ter consciência de si mesma e adaptabilidade.

Santos (2018) indica que esta força aumenta de forma implacável com o objetivo de ser bem-sucedida, contudo, há a necessidade de ter um terreno fértil de forma a progredir através de uma estrutura sensata. Ao haver um bloqueio através do meio externo, estabelecer-se-á frustração e demais perturbações inerentes. Surgirão, nesse instante, sintomatologias de mal-estar, de algo que dificulta o desenvolvimento apropriado da criança. Contudo, esta força não é travada, e a criança batalha no sentido de recompor as condições perfeitas, o que, muitas vezes, só acontece quando esta se vira para si mesma e se afasta progressivamente da realidade.

O autor refere também que de forma a não surgirem estes sintomas, é fundamental haver autoconfiança considerável para que a criança prossiga o seu rumo e o conduza para alcançar o seu objetivo de autorrealização. A autoconfiança surge, principalmente, do amor, da sensação de segurança, ao sentir que é aceito e que pertence, assim como através da responsabilidade, independência e da autoconsciência. Sendo também desenvolvida através dos relacionamentos com outros membros que são significantes, nomeadamente os pais ou demais educadores, sendo estes as figuras com maior relevância. (Santos, 2018)

Axline (1984) salienta que para se construir o *rapport* na condição psicoterapêutica, é necessário que se estabeleça com a criança uma relação cálida e amistosa, porém, de um modo equilibrado. O terapeuta deverá permanecer atento ao tom de voz bem como às intervenções de forma a impedir qualquer tipo de direcionamento no que concerne à conduta da criança e ao expressar dos seus sentimentos. VanFleet, Sywulak e Sniscak (2010, citados por Freire & de Brito, 2014) vão mais adiante do que Axline ao referir que para construir um relacionamento com a criança, está implícito escutar as suas carências e assisti-la com respostas de compreensão empática.

Axline (1993) quando fala acerca da aquiescência total da criança, inicia uma diversidade de opiniões acerca de uma questão que, mais adiante, na abordagem de Rogers, se vem a chamar de consideração positiva incondicional, isto é, a inevitabilidade de abster os juízos de valor, quer sejam positivos ou negativos. Esta aceitação está implícita para tudo o que a criança irá expressar ao longo da sessão. O terapeuta deverá manter-se sereno e afável, porém jamais agitado. Deverá de igual forma manter as suas respostas controladas em frente à criança.

Freire e de Brito (2014) salientam que desde miúdo, o ser humano, sente a falta de crescer em condições benéficas para que não tenha a tendência de abandonar o processo de análise experiencial organísmico.

De acordo com Santos (2021), de um modo geral, os terapeutas estão habilitados para ouvir as lamúrias dos adultos, tendo mais dificuldade para o diálogo com as crianças. Sob outra perspetiva, como por norma os distúrbios de saúde mental das crianças são identificados com

base nas apreensões dos adultos, é normal que o foco do terapeuta se foque neste. Sendo frequente, a ausência de envolvimento da criança nos assuntos que lhe concernem.

Landreth (2012) indica algumas conjecturas base acerca das crianças que deverão ser levadas em conta e respeitadas, de forma que a técnica se desenvolva com sucesso. Deste modo, as crianças: não são mini adultos; são indivíduos e experimentam sofrimento e felicidade profundas; são seres únicos e essa singularidade deve ser aceita; têm uma enorme aptidão para vencer obstáculos; têm a capacidade de gerir o seu universo de formas engenhosas; a sua forma natural de dialogar é através do brincar; possuem o direito de permanecer em sigilo; aproveitam as sessões terapêuticas para atingirem o que necessitam; de forma alguma poderão ser alvos de desenvolvimento acelerado.

Os princípios básicos da Ludoterapia Centrada na Criança, foram inicialmente criados e adaptados pela Virginia Axline, e posteriormente desenvolvidos por vários autores, inclusive pelo seu seguidor Landreth, anteriormente referenciado. Estes princípios consistem em oito, devendo ser seguidos de forma “genuína, sincera e consistente”: (a) criar um relacionamento afável e tranquilo com a criança, instituindo um diálogo positivo o quanto antes – o contato introdutório é fulcral para a construção do relacionamento e aliança terapêutica, que são fundamentais para o êxito da intervenção. O sorriso do profissional e direcionamento das palavras à criança são essenciais na primeira sessão; (b) acolher a criança tal e qual como é – a conduta do profissional deverá espelhar em todo o tempo uma total aceitação da criança. Desta forma, o profissional jamais deverá demonstrar inquietude, julgamento ou advertência, quer seja direta ou indiretamente; (c) criar um relacionamento de aceitação com a criança, de forma a possibilitar liberdade para a criança se expressar – o profissional deverá aguardar que a criança tome a iniciativa, espelhando os seus sentimentos, comoções e os comportamentos que forem sobressaindo. Logo de início, dever-se-á transmitir à criança que as suas competências para tomada de decisões e obrigações são tidas em conta; (d) acolher o sentir da criança, espelhando-o com compreensão – resume-se a parafrasear o que é comunicado pela criança, de forma a prestar acompanhamento e a compreendê-la tal e qual como ela se entende e compreende o mundo. (e) considerar as competências que a criança tem para solucionar as suas próprias adversidades, dando-lhe a possibilidade, de escolher e mudar – a transformação, se existir, deverá advir da criança, como consequência do *insight* alcançado, da sua reestruturação e maturação no decorrer do processo terapêutico. (f) não direcionar os comportamentos ou diálogos da criança, uma vez que esta é que deve apontar o rumo e o terapeuta deverá segui-la – o profissional, deverá ser acima de tudo, um reflexo que espelha a criança, assim como as suas atitudes emocionais. Não sendo nem professor, pai ou mãe suplente. Primeiramente, a

criança necessita de aprender a lidar com a novidade, o novo ser humano, que já não encaixa em qualquer dos modelos que lhe são conhecidos. (g) não acelerar a terapia, dado que este é um procedimento progressivo que o profissional entende e consente – tanto a criança quanto a terapia não poderão ser aceleradas, dado que isto apenas produzirá retraimento. Quando a criança se encontrar disposta para expor os seus sentimentos, comoções, aflições e receios ao terapeuta, esta fá-lo-á. (h) determinar somente as limitações necessárias de forma a preservar a realidade e conscientizar a criança das suas obrigações – estes limites estipulados na ludoterapia centrada na criança não são muitos, porém, são muito significativos. Há normas que deverão ser obedecidas no que concerne ao *setting* e aos equipamentos que serão utilizados. As inteirezas físicas, tanto da criança quanto do profissional, deverão ser continuamente respeitadas. O desrespeito terá de ser parado imediatamente. Contudo, se isto suceder, o terapeuta terá de considerar qual o motivo que poderá ter quebrado a aliança terapêutica ou que impediu que esta se estabelecesse. (Santos, 2018)

Quanto ao *setting* e os materiais, tal como em qualquer técnica psicoterapêutica, existe um *setting* específico da Ludoterapia Centrada na Criança, embora estando sujeito a ligeiras modificações consoante os contextos e as possibilidades inerentes.

Para Santos (2018) por muito que seja adequado ter um espaço reservado para a Ludoterapia, tal não significa que seja imposto. Contudo, deverão cumprir-se alguns aspetos: insonorização do local; lugar com pouco mobiliário e sem ornamentação supérfluo; as paredes e o chão deverão ser laváveis e duradouros; o local deverá ter espaço suficiente para considerar o movimento da criança, contudo, não em demasia, pois correr-se-ia o risco de causar dispersão e embaraço para o profissional conseguir acompanhar a criança. Os entretenimentos e brinquedos que criam direcionamento no brincar da criança, tais como jogos de tabuleiro e com regras, dever-se-ão evitar. Os objetos apenas serão pertinentes se possibilitarem a projeção da criança. O profissional não direciona o brincar em qualquer momento e em nenhum rumo. A oportunidade de brincar de forma livre, ao que lhe apetecer e da forma que entender, facilitará o exprimir e projetar das emoções e sentimentos. Simultaneamente, a criança experimenta um período em que se sente independente e autónoma. Apenas efetuará e dirá o aquilo para o qual está apta – por este motivo, a Ludoterapia não diretiva é centrada na criança ao invés de ser no profissional.

Freire e de Brito (2014) salientam que no que concerne à comunicação com a criança, esta deverá ser da criança para o terapeuta ao invés do inverso. Neste sentido, realizar uma sessão com uma criança, mais do que com um adulto, é necessário ter a capacidade para lidar com a singularidade em pleno radicalismo.

Rogers (1992) evidencia que é fundamental que o profissional tenha uma comunicação respeitosa, de forma que a criança que se encontra na circunstância possa ser o seu autêntico *self*. O autor refere ainda que, a receptividade que o terapeuta manifesta pelos direitos da criança de poder sentir exatamente aquilo que sente não envolve qualquer tipo de atitude em concreto. O Refletir e elucidar dos sentimentos auxiliam a criança a emergir o que sente, lugar onde estes poderão ser observados. Ao sentir-se compreendida, a criança inclina-se a apresentar materiais cada vez mais íntimos. Dado que o terapeuta espelha sentimentos que poderão ser positivos, negativos ou imprecisos, independentemente do objeto inerente aos sentimentos ou ao número de vezes que sucedem, qualquer conduta ou conteúdos próprios serão considerados acima de qualquer coisa. A opinião do terapeuta não se torna conhecida para a criança, de forma alguma. Uma vez que não existem elogios nem advertências, as exteriorizações da criança serão definidas pelas suas carências ao invés das persuasões do profissional.

Segundo Hall (2019, citado por Pires & Paulino, 2022), na ocasião em que a criança se encontra exposta a um ambiente familiar que é emocionalmente negativo, em que existem conflitos interparentais ou até mesmo violência doméstica, regularmente associado a um segredo da família, nas etapas prematuras do desenvolvimento, esta terá a tendência a gerar mais distúrbios psicológicos, hostilidade e uma baixa autoestima. A ludoterapia centrada na criança apresenta-se eficiente numa intervenção precoce com crianças que têm distúrbios internalizados e externalizados, possibilitando a exteriorização de forma livre dos seus obstáculos, vivências e emoções, sem experienciar uma traição para com a família ou o ter de escolher um dos lados.

Santos (2018) refere que existem variados estudos que evidenciam os efeitos positivos que a ludoterapia centrada na criança têm com qualquer tipo de criança, à exceção das que têm autismo ou psicoses infantis, nomeadamente:

melhorias na tricotilomania (Barlow, Strother & Landreth, 1985); Melhorias no mutismo seletivo (Barlow, Strother & Landreth, 1986); Redução da agressividade e de comportamentos de *acting-out* (*i.e.*, passagem ao ato) (Dogra & Veeraghaven, 1994; Hannah, 1986; Johnson & Nelson, 1978; Kaczmarek, 1983; Willock, 1983); aumento da adaptação emocional em crianças que vivenciaram o divórcio dos pais (Burroughs, Wagner & Johnson, 1997 Mendell, 1983); aumento da adaptação emocional em crianças vítimas de abuso e de negligência (Mann & McDermott, 1983; Perez, 1987); aumento da adaptação emocional em crianças vítimas de abuso sexual e em crianças expostas a violência interparental (Kot, Landreth & Giordano, 1998; Saucier, 1986; Tyndall-Lind, Landreth & Giordano, 2001); redução do stresse e da ansiedade em crianças hospitalizadas (Clatworthy, 1981; Daniel, Rae, Sanner, Upchurch & Worchel, 1989; Ellerton, Caty & Ritchie, 1985; Garrot, 1986; Golden, 1983); melhoria na

capacidade de leitura (Axline, 1947/1989, 1949; Bixler, 1945; Pumfrey & Elliott, 1970); diminuição de dificuldades de adaptação à escola (Gaulden, 1975; Hannah, 1986); melhoria de problemas da fala (Dupent, Landsman & Valentine, 1953; Reynert, 1946; Wakaba, 1983); redução de dificuldades emocionais e intelectuais no atraso mental (George, Braun & Walker, 1982; Leland, 1983; Miller, 1948; Pothier, 1967); melhoria da integração social e emocional (Axline, 1967; Baruch, 1952; Miller, 1947; Moustakas, 1951; Pothier, 1967; Ude-Pestel, 1977); melhoria na gaguez (Wakaba, 1983); melhoria nas perturbações psicossomáticas, como a asma e alergias (Jessner & Kaplan, 1951; Miller & Baruch, 1948); redução dos sintomas de depressão na criança (Burroughs, Wagner & Johnson, 1997; Tyndall-Lind, Landreth & Giordano, 2001); Aumento do autoconceito (George, Braun & Walker, 1982; Kot, Landreth & Giordano, 1998).

Lins et al. (2018) salientam que o trabalhar com as crianças exige um mergulho nesta população, isto é, o terapeuta necessita de dominar o que é parte integrante de cada faixa etária.

Segundo Cunha (2000), é através do mundo da criança, do que lhe é conhecido, da sua linguagem que o terapeuta conseguirá aceder à mesma.

PARTE II

TRABALHO DE ESTÁGIO

2.1 Caracterização

O local de estágio é uma Organização Não Governamental (ONG) que surgiu em Portugal em 2015. Tem como propósito único prevenir o abandono escolar precoce em Portugal, interromper a perpetuação de um ciclo de poucas oportunidades e pobreza e dar o apoio a milhares de crianças que necessitam. Foi criado para dar apoio a 18 crianças em três escolas em Lisboa. Desde então, mais de 140 crianças foram acompanhadas em 12 escolas na Grande Lisboa.

Apoia crianças entre os 6 e os 12 anos, integradas em escolas do primeiro e segundo ciclo, que enfrentam dificuldades sociais, emocionais e comportamentais que afetam a sua aprendizagem, como a baixa motivação, dificuldades de comportamento ou na relação com os outros, baixa autoestima, problemas familiares, entre outros. A missão desta ONG é a de capacitar pessoas para que sejam voluntários, facilitadores de uma completa integração física, intelectual, social e espiritual das crianças e suas famílias. Trabalham em parceria com a escola e os pais/tutores, como agentes de mudança na vida do outro. No que concerne aos valores, tem como base a honestidade, transparência e clareza são inspiração para a qualidade do serviço prestado ao outro, desejando contribuir para uma sociedade mais justa, fraterna e solidária (instituição, 2021).

A instituição está atualmente em várias escolas ao longo do nosso País, nomeadamente no Porto, em Matosinhos, em Baião, em Faro, em Sete Rios, em Moscavide, em Campolide, em Setúbal, em Sacavém, no Infantado, nas Galinheiras Alta de Lisboa, em Oeiras, Penha de França, Cacém e Alverca.

2.2 Objetivos Gerais e Específicos

Numa primeira fase do estágio, foi proposta a elaboração de um projeto com os respetivos objetivos gerais e específicos, de forma a melhor compreender o trabalho a desenvolver ao longo do período de estágio.

A aquisição de conhecimentos nas distintas realidades das Escolas em que pude intervir, o contato com os professores, as famílias das crianças e as próprias crianças, praticar a avaliação psicológica e acompanhamento psicológico, tendo em conta as especificidades e as carências inerentes foram os objetivos gerais do estágio.

Especificamente procurámos:

- Avaliar e acompanhar psicologicamente as crianças de uma escola na área da grande Lisboa, com idades compreendidas entre os nove e os dez anos, e uma criança com seis anos numa escola na área da Margem sul do Tejo, com o objetivo de avaliar o comportamento e a saúde mental, assim como as capacidades cognitivas, emocionais e psicológicas. Antecipar problemas específicos de forma a minimizar o impacto e planejar uma intervenção e compreender os hábitos, crenças, comportamentos das crianças de forma a prevenir, modificar, e melhorar a qualidade de vida da criança que por consequência afeta todos os que se encontram à sua volta. De igual forma contribuir para um estilo de vida mais saudável.
- Desenvolver sessões de sensibilização com temáticas sensíveis e relevantes para cada uma das escolas, com o objetivo de proporcionar ferramentas para a mudança de comportamentos.
- Realizar atividades psicoeducativas com um grupo de sete crianças sinalizadas pelos professores, com idades compreendidas entre os seis e os nove anos, com o objetivo de desenvolver as competências socioemocionais e o desempenho académico desse grupo que foi referenciado com estas necessidades.
- Integração na criação de um novo recurso que se chama “Rollercoaster” que foi desenvolvido com a Orientadora ao longo do ano, que será utilizado pela instituição no próximo ano letivo. Tem como objetivo desenvolver questões inerentes ao bem-estar emocional das crianças.
- Formação recebida para desenvolvimento pessoal, conhecimento da ONG e aprofundamento de temáticas relevantes para o estágio.

O estágio teve a duração de sete meses (de novembro de 2021 a junho de 2022), fazendo um total de 455 horas. Foi possível acompanhar três crianças com idades compreendidas entre os seis os dez anos de idade, realizar quatro avaliações psicológicas, desenvolver um recurso para aplicação do bem-estar emocional das crianças, realizar atividades psicoeducativas semanais com um grupo de sete crianças e ministrar duas sessões de sensibilização, uma acerca do Bullying e outra sobre os Abusos, como passaremos a desenvolver.

2.3 Atividades Desenvolvidas

No decorrer do estágio, para além da atividade clínica, foram desenvolvidas variadas atividades, nomeadamente formações complementares, atividades psicoeducativas e sessões de sensibilização para complementar os processos desenvolvidos.

2.3.1 Formações complementares

Ao longo do estágio participei em várias formações de forma a complementar academicamente as faculdades necessárias para melhor desenvolver a parte prática com sucesso. Nomeadamente através de uma formação sobre a ONG, a forma como esta atua na sociedade, mais concretamente com as crianças, assim como o papel que desempenham e as várias vertentes possíveis, uma vez que o estágio é pioneiro nesta ONG de que forma se complementam. Esta formação teve um total de sete horas.

Para além desta, integrei uma Formação no âmbito do Luto das Crianças e Adolescentes e o Papel do Psicólogo na Escola, que consistia em desenvolver recursos pessoais na relação com o sofrimento e a perda, relacionar conteúdos adquiridos como a conceptualização de caso com os desafios da intervenção, adquirir conhecimentos específicos sobre as tarefas terapêuticas e a intervenção com crianças e adolescentes, desenvolver ações e estratégias de intervenção em contexto escolar, refletir sobre a intervenção clínica com crianças e adolescentes em luto – aplicando conhecimentos a casos práticos (duração de três horas).

Participei em webinar's com temáticas relevantes para o estágio, nomeadamente a “No Stress – a viagem” em que tinha como tema principal os problemas de saúde mental durante a infância e adolescência enquanto principais preditores de problemas de saúde mental na vida adulta e o impacto também ao nível escolar (duração de uma hora e meia).

Quanto a formações específicas para os testes projetivos que utilizei nas avaliações psicológicas, participei numa sobre o “Era uma vez...” em que se objetivava compreender a forma como as crianças elaboram as emoções, essencialmente a ansiedade e o prazer, estados afetivos cuja função adaptativa tem uma relevância particular no desenvolvimento psicológico, (duração de três horas) e sobre o “CAT animal” cujo objetivo consistia em conhecer os principais conceitos e pressupostos teóricos que estão por trás da sua aplicação e cotação, compreender a importância da relação nos resultados obtidos nas provas projetivas, conhecer as principais categorias de classificação das respostas do sujeito, refletir sobre os aspetos

contratransferências e sobre a intuição do psicólogo na obtenção de respostas e cotação das mesmas (duração de três horas).

2.3.2 Atividades Psicoeducativas

Quanto às atividades psicoeducativas, consistiram na integração de sete crianças com idades compreendidas entre os seis e os nove anos com dificuldades socioemocionais, indicadas pelas professoras. Foi utilizada como base uma atividade psicoeducativa para desenvolver o material das sessões, que visava a melhoria das competências socioemocionais e do desempenho académico, assim como a prevenção ou redução de problemas de comportamento e emocionais em crianças do ensino básico. Foram desenvolvidas 21 sessões (cerca de 50 minutos cada). Na tabela abaixo identificam-se as sessões e o que foi trabalhado em cada uma.

Quebra-Gelo	- Sessão 1 Apresentação: O papel do psicólogo, o programa e suas regras; “Um Amigo na Selva” e “Gosto/Não Gosto”; Jogo dos Jacarés
Avaliação do programa	- Sessão 2 Pré-teste
Módulo 1 – Autoconsciência	- Sessão 3 Jogo das Emoções - Sessão 4 Quis “Descobre as Emoções”; Leitura da história “A Aldeia Feliz”; Cartaz “A Família dos Elogios” - Sessão 5 Jogo “Sou Especial Porque” - Sessão 6 Jogo “O Pêndulo”
Módulo 2 – Consciência Social	- Sessão 7 Banda Desenhada <Diz “NÃO” à Discriminação!> - Sessão 8 Ser Diferente - Sessão 9 Jogo “Quem Vamos Nós Salvar?”
Módulo 3 – Autocontrolo	- Sessão 10 “Uma Aventura no Mundo das Emoções e das Relações: Vamos Conhecer o João e a Maria!”; O teu lugar por um sorriso - Sessão 11 “Uma Aventura no Mundo das Emoções e das Relações: A Zanga/Raiva e o Medo” - Sessão 12 “Uma Aventura no Mundo das Emoções e das Relações: A Tristeza e a Alegria”

	- Sessão 13 Jogo “As Palavras Proibidas”
Módulo 4 – Relacionamento Interpessoal	- Sessão 14 Jogo “A Amiba” - Sessão 15 “Uma Aventura no Mundo das Emoções e das Relações: Estilos de Comunicação”; Treino Assertivo - Sessão 16 Influências boas e más: sabes distinguir?; Trabalho de grupo: como lidar com a pressão de pares/amigos - Sessão 17 Bullying/maus-tratos entre pares
Módulo 5 – Tomada de decisão responsável em situações sociais	- Sessão 18 Decisões fáceis e difíceis e como tomar uma decisão; És tu quem decide
Avaliação do Programa	- Sessão 19 Pós-teste; Despedida e entrega de diplomas

2.3.3 Sessões de Sensibilização

As sessões de sensibilização foram desenvolvidas em três momentos distintos e em diferentes escolas, duas tiveram lugar na escola na área da grande Lisboa e a outra na escola da Margem sul do Tejo.

Na escola de Lisboa, desenvolvi duas sessões. A primeira teve como tema o *Bullying*, foi ministrada a um grupo de duas turmas do 4.º ano, com um total de cerca de 33 crianças. Através desta foi possível elucidar os alunos quanto à temática e explorar o tema, através de múltiplas questões que foram surgindo e por fim através de um jogo psicoeducativo que manifestou demais questões e interesse, uma vez que se identificavam vários momentos do quotidiano em que pode suceder *Bullying*.

A outra sessão, teve como tema principal os Abusos, e como subtemas, a negligência parental, os maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e o abuso sexual. Cada um dos subtemas foi abordado levemente através de uma breve definição, possíveis causas e indicadores, intercalados com exemplos de forma a tornar a informação mais perceptível e leve. Esta foi ministrada a uma turma do 4.º ano, com um total de 19 crianças, em que lhes foi possível explorar o tema de variadas formas, nomeadamente, através de uma apresentação dinâmica, havendo momentos de perguntas e respostas, e a sessão foi finalizada com um jogo psicoeducativo temático em que se abordavam várias situações passíveis de identificação dos vários tipos de abusos que fomos desenvolvendo ao longo da sessão. Ambas as sessões foram

solicitadas pela diretora da escola no seguimento do agravamento do comportamento dos alunos e da prática do *Bullying*, que tem crescido de forma exponencial, bem como o aumento de casos de abuso. Ambas as sessões tiveram uma duração de cerca de duas horas.

Através da sessão que decorreu na escola da margem sul do Tejo, foi possível ministrar sobre as boas práticas para a saúde mental, esta foi ministrada às quatro turmas, 1.º ano, 2.º ano, 3.º ano e 4.º ano, com um total de 40 crianças. De uma forma lúdica pudemos abordar alguns comportamentos que cooperam para a saúde mental, nomeadamente através da alimentação, das escolhas, dos relacionamentos com os pares, com as professoras, com os familiares, a importância da empatia, da amizade, do respeito. Tudo desenvolvido de uma forma dinâmica e lúdica, ajustado às faixas etárias. Esta sessão foi solicitada pela diretora da escola no seguimento do aumento das alterações da saúde mental das crianças e respetivos comportamentos e teve uma duração de cerca de duas horas, sensivelmente.

PARTE III
APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

3.1 Caso Clínico da Carolina

O caso clínico abaixo descrito visa apresentar o processo terapêutico de uma criança acompanhada em consulta de psicologia clínica, inspirada na abordagem desenvolvida por Axline, a Ludoterapia. Por motivos éticos, os dados inerentes à criança e cuidadores são fictícios, para salvaguardar as suas identidades.

3.1.1 Identificação

A Carolina é uma criança com seis anos e um mês (73 meses) de idade, caucasiana, de nacionalidade portuguesa, que frequenta o primeiro ciclo do ensino básico. A mãe tem 39 anos, é de nacionalidade brasileira, concluiu o 12.º ano e trabalha¹. O pai tem 44 anos, é de nacionalidade brasileira, trabalha¹ fora de Portugal, tendo como escolaridade o 12.º ano. Tem uma meia-irmã, filha do pai, com 19 anos, que reside com a mãe. A Carolina reside somente com a mãe e uma “tia” na maioria do tempo e pontualmente com o pai, quando este vem a Portugal.

3.1.2 Motivo da Consulta

O pedido foi solicitado pela professora da Carolina, uma vez que já vinha sinalizada pelo SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) devido a dificuldades na linguagem e comunicação, comportamento social e adaptativo. Este pedido teve como principal motivo a interação com os pares (está sempre a brincar sozinha, na sua “bolha”, fica a dançar e rodopiar sobre si mesma, sem interagir com os pares), e refere também que a Carolina não expressa as emoções faciais inerentes às situações vivenciadas. Houve um acompanhamento à distância, por parte da ELI (Equipas Locais de Intervenção), devido à pandemia.

Foram realizadas 22 sessões semanais com a duração de 50 minutos, iniciadas em novembro de 2021 e término em junho de 2022, sendo que destas a primeira foi para estabelecer relação, da segunda sessão à décima primeira para avaliação psicológica e as restantes de acompanhamento psicológico.

¹ Optou-se por ocultar a atividade profissional de ambos os progenitores, dado serem muito específicas e poderem contribuir para a sua identificação.

3.1.3 História Clínica

Para a recolha da história clínica foi realizada uma primeira entrevista semi-diretiva com a mãe, encarregada de educação da Carolina, presencial. Houve a necessidade de efetuar uma segunda sessão para dar continuidade à entrevista e esta decorreu através de uma plataforma online, possibilitando a presença do pai.

Foi possível apurar que a gravidez foi desejada, seguida medicamente. Foi uma gravidez de risco, pelo facto de a mãe já ter sofrido um aborto espontâneo, anteriormente. Contudo, o desenvolvimento perinatal ocorreu sem percalços, apesar de o parto ter sido prematuro, por cesariana, esta sem complicações associadas. Tanto a progenitora como a bebé permaneceram no hospital, período pós-parto por dois dias.

O desenvolvimento neonatal decorreu sem intercorrências, com um desenvolvimento normativo a nível motor, alimentar e esfinteriano. A mãe faz referência à aquisição da linguagem que poderá ter sido tardia, uma vez que esta surgiu após os dois anos, comparativamente às demais crianças.

É após a entrada no jardim de infância, aos dois anos e meio, sensivelmente, que se começam a identificar algumas dificuldades. A educadora manifestou preocupações relativamente à linguagem, principalmente na compreensão de instruções, orientações e pedidos verbais, a lentidão de raciocínio e a necessidade constante de orientação por parte do adulto; manifestou preocupação em relação à socialização, uma vez que a Carolina brincava com os pares, mas não interagía diretamente com eles, não havia uma manifestação facial adequada face às vivências e adotava um comportamento repetitivo de “dançar” sobre si própria frequentemente. Por estes motivos a Carolina foi sinalizada à ELI e seguida à distância devido à pandemia.

Desenvolveu algumas doenças de infância, nomeadamente cinco otites num ano, duas amigdalites e uma leve alteração na audição, um quisto no pé, alteração na coluna e no pulso, sem necessidade de intervenção cirúrgica, possivelmente devido ao tamanho e peso que a Carolina tem, uma vez que o seu desenvolvimento físico é o de uma criança de nove anos. A progenitora salientou também sintomas da infância, nomeadamente terrores noturnos. Apesar disso, refere que esta dorme bem e que o seu sono é reparador.

Sobre a sua história familiar, apurou-se que os progenitores mantêm uma relação maioritariamente de distância, apesar de serem casados, uma vez que o pai trabalha e reside na Bélgica e a mãe em Portugal. O pai vem esporadicamente cá e apenas nesses momentos é que

a Carolina está com o pai. Mantêm o hábito de comunicar por videochamadas e tenta fazer parte da rotina da menina o máximo possível, porém, existem períodos em que o pai simplesmente deixa de ligar e é como se desaparecesse, até para a mãe. Existe uma enorme divergência de opiniões entre os progenitores, quanto à forma de educar, levando a discussões e discórdias. A meia-irmã da Carolina reside na mesma cidade, porém, não mantêm contacto uma vez que, segundo a progenitora, esta foi diagnosticada com bipolaridade e esquizofrenia, com problemas de álcool e drogas. A Carolina tem contacto apenas com a família da mãe, que reside na mesma cidade, nomeadamente a avó, e pontualmente alguns primos e tios.

Foi também possível apurar que a progenitora partilha a casa com uma “tia” que fica no quarto da Carolina, e por esse motivo a menina dorme habitualmente com a mãe e com os pais, quando o pai está em Portugal.

3.1.4 Síntese da Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica a crianças decorre quando alguma criança é sinalizada pela professora e/ou diretora da escola. Neste sentido, após a recolha da anamnese, procedeu-se à aplicação de testes psicológicos que se consideraram adequados, segundo a sintomatologia e queixas apresentadas, de forma a despistar ou reforçar o possível diagnóstico. As informações recolhidas, refletem o momento em que estas foram realizadas, como tal não se traduzem enquanto definitivas, uma vez que o desenvolvimento é um processo gradual e dinâmico.

Ficou acordado logo de início que as sessões seriam semanais, com a duração de cerca de 50 minutos, havendo apenas algumas exceções, devido ou a ausências pessoais ou às férias escolares, que invariavelmente causariam interrupção nas sessões e alterariam a sua periodicidade.

Tendo em conta os objetivos da avaliação, foram utilizados os seguintes testes: Desenho da Figura Humana de Harris-Goodenough, de forma a avaliar a maturidade intelectual, nas suas funções perceptivas, de abstração e generalização, Matrizes Progressivas de Raven – Coloridas (CPM) para medir a inteligência geral (Factor G), Teste Projetivo “Era uma vez” uma vez que permite descrever a forma como a criança elabora as suas emoções, Desenhos temáticos “Sonho Mau” e “Sonho Bom” devido aos terrores noturnos que foram apontados pela mãe, Ludodiagnóstico uma vez que permite compreender aspetos da personalidade infantil, a nível motor, cognitivo, afetivo e social, permitindo uma avaliação mais rápida da personalidade da criança, Desenho da Família Real e Imaginada para avaliar a forma como a criança percebe

as relações entre os membros da sua família e Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, 3ª edição (WISC III) que avalia o funcionamento intelectual através de diferentes subtestes.

Foram efetuadas onze sessões para a aplicação dos testes psicológicos. A entrega do relatório da avaliação psicológica efetivou-se apenas com a mãe, uma vez que o pai não quis estar presente, num dia extraordinário às sessões da Carolina.

Primeira Sessão

A Carolina chegou muito tímida e relutante, e o cumprimento, por iniciativa própria, foi “choca aí”. Porém, no decorrer da sessão revelou-se participativa e sociável. Esta sessão serviu para estabelecer o primeiro contacto e dar início à relação, pelo que aproveitámos para ler um livro sobre o que fazem os psicólogos. Foi possível a menina colocar as suas dúvidas no decorrer da história e de certa forma apaziguar e eliminar as suas dúvidas e possíveis receios.

Segunda Sessão

A Carolina chegou ainda um pouco tímida, mas já mais recetiva, indicou logo “vamos acabar de ler o livro sobre os psicólogos” (sic) posteriormente, mais no para o final da sessão foi possível aplicar o teste do Desenho da Família Humana de Goodenough e pintar um desenho de uma princesa, tema escolhido por ela.

Terceira Sessão

A Carolina, quando me viu a chegar à sala para a ir buscar veio a correr na minha direção, quando chegou perto de mim parou e ficou a olhar sem saber o que fazer, e eu disse-lhe “vinhas-me dar um abraço? Podes dar...” (sic) ela correu e jogou-se nos meus braços. A Prof. ficou bastante admirada com a mudança de comportamento da menina, porém ficou feliz. Ao entrar na sala, a Carolina estava bastante contente, ansiosa, curiosa com o que iríamos fazer nesta sessão. Começámos por aplicar o teste Matrizes Coloridas de Raven. A Carolina adorou, mostrou muito entusiasmo e foi respondendo de uma forma muito rápida e assertiva, revelando muita concentração. Seguidamente, jogámos um jogo, em que existiam várias hipóteses para criar uma história, de forma a melhor compreender se a criança consegue adequar as emoções aos diversos momentos da história, e por fim, a menina quis pintar um desenho. Fomos estabelecendo relação e falando sobre os vários gostos da Carolina nos mais diversos temas. Afirmou que ainda dorme com a mãe e quanto às AVD's, ainda está dependente da mãe. Confessa que chora quando a mãe vai trabalhar à noite, porque não gosta de dormir com outras

peçoas, para além da mãe. Referiu também que por vezes se sente triste na sala de aula, com vontade de chorar. Perguntou-me do que é que eu tenho medo, e contou-me os seus medos.

Quarta Sessão

A receção da menina foi de igual forma carinhosa, e estava ansiosa para a sessão. Tal como pretendido no Teste, sentei-me ao lado da Carolina em vez de me sentar à frente. expliquei-lhe como é o teste e o que é suposto fazer. Ficou alguns segundos em silêncio a olhar para as imagens de forma a assimilar o que lhe havia explicado. Depois começou por fazer o que era suposto de forma natural. A Carolina interessava-se por tudo o que estava a acontecer, sempre a perguntar o que eu estava a fazer conforme ia organizando o teste.

No Cartão V (dia dos anos) ficou extremamente entusiasmada, e disse logo “no aniversário sempre tem que apagar a vela” (sic) “e também, sempre tem que ter um presente, muitos presentes, (riu), e sempre tem que abrir o presente” (sic). Este era o seu discurso enquanto escolhia os cartões para contar a história. No Cartão VI (Briga dos Pais) conforme descrevia o que estava a acontecer, assim que eu referi que os pais estavam a discutir, a Carolina perguntou “porquê?” (sic). Depois ela refere, “eu não sei o que vai acontecer porque SEMPRE... SEMPRE... eu não sei porquê eles estão discutindo, mas eu não sei... por causa, eu acho que é por causa que alguma coisa aconteceu... e/ou ele, eles não fizeram nada e começaram a brigar por causa de nada... eu não sei, mas eu vou escolher...eu acho... (silêncio)” (sic) depois começa a escolher... No Cartão VII (Escola), mal vê o cartão e enquanto eu refiro que a menina está na escola a Carolina refere “ah ah.. e depois ela, ela está a ensinar o 2+2 que dá 4...” (sic) “porque ela não entendeu” resposta da Carolina quando eu refiro que todos os meninos sabiam a resposta menos a menina. Depois de terminar o teste psicológico, quis terminar de pintar a bailarina da sessão anterior.

Quinta Sessão

Quando cheguei, a Carolina estava a dormir na aula. Como a prof estava sozinha com as quatro turmas, teve que gerir as turmas de outra forma, e ao pedir para ficarem quietas a Carolina acabou por adormecer no lugar. Não sei se foi por esse motivo, mas ela estava pouco comunicativa, muito quieta. Houve muitos momentos de silêncio na sessão, os quais foram respeitados. Nesta sessão pedi-lhe para fazer os desenhos do “Sonho Mau e do Sonho Bom”. Antes de finalizar a sessão, a menina escolheu um desenho para pintar, um desenho com arco-íris, nuvens e corações. E assim permaneceu até à hora de ir embora.

Sexta Sessão

Nesta sessão, a Carolina estava completamente à vontade, e extremamente curiosa com o conteúdo da mala que estava na sala. Para que é que servia, e o que teria lá dentro. A menina quis começar a brincar com a plasticina. Nesta sessão começou por demonstrar algum grau de isolamento, as brincadeiras imaginativas eram pobres e raramente imitia sons ou palavras.

Sétima Sessão

Na sétima sessão, já incluiu brincadeiras sociais e houve a emissão de sons e palavras, porém, um pouco infantilizadas.

Oitava Sessão

Ao longo desta sessão, a Carolina já esteve com um comportamento mais adequado à sua faixa etária. Ao longo das sessões deu primazia quase sempre aos mesmos objetos que se traduzem em objetos mais emocionais, e o tipo de brincadeira dentro do mesmo registo de cuidar, esta continuidade da escolha dos mesmos objetos poderão indicar a dificuldade na autorreparação.

Nona Sessão

Nesta sessão, a Carolina estava curiosa sobre o que iríamos fazer. Expliquei-lhe que iríamos fazer dois desenhos em momentos diferentes, um deles seria sobre uma família imaginária, que seria hoje e o outro sobre a sua família real, que seria feito noutra sessão. Enquanto explicava a família imaginária foi perceptível a falta de imaginação que a menina sente. Depois do Desenho da Família Real e Imaginada quis fazer um desenho livre.

Décima Sessão

Nesta sessão, começámos a aplicar a WISC III, uma vez que este teste é composto por vários testes, este teve de ser aplicado em duas sessões distintas (na décima e na décima primeira) Quando a menina percebeu que iria fazer uma série de jogos, ficou muito entusiasmada, porém, ao mesmo tempo receosa pelo desconhecido. Foi possível compreender o desconforto que a Carolina sentia nos temas mais difíceis para ela.

Décima Primeira Sessão

Esta sessão foi a última da avaliação psicológica, e o término da WISC III. Antes de avançarmos para a WISC, pedi-lhe para fazer o desenho da família real (do teste que havíamos

iniciado na nona sessão). Depois demos seguimento para a WISC III. E como sempre, a Carolina estava expectante e entusiasmada com os jogos que iríamos fazer, evidenciando mesmo grande desejo para começar os jogos.

3.1.4.1 Resultados e Conclusões da Avaliação Psicológica.

Cohen et al. (2014), refere que a avaliação psicológica define-se através da recolha e a inclusão de dados relativos à psicologia cujo objetivo é o de elaborar uma avaliação psicológica, sendo elaborada através de instrumentos, nomeadamente testes, entrevistas, estudos de casos, observação do comportamento e alardos bem como metodologias de medida particularmente esboçados. Neste sentido, serão explanados os resultados inerentes aos testes que foram efetuados à Carolina, bem como as respetivas conclusões.

O Desenho da Figura Humana de Harris-Goodenough, revelou, de acordo com a escala de Goodenough, que a Carolina tem o Q.I de 113.5, considerado “Normal brilhante”, o que efetivamente corresponde ao desenrolar do teste. Verificou-se através do tamanho das figuras uma desvalorização da figura masculina, uma vez que era significativamente menor do que as femininas. O tamanho diminuto do desenho da figura masculina pode ser caso de inteligência elevada, mas com problemas emocionais, pode indicar inibição da personalidade, desajuste ao meio, timidez e sentimento de inferioridade. Quanto ao traço é forte em todos, o que poderá denotar medo e insegurança. O tamanho das figuras contém indicações da autoestima, auto-expansão ou fantasias de autossuperação (aumento da valorização própria). É de salientar em todos os desenhos a ausência de mãos, o que poderá significar dificuldades no contato.

No mesmo sentido, as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven evidenciaram que a avaliação da eficiência intelectual situa a Carolina no percentil 95 para os 6 anos de idade, o que corresponde a uma capacidade cognitiva e de raciocínio lógico-dedutivo de capacidade intelectualmente superior. Ao longo do teste a menina demonstrou uma capacidade de raciocínio lógico-dedutivo rápida.

Através do Teste Projetivo “Era uma vez”, foi possível apurar uma reduzida capacidade de imaginação, com respostas muito próximas do conteúdo das imagens, sem grande elaboração, exceto nos Cartões referentes à “Briga dos Pais” e da “Escola”. Relativamente às situações, foram frequentemente marcadas por uma vivência inicial de realidade, porém nos Cartões do “Passeio com a Mãe”, “Briga dos Pais” e da “Escola” nestes revela não conseguir resolver a situação ansiogénica e termina em aflição. Os pais surgem nas histórias como figuras

ausentes, e a Carolina assume um papel de defensora perante as circunstâncias que poderão ser perturbadoras/perigosas. Existe referência a outras crianças mais do que numa situação, pelo que parece existir um relacionamento saudável com os pares.

Através dos Desenhos temáticos “Sonho Mau” e “Sonho Bom”, no sonho mau a Carolina posicionou o desenho no centro e em baixo, e refere que é um sonho imaginado e neste sonho existe a referência a acordar com um barulho, mas que não tem resolução, o sonho fica inacabado. Desenha-se a ela própria sem mãos nem pés, o que poderá revelar dificuldade no contato e em prosseguir. Quanto ao sonho bom, este foi indicado como um sonho real e foi um desenho mais elaborado, em que manifestou alegria com o mesmo e aceitação. Aqui a personagem tem pés, mas continua sem mãos, podendo manifestar alguma dificuldade de contato.

No Ludodiagnóstico, a Carolina demonstrou interesse em explorar o material lúdico, contudo, nem todos os materiais lhe suscitaram esse interesse. Ao longo das sessões, a menina começou por demonstrar algum grau de isolamento, em que as brincadeiras imaginativas eram pobres e raramente imitia sons ou palavras. Na segunda sessão, já incluiu brincadeiras sociais e já houve a emissão de sons e palavras, porém, um pouco infantilizada, na terceira sessão já esteve com um comportamento mais de acordo com a faixa etária. Ao longo das sessões deu primazia quase sempre aos mesmos objetos que se traduzem em objetos mais emocionais, e o tipo de brincadeira dentro do mesmo registo de cuidar, esta continuidade da escolha dos mesmos objetos poderão indicar a dificuldade na autorreparação. Os dados da observação clínica indicam a necessidade de reparação emocional e o sentimento implícito de cuidar dos outros.

No Desenho da Família Imaginada, a Carolina imaginou uma mãe, um pai, uma filha, uma vaca e um pato que é filho da vaca. Começou por desenhar a filha, que poderá indicar egocentrismo. A mãe e a filha foram desenhadas muito próximas, e quanto ao pai existe um distanciamento, o que poderá indicar que existe um maior distanciamento emocional com este. A mãe surge com uma imagem maior do que os restantes elementos, sendo que o pai e a filha têm exatamente o mesmo tamanho, o que poderá indicar que é percecionado como apenas um pouco mais importante do que ela. O pai foi desenhado em último, o que poderá indicar uma forma de desvalorização. Relativamente ao desenho da família real, todos os elementos têm o mesmo tamanho, começou por desenhar a mãe, a ela mesma, a irmã e o pai. Aqui a Carolina está distante tanto da mãe como da irmã, aparece como que isolada de todos os membros da família, e a irmã surge muito perto do pai. Considerou-se o elemento menos engraçado, quando todos os outros elementos têm características mais positivas do que ela. Em ambos os desenhos

os elementos apenas tinham a cabeça, havendo uma supressão dos restantes membros, o que denota alguma imaturidade e desempenho inferior para a sua idade, possivelmente devido a fatores de ordem emocional.

Através da WISC III, apuraram-se os seguintes dados, ao nível intelectual, a Carolina apresenta um QI Global Médio Baixo (QI=84, PC²14, IC³ 77-94), revelando um desempenho relativamente mais baixo do que é esperado para a sua idade. O seu funcionamento intelectual é homogéneo, havendo alguma diferença, pouco significativa, entre o QI Verbal e o QI de Realização, correspondendo ao nível Médio Baixo e ao nível Médio respetivamente (QI Verbal = 82, PC12, IC 76-90; QI Realização =92, PC30, IC 84-102). No que concerne aos Índices Fatoriais, estes situam-se entre o nível Médio Inferior e Médio, traduzindo um desempenho expectável para o seu estágio de desenvolvimento. O Índice de Compreensão Verbal corresponde a 85 (PC16, IC 78-94), o Índice de Organização Perceptiva a 94 (PC34, IC 86-104) e o Índice de Velocidade de Processamento a 100 (PC50, IC 89-111). Estes resultados evidenciam um desempenho intelectual globalmente pautado por algumas dificuldades, mais especificamente ao nível das provas que exigem um domínio da linguagem.

No decorrer das sessões, muitas vezes a Carolina quis pintar ou desenhar. Através destes foi perceptível as variações que foram sucedendo em termos de posição do desenho na folha. Variando entre *centro*, que poderá significar segurança, emotividade, autovalorização, *quadrante superior esquerdo*, que poderá significar passividade, inibição, nostalgia e reserva e *centro e acima* que poderá indicar espiritualidade, fantasia, objetivos inatingíveis. Denota-se um traçado semelhante em todos os desenhos livres, semelhantemente aos testes desenvolvidos que implicavam desenho, em que o traço oscilava entre *forte e repetido*, podendo indicar medo, insegurança, agressividade sádica, dissimulação e sentimento de perda afetiva, respetivamente. Ao longo da observação, esta reforça os elementos que se pôde apurar nos testes aplicados.

Concluindo, a Carolina revelou capacidade cognitiva e de raciocínio lógico-dedutivo de capacidade intelectualmente superior. Em vários testes foi possível validar que existe uma reduzida capacidade de imaginação, com respostas muito próximas do conteúdo das imagens, sem grande elaboração das histórias. Os pais surgem nas histórias como figuras ausentes, e a Carolina assume um papel de defensora perante as circunstâncias que poderão ser perturbadoras/perigosas. Existe referência a outras crianças mais do que numa situação, pelo que parece existir um relacionamento saudável com os pares. Foi possível apurar em alguns

² PC=Percentil

³ IC=Intervalo de confiança

testes alguma imaturidade e desempenho inferior para a sua idade, possivelmente devido a fatores de ordem emocional. Apurou-se ainda que o desempenho intelectual foi globalmente pautado por algumas dificuldades, mais especificamente ao nível das provas que exigem um domínio da linguagem, possivelmente pela língua mãe ser o português do Brasil.

Os dados da observação clínica salientam a debilidade emocional que necessita de reparação assim como o comportamento de cuidar dos outros ao invés de ser cuidada. Posto isto, foi sugerida psicoterapia individual, de frequência semanal, com o objetivo de ser ajudada, através de uma experiência emocional reparadora, de forma a superar as suas dificuldades.

3.1.5 Síntese do Acompanhamento Psicológico

Selecionei este caso de acompanhamento porque foi o mais longo de todos os que acompanhei, e porque foi o primeiro. As significativas alterações que advieram deste acompanhamento são o motivo para a seleção e exposição do caso. O sentimento de dever cumprido depois deste acompanhamento, foi o que mais me marcou, por poder ajudar esta menina num período tão importante.

Primeira Sessão

Nesta sessão, a Carolina chegou com um sorriso enorme. Ao que me confessou “é que hoje eu estou muito feliz” (sic) “é que a mamãe vai trabalhar e eu vou dormir na vóvó!” (sic). “E eu descobri uma coisa...o meu pai vai voltar nas férias da Páscoa” (sic) ao que respondi “sério?” (sic) “simmm” (sic) “e tu estás como?” (sic) “feliz também” (sic) respondeu-me com um grande sorriso. Continuamos a conversar sobre a escola e o que está a gostar mais ou menos, enquanto procura cores para o desenho que está a fazer. É um desenho cheio de corações, de vários tamanhos e cores. E a nossa conversa é toda em torno da brincadeira e dos corações que a menina vai desenhando.

Segunda Sessão

A segunda sessão decorreu duas semanas depois, devido a questões de saúde não pude comparecer na semana anterior, e por este motivo a mãe da menina trocou mensagens comigo e contou-me que a Carolina teve dores de barriga naqueles dias e que estava a ir à natação.

Iniciámos a sessão, e a Carolina assim que viu a caixa ludo foi a correr para a mesma e começou a ver o que lá estava para escolher com o que iria brincar. Agarrou na plasticina e começou a fazer “comida” (sic) e ao mesmo tempo começámos por conversar sobre as dores de barriga que a Carolina andava a ter, ao que me respondeu que não pode comer chocolate, que lhe faz mal. Perguntei-lhe pela natação, ao que me respondeu com uma voz “abebezada” “eu estou a aprender a nadar” (sic). E seguiu a conversa sobre os avós, a irmã que não vê há algum tempo. O humor estava mais normativo do que na última sessão. Enquanto fazia a comida, ia limpando o chão com a pá e a vassoura e referia “está tudo limpinho” (sic) entre momentos de silêncio, que eram respeitados por mim, ia falando sobre temas aleatórios, de acordo com a brincadeira e/ou o que lhe apetecia. No decorrer do diálogo, ao fazer referência à mãe e à “tia” que mora lá em casa “e que vai embora, para outro mundo” (sic) fala com uma voz “abebezada”. De igual forma, quando fazia referência a limpar também era no mesmo tom de voz.

Terceira Sessão

No início da sessão, a Carolina estava muito feliz e com alguma ansiedade porque o pai chegava nesse dia. Ao que lhe perguntei “então e como te sentes em relação a isso?” (sic) respondeu-me “estou bemmm, muito feliz! Nós vamos fazer o mapa do tesouro!” (sic) respondi “uau, que giro” (sic) rapidamente acrescentou, “era muito tempo que ele não chegava” (sic) “então e estás desejando de ir para casa? Ou estás bem?” (sic) perguntei eu, ao que me respondeu “estou bem!” (sic). Depois a Carolina, dirigiu-se à mala de ludo e começou a varrer o chão “esta casa estava muito suja” (sic) disse. Depois disto, começou a brincar com a plasticina, a fazer de conta que tem um restaurante e eu sou a sua ajudante. Nesse dia, iríamos receber visitas no restaurante, então ia dando instruções sobre o que deveria fazer, e sempre que possível em voz off perguntava-lhe o que deveria fazer a seguir, quando me sentia um pouco perdida na brincadeira, quando ela ficava mais calada. Porém, foram poucas as vezes que isto aconteceu, uma vez que se vai notando uma grande evolução na interação da Carolina. Sempre que se aproximava a hora de terminar a Carolina não queria que terminasse.

Quarta Sessão

Neste dia, não houve ludoterapia, a Carolina decidiu desenhar e conversar enquanto ia desenhando. Contou-me que em casa não pinta, que não gosta, não tem as canetas e que lá “come, dorme e assisto tv! É que eu sou viciada” (sic) sorri enquanto faz esta referência. Depois quis jogar ao “jogo da velha” (sic) porque tem jogado com o pai e também quer jogar comigo. Falou sobre a natação e as coisas novas que aprendeu, fala com muito entusiasmo. Noto que

está mais agitada e eufórica do que o normal e cada vez mais conversadora, a partilhar sobre variados temas. Quando fala sobre a família, prima, tia, fala com voz “abebezada”. Contou sobre a visita de estudo que fizeram ao Oceanário de Lisboa e como gostou dos peixes, “principalmente o peixe-palhaço” (sic), também gostou muito dos tubarões. Rimos muito com as conversas que iam surgindo.

Quinta Sessão

Na semana anterior não houve sessão uma vez que a Carolina esteve doente. No início da sessão perguntei-lhe o que preferia fazer, ao que me respondeu “eu prefiro você” (sic) com voz “abebezada”, acabando por escolher que preferia brincar com a caixa ludo nesse dia. E daí começa a brincar com as plasticinas e conta-me “a mãe comprou” (sic) eu tentei perceber ao que ela se referia e disse-me “a mãe comprou plasticina” (sic). Depois disse-me que eu ia descansar para o sofá enquanto ela ficava a preparar a comida. Nesta sessão, a Carolina teve muitos mais momentos em que falava como bebé, e quando espelhei o seu comportamento, alterou o mesmo e comportou-se de uma forma normativa dali em diante.

Sexta Sessão

Nesta sessão, a Carolina chegou a falar com mimo, e mais uma vez quis brincar com a plasticina, dando seguimento à brincadeira que estávamos a ter na sessão anterior. Voltou a colocar todos os elementos do “restaurante” e formulou as histórias com os personagens que tem criado desde o início da ludoterapia. Foi visível a evolução da Carolina, criando os diálogos entre os personagens, incluindo-me na brincadeira e desenvolvendo as suas competências sociais. Já há algumas sessões que não recorre à pá e vassoura, mantêm apenas a brincadeira da plasticina e do restaurante com os personagens que vai criando para desenvolver um enredo, em que se denota muito mais expressividade nos diálogos e emoções inerentes mediante as situações que iam surgindo. Houve alguns momentos em que o tom ficava exaltado e uma das personagens queria agredir a outra.

Sétima Sessão

Começou por organizar os elementos com os quais quer brincar, “eu acho que hoje vamos ter que usar a privada” (sic). E seguiu organizando o restaurante e elaborando o desenrolar da brincadeira, fazendo os diálogos e criando situações, algumas com alguma agressividade em que utilizava ou a pistola ou o martelo para agredir os vilões da história, gritando e rindo conforme a história. Quando tinha as reações mais agressivas com os vilões

olhava para mim para ver a minha reação, à procura de aprovação ou repreensão, como a deixava reagir conforme ela queria e sentia, seguia a brincadeira. Quando chegava a hora de ir embora, queria sempre ficar mais tempo.

Oitava Sessão

Esta sessão teve uma semana de interregno porque estive doente, pelo que a sessão teve de ser adiada.

Quando nos encontramos a Carolina estava muito entusiasmada porque nesse dia tinha três atividades diferentes, “hoje eu vou ter três coisas! Dentista, natação e agora, você!” (sic). Assim que fez esta referência avançou logo para a brincadeira, “olhaaaa, tenho convidados!” (sic) e começa a criar novos personagens na sua história “são do universo de Jesus” (sic) “eles já não são os maus como a Carmen e o Sandiego” (sic). E começa a criar interações e diálogos no restaurante, vai-me incluindo na brincadeira como a sua ajudante, dando as indicações do que é suposto fazer e como. No meio da brincadeira a Carolina disse “fiquei com pena de você, a mãe me disse que você tinha ficado doente”(sic) ao que respondi “sim, estava com covid, a mãe disse-te não foi?” (sic), “sim, disse! Mas eu gosto muito de você, e senti saudade.” (sic) e segue com a brincadeira do restaurante. A Carolina vai cantarolando. Como sempre, ao longo da sessão brincamos e falamos sobre assuntos diferentes que vão surgindo. Rimos e conversamos durante todo o tempo. Mesmo no final da sessão cria uma música com o facto de ter que arrumar as coisas antes de sair e vai alegremente arrumando e cantando “não queroooo ir, nanananahh, não quero ir, nananananaahhh!” (sic) ao que respondo que tem que ser e a menina aceita e saímos para a sala de aula.

Nona e Décima Sessão

Em ambas as sessões a Carolina manteve a postura, com um comportamento mais sociável conforme tinha vindo a desenvolver ao longo das sessões em que estivemos juntas. As melhorias foram significativas e evidentes. No final da sessão informei a Carolina de que na próxima semana teremos a nossa última sessão, uma vez que na última semana de aulas os alunos terão a visita de estudo do final de ano letivo.

Décima Primeira Sessão

Comecei por lembrar de que seria a última sessão que teríamos e questionei como é que ela se sentia quanto a isso, ao que me respondeu “bem” (sic) e disse que tinha muita vontade de ir de férias. Continuamos a conversar, e eu a tentar compreender como é que ela estava e

como se sentia. A Carolina apresentava-se muito bem-disposta e cheia de alegria e no decorrer do nosso diálogo referiu que já não dormia com a mãe e que estava feliz porque já tinha o quarto dela. E estava muito desejosa de brincar. Começou logo a conversar no seu restaurante e a limpar, “aiii tenho que limpar... vou ter que limpar de novo!” (sic) e seguiu conversando e limpando. Teve muitos momentos em que brincava completamente sozinha criando os diálogos e as histórias sem necessidade de recorrer a mim, completamente autónoma. Revelando o crescimento que aos poucos se foram evidenciando. Na brincadeira criou o encerramento da história deixando tudo resolvido, surgiram momentos de silêncio, que foram sempre respeitados e quanto mais perto do fim da sessão mais aconteceram. No momento da despedida deu-me um grande abraço e ficou bem e feliz.

3.1.6 Discussão do caso

De forma a melhor compreender o caso, faremos a sua análise recorrendo à Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo do Prof. Hipólito, desenvolvida anteriormente.

De acordo com Hipólito (2011), o feto que se encontra em crescimento é uma criatura frágil sujeita a “traumas”, tanto nas potencialidades como na atualização desses traumas, possivelmente poderão originar consequências que minimizarão a exteriorização dessas potencialidades. Esta fragilidade do embrião, no que concerne aos traumas das potencialidades, manter-se-á até ao momento em que nasce, de igual forma, os traumas poderão constituir uma oportunidade para as condições ótimas de atualização das potencialidades.

Neste sentido, e considerando o caso da Carolina, é possível entender que no que concerne aos **Traumias nas Potencialidades**, a menina teve enquanto traumas o **quisto no pé, a alteração na coluna e no pulso**, que constituem traumas biológicos, que impossibilitaram a menina de dançar ballet, com impacto psicológico e social. Este trauma influenciou também a sua interação com os pares, impactando-a socialmente, e a sua autoestima, manifestamente baixa.

No que concerne aos **Traumias nas Condições**, a Carolina teve vários traumas que de alguma forma a impactaram. Nomeadamente, **a ausência do pai, a relação fusional que a Carolina tem com a mãe, ficar com a “tia” em casa enquanto a mãe vai trabalhar à noite, ser exposta às discussões dos pais e a sociabilização reduzida**. Estes traumas tiveram um impacto a nível psicológico, social, biológico e psicoafetivo, afetando as potencialidades que se traduziram na dependência da mãe, na baixa autoestima, na interação com os pares e /ou

adultos, a segurança, o sono, o medo de separação dos pais, o considerar-se culpada pelas discussões dos pais, o medo de errar e por fim o não saber brincar.

De acordo com Mahler (1993) o papel paterno no desenvolvimento da criança e o contacto pai-filho são relevantes, sendo uma das condições decisivas para o desenvolvimento social e da cognição, uma vez que proporciona uma maior capacidade de aquisição e inserção da criança na sociedade (citado por Benczik, 2011). Na mesma linha de pensamento, Sganzerla e Levandowski (2010), afirmam que são evidentes os inúmeros motivos para a ausência do pai, seja a morte do mesmo, a distância derivada da separação dos pais, oriunda por motivos profissionais, ou até mesmo da carência emocional de um genitor que está presente de modo físico, poderão ser vividas pelos descendentes de formas distintas. A forma como um filho vive a ausência do pai envolverá, certamente, repercussões dispareas no seu desenvolvimento. Genericamente, são entendidas como rejeições devido à relevância do pai no crescimento da criança e do púbere. Neste sentido, a ausência do pai da Carolina poderá ter efetivamente afetado o seu desenvolvimento social tornando a menina mais dependente da mãe, e originando a relação fusional que existe entre ambas. Felzenswalb (2003), refere que o distanciamento emocional do pai torna-se agente para que surjam padrões de interatividade disfuncionais, sendo passíveis de observação o dano na independência dos filhos assim como no progresso inerente à separação maternal. Além disto, o autor refere ainda que, a rutura do vínculo emocional e de convívio paternal aparentam causar sentimentos de desamparo, desprezo e culpabilidade, ameaçando a constituição de novos vínculos. (citado por Damiani & Colossi, 2015).

Devido à forma como a Carolina poderá estar a viver a ausência do pai, quer física ou remota, (isto porque sucedeu mais do que uma vez o pai “desaparecer” sem qualquer aviso prévio, em que a mãe da Carolina não tinha justificação para tal comportamento), esta poderá estar a causar repercussões dispareas no seu desenvolvimento, nomeadamente na baixa autoestima, no medo de errar, na culpabilização pelas sucessivas discussões parentais, a forma como poderá estar a afetar o sono, evidenciando-se através dos terrores noturnos.

Damiani e Colossi (2015) referem que a literatura revela que o envolvimento efetivo do pai na vida da criança propicia à segurança, estima de si, independência e equilíbrio emocional. Ferrari (2007) complementa referindo que, a lacuna causada pela ausência do pai deve-se ao facto das crianças terem um entendimento de que não são amadas pelo progenitor ausente, causando uma enorme depreciação de si mesmas. Para além desta autodepreciação, sucedem sentimentos culposos por a criança considerar que é nociva, que é a causadora do afastamento e inclusive por ter nascido. A criança julga-se nociva também por ter sido abandonada. O autor

refere que isto poderá provocar variadas respostas, desde consternação e abatimento até hostilidade e agressividade. No que concerne à Carolina, a ausência do pai poderá estar a ser o motivo para a baixa autoestima, dependência e a necessidade de reparo emocional inerente.

Quanto às condições ótimas de atualização, apurou-se que estas incluem a presença e/ou as videochamadas com o pai, ficar a dormir na casa da avó quando a mãe vai trabalhar à noite, os diálogos com a mãe, a natação, a escola e o acompanhamento psicológico.

No que concerne ao *locus* de controlo, consideramos que este está centrado externamente, uma vez que a Carolina tem a necessidade de ser aprovada, tem a necessidade de ser direcionada, que lhe expliquem exatamente o que é suposto fazer. O que poderá explicar a ausência de criatividade nas brincadeiras. Todo o seu mundo é em função dos outros, da mãe, da professora, pelo que depende de uma avaliação externa por parte das figuras significativas. Pelo que pressupõe que existe uma dissociação entre o *self* real e o ideal, uma vez que a Carolina vivia sem a noção real do seu potencial, de quem é, em função do agradar o outro em prol do amor, e uma vez que não consegue gerir esta tensão entre o que é e o que gostaria de ser surgem sintomas enquanto resposta organísmica.

Benczik (2011) evidencia que uma educação equilibrada pressupõe os dois progenitores. A presença do pai na família é díspar e complementa a da mãe. Aberastury e Salas (1991) destacam que o pai simboliza a oportunidade do equilíbrio enquanto regulador da competência da criança para que este possa investir no mundo real.

Em vários momentos, foi possível identificar ansiedade na Carolina, tanto nos testes projetivos, como na ludoterapia ou nas observações sociais da menina. Cordioli e Manfro (2004, citados por Konkiewitz, 2013) indicam que a ansiedade é uma condição emocional que é vivida com características subjetivas inerentes ao medo. E que de acordo com a classificação do *International Classification of Diseases* (ICD-11) a perturbação de ansiedade generalizada é definida pela sintomatologia ansiogénica que vigora por vários meses, sentindo-se na maioria dos dias, manifestando-se ou através de uma apreensão generalizada, isto é, uma “ansiedade flutuante livre”, ou através de uma intensa preocupação que tem como alvo os variados eventos do dia a dia, maioritariamente a respeito da família, da saúde, financeira e escolar ou do emprego, simultaneamente com uma sintomatologia adicional, assim como tensão dos músculos ou agitação motora, excesso de atividade autonómica simpática, experiência subjetiva de nervosismo, dificuldade em preservar a concentração, irritabilidade, ou perturbação do sono. A sintomatologia resulta em angústia significativa ou deficiência significativa nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional, ou outras áreas importantes de funcionamento.

No que concerne à escola, à relação parental e à ausência da mãe foi possível validar que a Carolina reage com ansiedade e de certa forma aflição, revelando que não sabe gerir muito bem as emoções que advêm desses momentos. Gomes (2022) salienta também que as perturbações de ansiedade nas crianças constituem atualmente os distúrbios mais comuns que acarretam danos familiares, sociais e com prejuízo pessoal. Evidencia ainda que é na infância e na adolescência que estas perturbações se revelam, muitas vezes, relacionadas à dificuldade de ajustamento social e escolar ou aos medos. A autora refere ainda que as crianças e adolescentes cujas respostas são desadaptativas aos estímulos comuns e fontes de stresse, tendem a correr um risco acrescido para desenvolverem perturbações de ansiedade.

Gomes (2022), faz referência ainda a dois poderosos preditores para a evolução das perturbações de ansiedade na infância, segundo Clauss e Blackford (2012): o primeiro é a inibição do temperamento – a predisposição para se ausentar, evitar ou reagir receosamente aos novos acontecimentos – o que incrementa em sete vezes mais o perigo de vir a padecer desta perturbação no futuro; e o segundo preditor, de acordo com Lawrence et al. (2019), é um dos pais sofrer de perturbação de ansiedade, o que quase potencia o risco em dobro. De Assis et al. (2007) referem ainda que a relação insegura da criança com os cuidadores é um ponto adicional relevante para a compreensão da sintomatologia ansiogénica. É com base no comportamento parental e no tipo de relação estabelecida entre parentes e filhos que a criança desenvolve o seu modelo de funcionamento interno face aos acontecimentos da vida. Neste sentido, e devido aos diversos momentos em que tive contacto com a mãe da Carolina, foi possível reconhecer alguns comportamentos ansiogénicos que poderão ser passados para a filha, originando os comportamentos da mesma.

De acordo com Marques e Cepêda (2009) a ansiedade exerce uma função adaptativa no crescimento da criança. Contudo, poder-se-á considerar patológica quando é bastante acentuada e duradora; e/ou quando é demasiado invasiva ao ponto de interferir com o desenvolvimento e o dia a dia da criança, (nomeadamente as competências sociais e a sua autonomia).

Quanto à questão da autonomia, no início do processo, a Carolina não tinha autonomia, dependendo da mãe para praticamente tudo nas suas atividades de vida diárias, havendo um crescimento e independência no desenrolar do acompanhamento psicológico.

Em modo de conclusão, face ao exposto, foi possível compreender que a Carolina apresenta debilidade emocional que necessita de reparação, assim como o comportamento de cuidar dos outros ao invés de ser cuidada. À medida que foram decorrendo as sessões de acompanhamento psicológico, foi visível o crescimento e desenvolvimento que a Carolina teve, nomeadamente através da autonomia que foi adquirindo, na capacidade de criar histórias e

brincadeiras, passou a dormir sozinha no seu quarto, começou a desenvolver relacionamentos com os pares e adquiriu mais segurança na escola.

3.2 Caso Clínico da Marta

O caso clínico abaixo descrito visa apresentar o processo terapêutico de uma criança acompanhada em consulta de psicologia clínica conforme a abordagem desenvolvida por Axline, a Ludoterapia. Por motivos éticos, os dados inerentes à criança e cuidadores são fictícios para salvaguardar as suas identidades.

3.2.1 Identificação

A Marta é uma criança com nove anos e dois meses (110 meses) de idade, de nacionalidade portuguesa, que frequenta o terceiro ciclo do ensino básico. A mãe tem 24 anos, nacionalidade portuguesa, detentora do 12.º ano e encontra-se desempregada desde novembro de 2021. Quanto ao pai, foi possível apurar que este também é o avô da menina. A mãe da Marta acabou por contar, numa sessão em que estávamos só as duas, de que era vítima de violação por parte do pai, e numa dessas violações acabou por ficar grávida da menina (facto que a Marta desconhece). Tem uma meia-irmã de três anos, filha do ex-companheiro, que para todos os efeitos é o pai da Marta. Ambas as crianças residem com a mãe.

3.2.2 Motivo da Consulta

De acordo com a professora, a Marta foi sinalizada pela diretora da escola e pela própria, devido ao comportamento problemático desde que foi institucionalizada (de novembro 2021 a fevereiro 2022), nomeadamente os confrontos físicos e verbais que esta tem com os pares nos intervalos. Apesar de manter um comportamento adequado na sala de aula e ser uma ótima aluna, quando a menina é provocada pelos pares, tem um comportamento desadequado e agressivo com estes.

Foram realizadas 8 sessões semanais com a duração de 50 minutos, iniciadas em abril de 2022 e término em junho de 2022, sendo que destas da primeira sessão à terceira para avaliação psicológica e as restantes de acompanhamento psicológico.

3.2.3 História Clínica

Para a recolha da história clínica foi realizada uma entrevista semi-diretiva com a mãe, encarregada de educação da Marta. Esta desenvolveu-se em duas sessões, sendo a primeira presencialmente, na presença da criança, e a segunda, através de vídeo, somente com a mãe, para o desenvolvimento de algumas questões que a criança desconhece e que poderiam causar transtorno à criança.

Foi possível apurar que a gravidez não foi desejada e sucedeu no decorrer de uma série de abusos sexuais do qual a mãe foi vítima, por vários anos. Foi uma gravidez de risco e apenas após o sexto mês é que começou a ser seguida medicamente. A mãe da criança teve diabetes gestacional, porém o parto decorreu sem irregularidades às 36 semanas, através de parto normal. Tanto a progenitora como a bebé permaneceram no hospital, por dois dias no período pós-parto.

O desenvolvimento neonatal decorreu sem intercorrências, com um desenvolvimento normativo a nível motor, alimentar e esfinteriano, evidenciando ser uma criança saudável. Foi referido pela mãe que a menina tem terrores noturnos e enurese. Houve uma discordância quanto a roer as unhas quando a Marta está nervosa, uma vez que a mãe diz que não sucede e a menina afirma que sim.

Entrou na creche aos oito meses e levou cerca de duas a três semanas para se adaptar, porém, ao entrar no jardim de infância, a adaptação foi normativa, tanto com os pares como com os adultos. O mesmo sucedeu quando ingressou na escola, aos seis anos de idade.

No que concerne a doenças familiares, apurou-se que a mãe tem diabetes e já sucederam várias tentativas de suicídio, a avó tem tensão alta e o pai/avô é alcoólico.

A Marta quando nasceu residiu com a mãe num colégio de acolhimento para mães (a mãe viveu lá desde 2012 até 2016), quando saiu, foi para a casa que a Câmara lhes deu, entretanto estava na casa do namorado (pai da outra filha). Quando tinham o necessário, mudaram-se para a casa que lhes tinha sido atribuída, e ela vive lá desde então.

Quanto às alterações na vida familiar, sucedeu o nascimento da irmã em 2018, deu-se a separação do “pai” e da mãe (2019/2020) e a mãe perdeu o trabalho e está desempregada desde

novembro 2021. A Marta foi institucionalizada de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 devido às marcas que a menina apresenta, quando a mãe lhe bate agressivamente.

Relativamente à história atual, de acordo com a mãe, a queixa consiste em auxiliar a Marta a “digerir” a situação da institucionalização, o eventual trauma associado à experiência, não saber ouvir e não saber esperar. As expectativas consistem em saber ouvir, saber esperar. A criança não toma qualquer fármaco. Quanto às AVD's é autónoma, e faz referência ao dia (acorda, arruma a cama, lava os dentes, veste-se, toma o pequeno-almoço, vai para a escola, quando retorna vai ao parque quando a mãe leva, ou vão ao supermercado ou vai brincar, ajuda a mãe a cozinhar, toma banho, janta e vai para a cama por volta das 21h30).

3.2.4 Síntese da Avaliação Psicológica

Após a recolha da anamnese, procedeu-se à aplicação de testes psicológicos que se consideraram adequados, segundo a sintomatologia e queixas apresentadas, de forma a despistar ou reforçar o possível diagnóstico. As informações recolhidas, refletem o momento em que estas foram realizadas, como tal não se traduzem enquanto definitivas.

Tendo em conta os objetivos da avaliação, foram utilizados os seguintes testes: Desenho da Figura Humana de Harris-Goodenough de forma a avaliar a maturidade intelectual, nas suas funções perceptivas, de abstração e generalização, Matrizes Progressivas de Raven – Coloridas (CPM) para medir a inteligência geral (Factor G), Teste Projetivo Bar-Ilan – despista situações reais e significativas geralmente encontradas em contexto educacional da criança e o Teste Projetivo “Pata-Negra” - avalia a personalidade e os conflitos inerentes ao funcionamento mental infantil.

Tendo em conta o momento em que este caso nos foi apresentado pela escola, para uma avaliação psicológica e acompanhamento da menina, devido aos maus-tratos que esta estava a sofrer, a avaliação psicológica foi desenvolvida em três sessões para a aplicação dos testes psicológicos. Posteriormente, a entrega do relatório da avaliação psicológica efetivou-se com a mãe, presencialmente, numa sessão. As restantes sessões foram de acompanhamento psicológico. Ficou acordado que teríamos sessões semanais com uma duração de cerca de 50 minutos cada.

Primeira Sessão

Começamos a sessão e percebi que a Marta estava reticente e desconfiada, na defensiva. As suas linguagens corporais e verbais transmitiam informações contraditórias. Verbalmente referiu “já tinha perguntado à professora quando é que tínhamos sessão” (sic) ao que respondi “a sério? Porquê?” (sic) respondeu-me, “ohh, porque eu queria desenhar no tablet” (sic). Por algum motivo a menina achou que a sessão seria para isso. Comecei por lhe explicar o que iríamos fazer, e a Marta ouviu e prontamente começou a fazer o Desenho da Família Imaginária. Enquanto iniciava o seu desenho disse-me “posso ficar com este lápis?” (sic), perguntei-lhe porque queria ficar com o lápis e respondeu-me “porque é muito bonito” (sic). Por diversas vezes procurou por algo que servisse de prémio por estar a colaborar comigo. O que mais tarde percebi que é desta forma que a professora age, premeia os bons alunos e que se comportam adequadamente na sala de aula. Passámos para o Desenho da Figura Humana, que prontamente desenhou. Nas Matrizes Progressivas de Raven a menina esteve sempre entusiasmada com o teste, revelando uma capacidade de raciocínio lógico-dedutivo rápida. Seguidamente, solicitei que desenhasse um sonho mau que já teve ou que imaginasse um. Começou a desenhar e apontando para o mesmo referiu “esta aqui é a minha mãe” (sic) e fez silêncio. O qual foi devidamente respeitado. Repentinamente, começou a chorar e disse “não quero mais este desenho” (sic). Tentei compreender o que tinha originado o choro e a Marta respondeu-me “não quero lembrar desse sonho” (sic) e eu perguntei-lhe “é muito mau esse sonho? O que aconteceu nesse sonho?” (sic) a menina respondeu-me “a mãe morreu!” (sic) e estava tão desgostosa e a chorar tanto que estivemos a desconstruir a ideia, de que foi apenas um sonho, que não aconteceu efetivamente. Só dizia “é que eu gosto muito da minha mãe!” (sic). Conforme fomos conversando, foi-se acalmando. Assim que se acalmou, desenhou um sonho bom, que imaginou. Um desenho que ela gostou muito. Terminou a sessão bem disposta, e mais próxima do que quando iniciámos.

Segunda Sessão

Assim que chegou a esta sessão, quis a caneta que eu tinha. “Aiii, eu quero esta caneta! É tão gira!!” (sic).

Comecei por lhe explicar o que iríamos fazer nesta sessão, e disse-me que já tinha feito este teste, quando tentei perceber onde, disse-me que no colégio onde tinha estado. Mas, acabou por me dizer que não era o mesmo. Expliquei-lhe o teste que iríamos fazer o Bar-Ilan, e avançámos. Neste dia, estava muito agitada, levantou-se muitas vezes da cadeira. Quando

percebeu que o teste seria longo revelou pouca motivação e o humor oscilou entre contente, zangado, indiferente e desespero. Quanto aos processos de pensamento estes foram lógicos até ao momento em que se apresentou o cartão com o pai, depois, estes deram lugar a pensamentos confusos e histórias mirabolantes. A Marta criou histórias macabras que não tinham nada a ver com a escola. Tentava contar uma história de uma menina bem-comportada e que seria aceite, intercalando com as histórias macabras. Foi um dia muito desafiante para mim porque a menina teve um comportamento muito diferente do que tinha tido até então, criando histórias muito dolorosas, desconcertantes e pelo que percebi espelhando o sofrimento que sentia, sem o conseguir explicar de outra forma.

Terceira Sessão

Neste dia, a Marta não se lembrava de ir à sessão, foi logo para o recreio. Tive de a ir buscar, ao contrário do que havia acontecido na última sessão, que tinha vindo com a professora. Porém, já não estava tão agitada como na última sessão e foi perceptível a disponibilidade em estar na sessão. Começou por me contar sobre os jogos da Playstation que ganhou na 2ª feira. Depois disso, expliquei-lhe sobre o Teste do Pata Negra que iríamos fazer nesta sessão.

A menina esteve sempre muito entusiasmada com o teste, criando as histórias e revelando uma experiência emocional que evidenciava rivalidade fraterna, dando origem a escotomização e regressão, uma vez que é perceptível que a Marta compreende como deveria agir, mas não encontra as ferramentas necessárias para o fazer dando lugar à agressividade, forma que encontra para exteriorizar as emoções de incapacidade, dificuldade em gerir. Foi perceptível também uma angústia de separação e medo de perder a mãe e a incapacidade de gerir essa possibilidade, o que se transforma num grande medo e sofrimento para a menina. Uma vez mais, foi possível observar que se sente só e desamparada.

3.2.4.1 Resultados e Conclusões da Avaliação Psicológica

Noronha e Alchieri (2004) evidenciam que a avaliação psicológica consiste numa investigação de carácter que é realizada de forma a se obter respostas a perguntas específicas no que concerne ao funcionamento psicológico do sujeito num determinado intervalo de tempo ou de forma a presumir o funcionamento psíquico do mesmo no futuro.

Neste sentido, e considerando o momento em particular em que a Marta se encontra, foram equacionados vários testes psicológicos de forma a melhor compreender e/ou confirmar o possível diagnóstico que equacionámos. Seguem os resultados apurados através dos mesmos.

O Desenho da Figura Humana revelou, de acordo com a escala de Goodenough, que a Marta tem o Q.I de 151,4, diagnosticado como muito superior para a sua faixa etária, o que efetivamente corresponde ao desenrolar do teste. Verificou-se uma coerência no tamanho das figuras humanas e o desenho de si mesma tem uma proporção evidente para criança. No desenho da mulher este é ligeiramente maior do que no do homem e existe um maior investimento fazendo referência “deixa-me lembrar como a minha amiga desenha porque desenha muito bem, e eu quero caprichar” (sic), o que indica que existe uma real importância atribuída aquele sexo. Quanto à posição ambas tiveram a mesma, no centro, o que poderá indicar segurança, autovalorização, equilíbrio, autodirigida e emotividade. No que concerne ao tamanho versus folha, estes são grandes, o que poderá indicar expansão, agressão, desinibição, descontrolo e narcisismo. Porém no desenho de si mesma situou o desenho no centro e acima, o que poderá revelar espiritualidade, misticismo, fantasia, objetivos inatingíveis. Quanto ao traço é forte em todos, o que poderá denotar medo, insegurança e agressividade sádica.

Através das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, na avaliação da eficiência intelectual a Marta ficou entre o percentil 75 e o percentil 90, para os 9 anos e 1 mês de idade, o que corresponde a uma capacidade cognitiva e de raciocínio lógico-dedutivo acima da capacidade intelectual média. Em todo o teste a Marta revelou uma capacidade de raciocínio lógico-dedutivo rápida.

Nos Desenhos temáticos “Sonho Mau” e “Sonho Bom”, ambos são desenhados dentro de um balão como se estivesse a pensar. No desenho do sonho mau, que “foi real” (sic) a Marta posicionou o desenho no quadrante superior esquerdo, o que poderá significar conflitos, egoísmo e regressão, efetivamente o que é relatado vai de encontro. A Marta deixou o desenho inacabado quando começou a referir o que este representava, pois entrou em grande sofrimento e a chorar compulsivamente referindo “não quero desenhar mais, não quero lembrar deste sonho” (sic). Quanto ao sonho bom, este foi indicado como um sonho imaginário e foi um desenho mais elaborado, em que manifestou alegria com o mesmo e aceitação. Este foi um desenho prazeroso, provavelmente numa tentativa de amenizar o sofrimento e angústia causada pelo desenho anterior, dado que este foi posicionado no centro o que poderá significar segurança, equilíbrio, emotividade.

No Desenho da Família Imaginada, a Marta imaginou três irmãos, em que os três têm uma proximidade semelhante entre eles. Desenhou duas meninas e um rapaz, o rapaz é o mais

velho, depois temos uma menina com a mesma idade que a Marta e existe uma irmã mais nova. Refere que a mais feliz é a menina que tem a mesma idade “porque ela faz anos antes do que todo o mundo e ela faz anos no dia 1 de janeiro” (sic) o irmão é o mais triste e mais engraçado “porque faz piadas para os outros rirem” (sic) e a irmã mais nova é a menos engraçada “porque ela fica a implicar com os outros e ninguém quase é amigo dela” (sic). Das três pessoas gostava de ser a menina com a mesma idade “porque ela faz anos primeiro do que todos” (sic). Quanto ao traço, este é forte em todo o desenho o que poderá evidenciar medo, insegurança. Relativamente ao desenho da família real, os elementos têm o tamanho em proporção da idade real, começou por desenhar a mãe, a ela mesma e a irmã, suprimindo o pai. Esta supressão do pai pode indicar que se sente emocionalmente distante deste e que de certa forma existe uma desvalorização, uma negação da realidade e angústia inerente. Aqui a Marta está distante, tanto da mãe como da irmã, aparece como que isolada de todos os membros da família.

No desenrolar do Teste Projetivo Bar-Ilan houve flutuação do humor, assim como oscilação da motivação. No início do teste a Marta estava interessada, mas ao perceber que o teste seria longo revelou pouca motivação. O humor oscilou entre alegria, zanga, indiferença e desespero. Quanto aos processos de pensamento estes foram lógicos até ao momento em que se apresentou o cartão com o pai. Depois disto, estes deram lugar a pensamentos confusos e histórias mirabolantes. Foi possível verificar que a Marta se sente desamparada e só, que a escola é um lugar que ela não gosta, e não quer estar, porque sente que desilude as pessoas que esperam mais dela, e que há sempre consequências quando não acontece o que é esperado dela. E isso frustra-a. Demonstra também que existem coisas que ela considera fácil, mas existem outras que considera difícil, contudo tenta disfarçar e ocultar as dificuldades que possa sentir. Tendo uma tendência para a fuga das emoções. Quando há temáticas que a levam à desorganização, tende a reagir com histórias perturbadoras. É como se quisesse testar até que ponto pode contar com a pessoa que tem à sua frente. Nas relações sociais revela que é importante ter amigos, ainda que se sinta só e desamparada, revela também que ela quer comportar-se bem, dando lugar a uma idealização de como ser adequada. Quanto às atitudes das figuras de referência face à criança, sente a necessidade de agradar a professora de forma a ser recompensada pelo esforço, quanto à relação com a mãe, a Marta sente culpa pela tristeza que a mãe sente, considera-se culpada por isso, e esta culpa está a consumi-la.

Quanto ao Teste Projetivo Pata Negra, este foi apresentado à Marta, e seguidamente foi convidada a elaborar uma narrativa mediante a escolha de pranchas. O protocolo da Marta dá conta de uma experiência emocional que evidencia rivalidade fraterna, dando origem a escotomização e regressão, uma vez que é perceptível que a Marta compreende como deveria

agir, mas não encontra as ferramentas necessárias para o fazer dando lugar à agressividade, forma que encontra para exteriorizar as emoções de incapacidade, dificuldade em gerir. Revela também uma angústia de separação e medo de perder a mãe e a incapacidade de gerir essa possibilidade, o que se transforma num grande medo e sofrimento para a Marta. Uma vez mais, foi possível observar que se sente só e desamparada.

Concluindo, a Marta revelou capacidade cognitiva e de raciocínio lógico-dedutivo acima da capacidade intelectual média. Em vários testes foi possível validar que existe uma grande capacidade de imaginação, com respostas que em nada tinham a ver com o conteúdo das imagens, com uma grande elaboração das histórias, o que pode indicar uma tentativa de fuga às emoções que a imagem despoletava. Ao ser remetida para o protocolo, a imaginação cingia-se a uma descrição fiel das imagens. Denota-se uma supressão do pai o que pode indicar que se sente emocionalmente distante deste e que de certa forma existe uma desvalorização, uma negação da realidade e angústia inerente. Existe uma real importância atribuída à mãe, evidenciada em mais do que num protocolo. A mãe surge como cuidadora das necessidades básicas, mas como uma mãe triste em que a Marta se sente culpada por esta tristeza, e a forma de exteriorizar esta culpa é através do mau comportamento e da agressividade que expressa fora de casa, na escola, com os pares. Estes surgem várias vezes nas histórias, mas acaba por ficar só, o que poderá significar que não se sente amada. É possível verificar também a rivalidade fraterna, que poderá dar origem a escotomização e regressão, traduzindo-se pelos ciúmes e a ansiedade de separação, medo de perder a mãe. Em todos os testes, no final, a história terminava com todos mortos, ausentes, onde a personagem principal sempre ficava sozinha.

Os dados da observação clínica salientam a debilidade emocional que necessita de reparação assim como o comportamento agressivo despoletado com os pares.

Foi sugerido uma psicoterapia individual, de frequência semanal, com o objetivo de ser ajudada, através de uma experiência emocional reparadora, de forma a superar as suas dificuldades.

3.2.5 Síntese do Acompanhamento Psicológico

Este caso de acompanhamento foi particularmente desafiante, devido à gravidade da situação *versus* o pouco tempo que tinha para tentar ajudar esta menina. A Marta começou muito desconfiada, sem saber se poderia confiar em mim, colocando-me à prova e com comportamentos desafiantes. Aos poucos, fomos construindo a relação e as diferenças foram

significativas e notórias. De tal forma, que no último dia de sessão, a Marta terminou a chorar porque não teria mais sessões comigo. Decidi partilhar este caso, porque foi bastante significativo para mim. As diferenças em tão poucas sessões e tanto que sucedeu no período em que houve acompanhamento são o motivo de escolha deste caso.

Primeira Sessão e Segunda Sessão

Na primeira sessão a Marta estava expectante sobre o que iríamos fazer. A sua postura tendencialmente, era provocadora, a tentar testar-me para ver se eu me iria embora devido ao seu comportamento e/ou se poderia confiar em mim, se não a abandonaria, ao mesmo tempo sempre atenta e com um sorriso nos lábios.

Comecei por lhe explicar que iríamos fazer alguns jogos, que teriam início com uma história de banda desenhada. E enquanto ainda estava a explicar a menina questionou rapidamente “isso é uma banda desenhada?” (sic) “sim, é! Gostas de banda desenhada?” (sic) respondi, automaticamente a Marta diz-me “não! Já não gosto...” (sic) ao que eu devolvo com uma tentativa de compreender se esta atividade seria aceite pela menina, “mas gostas de ler histórias?” (sic), “sim, gosto” (sic) respondeu-me, “então podes ler tu?” (sic) e começou a ler a história.

Na altura, a minha orientadora sugeriu que usássemos a abordagem cognitivo comportamental, neste acompanhamento, ao invés da ludoterapia devido à idade da menina. Para o efeito, o material a utilizar era composto por atividades com o enfoque de auxiliar nos problemas de comportamento evidenciados pelas professoras que motivaram a sua sinalização.

Iniciámos a atividade e num dos momentos em que se estava a procurar pistas a Marta referiu “eu não gosto de fazer isto! Eu gosto de fazer outras coisas...!” (sic), devolvi tentando compreender “então gostas do quê?” (sic), responde-me “gosto do El Pata Negra!” (sic), “pois, mas o Pata Negra já fizemos, não podemos fazer novamente. Então e se eu trazer uma mala com brinquedos? Tu achas que ias gostar de brincar?” (sic) consentiu com a cabeça e com brilho nos olhos. Ao que lhe respondi “ok... hoje não tenho aqui... mas vamos só ver o que ele vai dizer?” (sic) e terminámos de ler aquela parte da história. Apenas sugeri que continuássemos a ler até ao fim, porque iria passar por uma pergunta que poderia ser um “turning point” ou quebra-gelo, que daria lugar a partilha da parte da Marta. Esse momento é quando surge a pergunta “coisas boas que tenhas feito?” (sic) ao que me respondeu “brincar com os meus amigos” (sic) e “a pior coisa que já fizeste?” (sic), “a pior coisa que eu já fiz? Enganar os meus amigos!” (sic) e esmiuçamos o tema. Houve outro ponto, em que a personagem falava sobre a sua aparência, e fomos esmiuçando o tema. A dada altura a Marta refere que não se acha bonita,

e eu tentei compreender por que motivo ela tem essa opinião. Começou por evidenciar características físicas, tais como a marca que tem na sobrancelha, dos olhos... e repentinamente faz uma conotação com o seu nome “eu me chamo Máaa...rta! Má...” (sic), “por ser Má? Achas que és má por causa do nome?” (sic) questionei. “Sim!” (sic) respondeu com um ar cabisbaixo. Retorqui “se pudesses mudar o teu nome como é que te chamavas?” respondeu-me com o seu segundo nome. Perguntei-lhe se queria que a tratasse por esse nome, respondeu que sim. E fomos desconstruindo esta ideia que ela tinha sobre ser bonita, sobre a possibilidade do seu comportamento estar interligado com o nome dela.

Demos continuidade à atividade e conversámos sobre vários temas. Passado algum tempo, foi possível detetar um dos hábitos da menina. No decorrer da conversa, tem o hábito de dizer “é mentira!”, quando pensa que o que diz poderá não ser bem aceite.

Terceira Sessão

Nesta sessão, descartei o material cognitivo comportamental, e trouxe a mala de ludoterapia conforme havíamos combinado. Antes de o fazer, validei com a minha orientadora de estágio que consentiu a troca.

Esta sessão decorreu depois do episódio, da semana anterior, em que a mãe agrediu violentamente a Marta. No interregno que houve entre a última sessão, a entrega do relatório da avaliação psicológica e a minha ausência devido ao isolamento profilático, a mãe da menina teve um momento de perda do controlo numa manhã antes da Marta ir para a escola e deu-lhe um pontapé que a levou a bater na mesa com a cara e ficou toda negra, magoou o olho que ficou todo inchado e com marcas no corpo. Devido a este episódio, quando a menina chegou à escola, a professora reportou imediatamente a situação e a menina foi novamente retirada à mãe e institucionalizada onde já havia estado anteriormente, antes de começar a ter os comportamentos agressivos.

Quando a menina veio ter comigo, foi perceptível a mudança de postura com que tinha estado nas outras sessões. Devido ao que me tinha dito sobre o seu nome, e como combinámos, comecei a tratá-la pelo segundo nome, que ela gosta.

Estava curiosa com o que estaria na mala... aproximou-se da mesma e começou a explorar o seu conteúdo. A primeira coisa que agarrou foi a arma, e disse-me “uau, eu quero! É a sério?” (sic) ao que respondi que era de brincar, e retorquiu “posso levar?” (sic) respondi que não, porque é da caixa de brinquedos para os meninos todos poderem brincar. Então disse “eu queria ter uma real!” (sic), questionei “porque é que queres uma arma real?” (sic), “para as pessoas más” (sic) e ficou em silêncio, o qual respeitei. Seguidamente questionei se queria

brincar com a mala de brinquedos ou se queria fazer desenhos ou outra coisa, disse-me que queria brincar com aquilo. E começou a explorar tudo o que a mala tinha, acabou por agarrar na plasticina e começou a brincar com a mesma.

Falámos sobre o que tinha acontecido e a menina disse que tinha um namorado lá na instituição. E que tinha saudades da mãe, mas da mana não muitas. Refere que a mãe não a pode ir visitar ainda, e por isso tem muitas saudades, que não gostou do que a mãe lhe fez, mas que gosta muito da mãe.

No decorrer da brincadeira, em que estávamos a falar sobre a plasticina e porque é que aquela estava misturada, digo-lhe que foram os outros meninos que tenho, que fizeram isso, ao que me responde “tu traíste-me” (sic). Falámos sobre isso, e a Marta compreendeu. Falámos sobre o facto de a escola estar a terminar e que as nossas sessões também já estavam quase a terminar.

Conversávamos sobre variados temas e brincávamos, e a dada altura eu usei a palavra “ambos” e a Marta referiu “ahhh és tão esperta!” (sic) ao que lhe devolvo que ela também é muito inteligente, respondeu-me “não sou nada” (sic) reafirmei o que lhe havia dito e ainda faço referência aos testes que ela tinha feito comigo que evidenciam isso.. que ela é muito inteligente, mas ainda assim, ela volta a dizer “nahhh não sou nada!” (sic). Continuamos a falar até ao final da sessão, agora sobre o que a menina ia criando com a plasticina.

Quarta Sessão

Nesta sessão, tive de andar à procura da Marta, porque as aulas tinham terminado mais cedo. A menina estava triste porque tinha tido um teste que não tinha conseguido terminar tudo. Dei-lhe espaço e começámos a conversar, sobre o fim de semana, sobre os dias lá na instituição, o namorado.

Depois disse “hoje não sei com o que é que eu vou brincar” (sic), depois agarra no martelo e começa a bater na mesa, diversas vezes, depois nas paredes. Depois agarra na arma e aponta para mim, ao que lhe pergunto “vais-me matar?” (sic), sorri e diz “não, achavas que eu ia-te matar?” (sic) respondi “não sei, estavas assim virada para mim, e eu pensei ahhhh” (sic) depois disto vira a arma ao contrário dando-me a indicação para a matar a ela, e eu questiono “matar-te? Porquê?” (sic) responde-me “aqui, eu não vou morrer, nem na mão!” (sic), “só na cabeça, no pescoço, no peito” (sic), pergunto “como é que sabes essas coisas?” (sic) continua, “aqui, na barriga, faz perder o fluxo na barriga e depois morre!” (sic), e eu tento explorar o tema, “então e se for nos braços não perde o fluxo?” (sic), “não! Só a tua veia parte-se e vais

ficar.. vais ficar.. não vais poder respirar muito bem!” (sic) e depois disto ficou em silêncio a mexer nos brinquedos. Respeitei o silêncio. Daí começou a trazer para cima da mesa os materiais para brincar com a plasticina, os tachos, colheres e todos os acessórios que achou pertinentes para a brincadeira. Viu a seringa e perguntou-me “para que é que serve uma seringa?” (sic) disse-lhe que pode ser utilizada para várias coisas, quando ia dar exemplos, parei porque fiquei a observar a experiência que a Marta estava a fazer. Estava a testar a seringa na pele, fazendo vácuo e a sorrir com a experiência. Deixei fazer a experiência e não teci qualquer comentário sobre a mesma. Depois disto ficou em silêncio, durante imenso tempo, o que respeitei. Subitamente começa a conversar sobre a brincadeira que está a ter, mas não existem diálogos entre personagens, vamos simplesmente conversando sobre temas aleatórios, curiosidades que ela tem. A dada altura, começa a falar baixinho e a dizer “é culpa minha estar na instituição” (sic), questionei, “é culpa tua? Porque achas isso?” (sic), disse-me “não, é mentira” (sic), pedi-lhe para me dizer porque é que acha isso, respondeu baixinho “é mentira” (sic). Ao que lhe respondi “não ias dizer isso se não achasses” (sic), insistiu, “é mentira” (sic). Houve silêncio. Então eu disse-lhe, “ok, vamos supor que era verdade, porque é que achas que seria culpa tua?” (sic) “vamos fazer de conta” (sic), respondeu-me, “porque se eu não contasse, eu não taria lá” (sic) retorqui, “se não tivesses contado não estarias lá... então e achas que contar é que está errado?” (sic), respondeu-me baixinho “sim” (sic). Perguntei-lhe “e achas que a mãe bater-te não está errado?” (sic) ao que respondeu “pois...” (sic) e a sua face revelou que tinha tido um outro entendimento da situação e repentinamente levanta a cabeça e diz “vá, continuando...” (sic). E eu disse-lhe “sabes, essas coisas são importantes... falar sobre essas coisas, é importante para depois tu não fiques com raiva, que faz com que batas nos meninos e chames nomes. Por isso é importante nós falarmos sobre isto para tu perceberes que a culpa não é tua!” (sic) “e contares, foi o mais correto porque não é suposto a mãe te bater assim, por muito que tu gostes da mãe e queiras estar com a mãe e que tenhas saudades dela. Mas a mãe bater-te, a culpa não é tua!” (sic). Depois de ouvir isto começa a sorrir. Continuámos a conversar e a sua expressão mudou completamente depois desta conversa. Depois disto ainda lhe disse “sabes, quando a Ana for embora, quando as nossas sessões terminarem, é importante que fales sobre os teus sentimentos” (sic) e ela olhou para mim e disse-me “eu vou ficar muito triste quando fores embora” (sic) perguntei-lhe porquê, e disse-me “porque eu gostava muito que ficasses sempre comigo!” (sic) ao que lhe respondi que também gostaria muito, mas que terá mesmo de ser porque temos regras e as sessões terão mesmo de terminar, conforme já tínhamos falado. E ficou em silêncio. Depois começámos a conversar sobre coisas aleatórias. E percebi

que a Marta ficou muito quieta, a brincar, mas a tomar consciência de que estaríamos a terminar as sessões e de certa forma triste com essa realidade.

Quinta Sessão

Comecei a sessão a relembrar que seria a última.

A Marta dirige-se para a mala de brinquedos e agarra no martelo e começa a martelar em cima da mesa enquanto vamos conversando. Diverte-se imenso a bater com o martelo. Depois vai para a mala e vai buscar o material para brincar, mas hoje traz as peças de madeira para criar torres. E vamos conversando sobre os mais diversos temas. Repentinamente levanta-se e vai buscar o martelo novamente. Começa por construir uma torre, depois, agarra o martelo e começa a destruí-la. Vai repetindo isto e diverte-se imenso enquanto o faz. Constrói as torres e destrói com o martelo, e fá-lo vezes sem conta. Este acaba por torna-se o momento em que mais nos divertimos juntas, em que a Marta ri e eu também.

Nesta sessão claramente compreendi que a relação estava estabelecida. E quando a menina começa a confiar e a abrir o seu coração temos que terminar as sessões.

Mesmo antes do término, sentámo-nos para “encerrar a sessão” e falámos sobre várias coisas. Acabei por lhe perguntar pela mãe, ao que me respondeu que ainda não tinha visto a mãe, que iria vê-la pela primeira vez desde que foi institucionalizada, no dia seguinte. Relembrámos algumas coisas importantes que tínhamos falado na sessão anterior, em que a menina terminou por me dizer que ela é boa, não é má! Agarrou-se a mim a chorar, muito triste por ser a nossa última sessão, conversei com ela e acabou por ir embora para as AEC's (Atividades Extra Curriculares). Voltámo-nos a encontrar no andar de baixo, da escola, e a Marta continuava a chorar, junto do professor da AEC, ainda conversámos um pouco e deu-me um último abraço. Depois teve de ir para a atividade com o professor.

3.2.6 Discussão do caso

À semelhança do que sucedeu no caso anterior, de forma a melhor compreender o caso, a sua análise será à luz da Teoria do Desenvolvimento Psicoafetivo do Prof. Hipólito.

Parafraseando novamente o Prof. Hipólito, uma vez que terá como evidência o cerne da questão que iremos retratar. De acordo com Hipólito (2011), o feto que se encontra em crescimento é uma criatura frágil sujeita a “traumas”, tanto nas potencialidades como na atualização desses traumas, possivelmente poderão originar consequências que minimizarão a

exteriorização dessas potencialidades. Esta fragilidade do embrião, no que concerne aos traumas das potencialidades, manter-se-á até ao momento em que nasce, de igual forma, os traumas poderão constituir uma oportunidade para as condições ótimas de atualização das potencialidades.

Considerando o caso da Marta, foi possível apurar nos **Traumadas Potencialidades**, o facto de **ser filha do avô**, que constitui um trauma biológico devido ao grau de consanguinidade, que poderão advir outros traumas que não foram possíveis apurar pela ausência de informação. No que concerne aos **Traumadas nas Condições** existem vários traumas que estão de certa forma a condicionar a sua tendência atualizante. Nomeadamente, o facto de **ser filha do avô, ser agredida pela mãe de forma violenta, ser institucionalizada e retirada à mãe, sujeita ao comportamento depressivo da mãe, e à carência económica**. Estes traumas tiveram um impacto a nível psicológico, social, biológico e psicoafetivo, uma vez que afetaram as potencialidades, traduzindo-se na relação com a mãe, em termos sociais na interação com os pares através do comportamento agressivo físico e verbal, a falta de confiança nos outros, a saúde da mãe, a culpabilização pelos sucessivos abusos, pela pressão para ser uma excelente aluna e a baixa autoestima.

Damiani e Colossi (2015) citam Eizirik e Bergmann (2004) que sustentam que a ausência do pai potencia a causa de conflitos no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança, assim como potencia o desenvolvimento de perturbações do comportamento. Cia et al. (2005) sugerem que as problemáticas comportamentais consequentes da ausência do pai fazem-se presentes desde o período pré-escolar e poder-se-ão manter no decorrer da vida escolar originando consequências pouco favoráveis, que se manifestarão através de reduzido desempenho escolar, crescente abstenção às aulas, um elevado risco para o consumo de drogas, assim como relações frágeis com os pares, depressão, ansiedade, fragilidade emocional e externalização comportamental. No que concerne à Marta, o facto de ter o pai ausente poderá ter influenciado o comportamento da menina uma vez que se denota uma supressão do pai, tanto nos testes psicológicos como no decorrer das sessões, uma vez que o mesmo nunca surgiu em momento algum nas conversas ou brincadeiras que sucederam, o que pode indicar que se sente emocionalmente distante deste e que de certa forma existe uma desvalorização, uma negação da realidade e angústia inerente. Para além disto, poderá condicionar o relacionamento com a irmã dando lugar à rivalidade fraterna existente.

Por norma, as crianças manifestam sintomatologia somática, tais como, dores de cabeça, dispneia e dor de estômago. As crises de raiva, de choro e irritação inúmeras vezes surgem nas crianças com perturbação de ansiedade e correm o risco de ser mal interpretadas dando lugar a

perturbações de oposição ou desobediência quando na verdade são demonstrações de medo ou tentativas para evitar acontecimentos desencadeadores de ansiedade. (APA, 2014). Cabral e Patel (2020, citados por Gomes, 2022) referem que a etiologia destas perturbações se manifesta através de variados fatores, nomeadamente os genéticos, temperamentais, a conduta dos pais, a estimulação ambiental e os fatores de fisiologia. No que concerne ao medo e à ansiedade, Crujo e Marques (2009) referem que estes podem ser integrados em situações desfavoráveis ou perigosas, uma vez que o medo possibilita ao sujeito evitar determinado risco específico, a ansiedade exerce este mesmo papel de proteção, apesar desta surgir em meio à inexistência de estímulos colocando-se numa área de antevisão. Porém, quando ambas deixam de ter a função de adaptação, poderemos ter que considerar como sintomas e/ou perturbações de ansiedade.

Neste sentido, existem vários motivos que poderão estar a dar origem às perturbações de comportamento da Marta, nomeadamente o facto de ter sido retirada à mãe e ter sido institucionalizada, pode ter dado origem à ansiedade e o medo de perder a mãe, o medo de não ficar na mesma escola, com a professora que tanto gosta e confia, ir para uma instituição com pessoas desconhecidas, o sentir-se desprotegida, de pai, mãe poderá ter dado origem às alterações do comportamento que foram apontadas pelas professoras.

Montgomery (1998) constatou que os descendentes com pai biológico ausente possuem uma probabilidade maior, em dobro, para uma repetição de ano escolar, e possuem 11 vezes mais de probabilidade de ter condutas violentas na escola comparativamente às crianças com pais presentes (citado por Benczik, 2011). Esta autora refere ainda que as crianças que não têm convívio com o progenitor tendem a desenvolver distúrbios na ordem da identificação sexual, resistência para o reconhecimento dos limites bem como para a instrução de regras de convívio social. Esta lacuna poder-se-á apresentar de variadas formas, entre elas uma maior propensão para uma ligação à delinquência. Segundo a classificação do DSM-V (APA, 2014) as perturbações disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento englobam contextos que contêm problemas de comedimento emocional e comportamental. As pessoas cuja perturbação se iniciou na infância são mais prováveis de vir a desenvolver perturbação de comportamento persistente em adultos do que as que tiveram início na adolescência. Quanto aos fatores de risco, o DSM-V (APA, 2014), refere os fatores ambientais, o nível familiar, que englobam a negligência e desprezo parental, hábitos educacionais incoerentes, rigidez disciplinar, abuso físico e/ou sexual, ausência de supervisão, institucionalização precoce, constante alteração de cuidadores, família avantajada, criminalidade dos progenitores, e determinados tipos de psicopatologia familiar (tais como perturbações relativas a substâncias); ao nível da comunidade, englobam o desprezo dos pares, agregação a grupos de pares

delinquentes e residir num local problemático e violento. Ambos os tipos de fatores de risco têm uma tendência para serem mais frequentes e gravosos entre sujeitos com perturbação do comportamento cujo início é na infância. Para Marques e Cepêda (2009), salientam a disfunção familiar – que pressupõe eventos traumáticos e carências precoces; exposição a acontecimentos violentos e de maus-tratos, elevados eventos conflituosos intrafamiliares; e a intercalação aleatória entre um excesso de rigidez e a falta de controlo/limites. Fazem referência também às doenças mentais ou comportamentos de adição dos progenitores, um nível socioeconómico deficitário, um temperamento complexo da criança, conjunturas vulneráveis somáticas da criança, principalmente as que reduzem as competências para controlar os impulsos (nomeadamente a epilepsia, lesão cerebral) e por fim, as dificuldades para aprender. Carr (2014) refere que os fatores biológicos, assim como os psicológicos, poderão predeterminar os jovens para o desenvolvimento de perturbações de comportamento. Em termos biológicos, os fatores genéticos poderão exercer uma função na etiologia de alguns dos casos desta perturbação, embora ainda não esteja claro de que forma estes fatores influenciam o desenvolvimento de perturbações do comportamento. Sendo provável que esta predisposição envolva um suporte fisiológico que possa regular o grau de ativação ou temperamento. Poderá ainda ocorrer uma desregulação a nível dos neurotransmissores, tais como a serotonina e a noradrenalina, ou até de hormonas, tais como a testosterona e o cortisol que sejam implícitas nesta estrutura fisiológica.

Outro trauma que poderá estar a contribuir para as perturbações de comportamento da Marta poderá ser a carência económica, que de acordo com Carr (2014), a desigualdade social, o reduzido nível socioeconómico, a escassez, a superlotação da habitação e a separação social são fatores sociais mais vastos que propiciam os jovens ao desenvolvimento de distúrbios de comportamento de variadas formas.

Goodman e Gotlib (1999) salientam que a depressão materna poderá danificar as habilidades desenvolvimentais das crianças em idade escolar, em variadas esferas, tais como a académica e a social, que são evidentes através de uma baixa autoestima e elevados níveis de distúrbios comportamentais. Também Silk et al. (2006) evidenciam que as mães que apresentam distúrbios de humor manifestam constrangimento a regular e socializar as suas emoções, provavelmente resultante de danos no seu próprio processo desenvolvimental das emoções, tornando-se uma lacuna e falta de competências para serem um modelo e conseguirem ensinar os próprios filhos, ou até fortalecer os meios adequados de modelagem emocional dos filhos. Segundo foi possível apurar, a mãe da Marta tem um diagnóstico de depressão, e é

acompanhada psicologicamente, pelo que poderá ser um dos motivos que danificam o desenvolvimento da menina e reduzem a sua autoestima.

De acordo com Carr (2014), verifica-se um prognóstico pouco favorável para os jovens que apresentam distúrbios de comportamento no começo da infância e que se cingem com frequência a variados tipos de conduta disruptiva, tais como a hostilidade, a devastação e as mentiras, em variados ambientes sociais, inclusive em casa, na escola e na sociedade. Neste sentido, e no caso da Marta, existem vários motivos para considerar que o prognóstico poderá ser pouco favorável se a menina não tiver acompanhamento psicológico.

Para o Instituto Nacional de Saúde e Investigação Médica (sd, citado por Pardilhão et al., 2009) mais do que cada um dos fatores isolados, é através da junção e interligação dos diversos fatores de risco que irá influenciar a génese das perturbações do comportamento.

Quanto às condições ótimas de atualização, foi possível apurar que o acompanhamento psicológico, a escola, a professora e o facto de ter sido institucionalizada são uma mais-valia para a Marta auxiliando-a a melhorar o seu comportamento e desenvolvimento.

No que concerne ao *locus* de controlo, consideramos que este é externo, uma vez que a Marta vive de acordo com o que é expectável, isto é, para não ser agredida a menina em casa tem um comportamento “normal” e na escola, quer ser reconhecida pela professora pelo que se esforça para ser uma excelente aluna, pelo que depende de uma avaliação externa por parte das figuras significativas. Logo existe uma dissociação entre o *self* real e o ideal, uma vez que a Marta tem vivido a tentar agradar as suas figuras significativas, em prol do amor destas. Quando não consegue gerir esta tensão, entre o que é, e o que gostaria de ser, surgem sintomas.

Pelo que existe um distanciamento entre o *self* real e o *self* ideal uma vez que a Marta demonstrou que não tem noção de todo o seu potencial, minimizando até as suas capacidades.

Devido ao facto de ter sido um acompanhamento tão curto, as várias possibilidades que foram equacionadas não foram passíveis de efetivar a sua confirmação. Porém, foi possível verificar significativas melhorias no pouco tempo que tivemos. Pelo que considero que havendo um acompanhamento psicológico da Marta, o prognóstico poderá ser totalmente diferente daquilo que é previsto com todas as situações inerentes.

PARTE IV
CONCLUSÃO

Reflexão Pessoal

Após a conclusão do estágio curricular e o término deste relatório chega o momento em que as minhas reflexões de longos meses se tornam efetivas em papel. Todo o percurso, toda a aprendizagem, todas as “dores de crescimento” inerentes, todos os desafios que encontrei neste percurso. É realmente abismal a diferença que sinto em mim, considerando um antes e um depois. Um antes estágio curricular e um pós estágio e relatório.

O meu estágio foi um projeto piloto da instituição que me acolheu, e que tanto investi em mim. Por este motivo, tudo era novo, e em conjunto e debaixo da alçada da minha orientadora fomos avançando e ajustando o que era necessário. Apesar da minha orientadora do local de estágio não se encontrar fisicamente nos meus locais de estágio, o que impossibilitou a observação que a grande maioria dos meus colegas tiveram a oportunidade de usufruir desse tempo, no meu caso, eu passei logo para a ação e comecei a colocar em práticas as diretrizes que tinha, a mesma sempre se fez presente e disponível para toda e qualquer dúvida que me surgisse.

Confesso que no início várias dúvidas surgiram, receios e incertezas. Pois o facto de não ter o período de observação fez com que no início não estivesse certa se seria o melhor método, se estaria a fazer o correto/melhor. Por outro lado, isso também fez com que eu desenvolvesse mais, crescesse mais e rapidamente. Lembro-me que as primeiras semanas foram duras, e que tive de confiar muito no meu instinto, tive de pesquisar muito, ler muito, “correr atrás”. Sempre fui muito autodidata e metódica e isso foi uma mais-valia para este período, que de outra forma poderia não ter conseguido. Foi essencial para mim sentir a segurança e confiança por parte da minha orientadora naquilo que eu estava a fazer. Isso fez com que também eu percebesse que estava no caminho certo, que estava a crescer e evoluir enquanto profissional. Posso afirmar que foi uma etapa repleta de desafios, quer a nível pessoal e profissional, mas de igual forma crescimento e evolução enquanto pessoa e profissional.

O outro momento em que senti reservas foi quando tive de aplicar testes projetivos, devido à sua complexidade. O facto de ter “mergulhado” nos manuais e ter esclarecido dúvidas e/ou ter frequentado formações ou workshops sobre o teste em causa fizeram com que ficasse mais segura e me ajudasse a aplicar e cotar com a segurança necessária, ainda mais quando são os primeiros. Foi bastante desafiador, mas ao mesmo tempo perceber que era capaz foi bastante gratificante.

Penso que o facto de ter duas escolas distintas e em localizações e realidades tão diferentes foi bastante enriquecedor, na medida em que pude melhor compreender o quanto o

sistema nuclear em que estamos inseridos pode efetivamente fazer diferença na vida da criança, afetando-a e modificando-a, eventualmente, tanto para o bem como para o mal. Conforme Minuchin et al. (1999, citados por Silva et al., 2008), os parentes poderão ser tidos como o sistema que tem maior influência no desenvolvimento da criança, já Coatsworth et al. (2002) referem que o meio familiar surge como o mais influente sistema de sociabilização para que se dê o crescimento saudável da criança e do adolescente.

Em todo o tempo, tive uma postura empática para com todos, não apenas as crianças que eram as minhas clientes, mas também os familiares, os professores, diretores, auxiliares. Sempre tentei compreender as realidades inerentes e retirar dali o que poderia motivar determinados comportamentos. E ao invés de ter uma postura condenatória, sempre tentei melhor compreender as motivações e origens dos atos e/ou comportamentos.

Relativamente aos objetivos que foram traçados para este estágio, penso ter atingido com sucesso os mesmos, pois, no final tudo aquilo a que nos propusemos foi devidamente alcançado, e até mais do que havíamos pensado. Todas as formações que fiz, extra curriculares, sugeridas ou por iniciativa própria, todas elas somaram com o plano de ação que estava projetado, possibilitando o sucesso.

É de salientar também as aulas de Seminário que a faculdade disponibilizou. A importância que estas tiveram para que pudéssemos trocar experiências e dúvidas, de forma a nos auxiliar a aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do nosso percurso acadêmico e implementá-los na prática profissional. Também ali, muitas vezes pudemos compreender que os sentimentos eram sentidos de forma quase que transversal por todos os colegas, o que nos permitiu renovar a motivação muitas vezes, ou ajudar outros a renová-la.

O que mais me marcou no estágio curricular, foi perceber a diferença que estava a fazer na vida das crianças e a felicidade que isso me trazia, o sentimento de dever cumprido.

Referências Bibliográficas

- Aberastury, A., & Salas, E. (1991). *A Paternidade - um enfoque psicanalítico* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alchieri, J., & Cruz, R. (2010). *Avaliação Psicológica Conceito, Métodos e Instrumentos*. (4ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, S.M.B. (2005). A ausência da função paterna no contexto da violência juvenil. Simpósio Internacional do Adolescente, São Paulo. In: Simposio Internacional do Adolescente, 2., 2005, São Paulo. <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200006&lng=en&nrm=abn>.
- Araújo, J., Silva, M., & Azevedo, G. (2021). *A importância da família no desenvolvimento da criança na educação infantil*. 7(3), 8–26.
- Arcaro, N., Herzberg, E., & Trinca, W. (1999). O Psicodiagnóstico infantil no atendimento psicológico a populações carentes. *RIDEP*, 1. <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R07/R073.pdf>
- Asmundson, G. J. G., Fetzner, M. G., Deboer, L. B., Powers, M. B., Otto, M. W., & Smits, J. A. J. (2013). Let's get physical: A contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depression and Anxiety*, 30(4), 362–373. <https://doi.org/10.1002/da.22043>
- Assis, S., Ximenes, L., Avanci, J., & Pesce, R. (2007). *Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância* (Número December). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Axline, V. (1984). *Ludoterapia : A dinâmica interior da Infância*. Interlivros.
- Axline, V. M. (1993). *Play Therapy*. Ballantine Books (Original publicado em 1969).
- Baptista, M. N., Hauck, N., & Borges, L. (2017). Avaliação em psicologia clínica. In M. R. C. Lins, & J. C. Borsa (Orgs.), *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 355-367). RJ: Vozes.
- Bee, H. & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento* (12ª edição). Artmed Editora S.A.
- Benczik, E. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista Psicopedagogia*, 28(85), 67–75. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862011000100007&script=sci_abstract
- Boothroyd, L. G., & Cross, C. P. (2017). Father absence and gendered traits in sons and

- daughters: Discovery Service para Timbó. *Plos One*, 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179954>
- Brites, R. (2002). “Estórias mal aprendidas” - A Intervenção Ludoterapêutica numa Criança com Dificuldades de Aprendizagem. (pp. 9-10) *A Pessoa como centro - Revista de Estudos Rogerianos*.
- Brites, R. (2006). Explorando a teoria da personalidade de Rogers: o desenvolvimento humano na perspectiva a Abordagem Centrada na Pessoa. Manuscrito não publicado. Pós-Graduação Masters em Counselling. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275–1293. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000024839.60748.E8>
- Cartwright-Hatton, S. (2006). Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 813–816. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.001>
- Carr, A. (2014). Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente. (1ed.). Psiquilíbrios Edições.
- Cia, F., Williams, L. C. A. & Aiello, A. L. R. (2005). Influências paternas no desenvolvimento infantil: Revisão da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(2), 83-91. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000200005
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e Avaliação Psicológica - Introdução a Testes e Medidas*. Artmed.
- Colovini, C. E., & Bertolin, R. S. (sem data). *Ludoterapia Centrada na Criança*. <https://pt.scribd.com/document/120272750/Ludoterapia-Centrada-na-Crianca>.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2022). Cartilha Avaliação Psicológica. (3ed). Conselho Federal de Psicologia.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). *As perturbações emocionais - ansiedade e depressão na criança e no adolescente*. 576–582. <https://doi.org/https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10675>
- Cunha, A. J. (2000). *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artmed.
- Cúnico, S. D., & Arpini, D. M. (2014). Não basta gerar, tem que participar?: um estudo sobre a ausência paterna. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 226–241. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932014000100016>
- Cypel, L., Friedmann, A., Chiesa, A., de Castro, C., Segre, C., Souza, S., Cypel, S., & Lippi, U. (2013). Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. Em *CEUR*

Workshop Proceedings (Vol. 1542).

- Damiani, C. C., & Colossi, P. M. (2015). A ausência física e afetiva do pai na percepção dos filhos adultos. *Pensando famílias*, 19(2), 86–101. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2015000200008
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-V. APA, (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.) American Psychiatric Association, Artmed.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). Dicionário de Psicologia (1ed). Climepsi Editores.
- Eizirik, M., & Bergmann, D. S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 330–336. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082004000300010>
- Faria, S., & Souza, D. (2021). Instrumentos utilizados para avaliação psicológica de crianças hospitalizadas. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(62), 5250–5259. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5250-5259>
- Ferrari, J. L. (2007). *Ser padres en el tercer milenio* (E. del C. Rodado (ed.); 2.ª ed., Número 40). https://books.google.com.co/books?id=vabEoIwO3JsC&printsec=frontcover&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Freire, J., & de Brito, R. (2014). *Ludoterapia centrada na criança - uma leitura a partir da ética de Emmanuel Lévinas*.
- Freitas, L. C., Porfírio, J. C. C., & Buarque, C. D. N. L. (2018). Indicadores de ansiedade social infantil e suas relações com habilidades sociais e problemas de comportamento. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(2), 1–10. <https://doi.org/10.24879/2018001200200207>
- Gomes, A.M. (2022). Perturbação de Ansiedade numa criança de 10 anos: Um Caso Clínico. In Fonte, C. & Caridade, S. (1ed.), *Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes* (pp. 59-78). Pactor.
- Gomes, A. J. da S., & Resende, V. da R. (2004). O Pai Presente : O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 119–125. <https://doi.org/doi.org/10.1590/S0102-37722004000200004>
- Gonzatti, V., Courel, S.F., Susin, M. & de Oliveira, I.J. (2011). Avaliação Psicológica em contexto escolar. In Pasini, V., Leite, L., Mello, Ximendes, A.M.C. (1ed) *Entre Linhas* (pp.10). Prime Books
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and Adolescent Robert Goodman and Stephen Scott* (Wiley-Blackwell (ed.); 3rd ed.).

- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*(3), 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. (2016). *Handbook of Psychological Assessment* (I. John Wiley & Sons (ed.); 6th ed.). Wiley. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Hipólito, J. (1999). A Pessoa como centro. (pp 1–13). *Revista de Estudos Rogerianos* n.º 3
- Hipólito, J. (2011). Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano. Em *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Número 9). Edual. [https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/3/Auto-organização - corrigido.pdf](https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/3/Auto-organiza%C3%A7%C3%A3o_-_corrigido.pdf)
- Homem, T. C., Gaspar, M. F., Santos, M. J. S., Azevedo, A. F., & Canavarro, M. C. (2013). Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica*, *31*(1), 31–48. <https://doi.org/10.14417/ap.658>
- Hutz, C., Bandeira, D., Trentini, C., & Krug, J. (2016). *Psicodiagnóstico* (Artmed (ed.)).
- Hutz, C.S., Bandeira, D.R., Trentini, C.M. & Giordani, J.P. (2022). Avaliação Psicológica no Contexto Escolar e Educacional. Artmed
- Konkiewitz, E. (2013). *Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar* (UFGD (ed.)).
- Landreth, G. (1990). A child-centered view of children. *Association for Play Therapy Newsletter*.
- Landreth, G. (2012). *Play Therapy: The Art of the Relationship* (3rd ed). Brunner-Routledge.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica Técnica, Teoria e Clínica* (F. de Sécuro (ed.)).
- Lewinsohn, P. M., Olino, T. M., & Klein, D. N. (2005). Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. *Psychological Medicine*, *35*(10), 1493–1503. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005350>
- Lins, M., Muniz, M., & Cardoso, L. (2018). *Avaliação psicológica infantil* (C. Negrão (ed.)). Hogrefe.
- Lisboa, C., Broilo, P.L. & Verzoni, A. (2021). *Psicologia Clínica: práticas contemporâneas*. (1ed). Vetor Editora.
- Lopes, J., & Loureiro, S. R. (2007). Enfrentamento e regulação emocional de crianças filhas de mães depressivas. *Interação em Psicologia*, *11*(2), 253–262. <https://doi.org/10.5380/psi.v11i2.6807>

- Lopes, S., & de Paula, S. (2011). Lopes & Paula (2011).pdf. *Psicologia - Teoria e Prática*, 13(1), 165–181. <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2725%0A>
- Machado, A., & Morona, V. (2007). *Manual de Avaliação Psicológica*. Coletânea Conexão Psi.
- Machado, M. (2012). Compreender a terapia familiar. *Psicologia.PT*, 1–19. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0626.pdf>
- Mäder, B. J. (org). (2016). Avaliação psicológica: dimensões, campos de atuação e pesquisa. Em *Conselho Regional de Psicologia, PR*. (Vol. 1).
- Marin, A., & Piccinini, C. A. (2009). Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. *Psico (Porto Alegre)*, 40(4), 422–429. <http://pt>
- Marinho, S. & Seltzer, M. (2022). Problemas de comportamento ou quando a ansiedade surge mascarada na infância: um caso clínico. In Fonte, C. & Caridade, S. (1ed.), *Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes* (pp. 39-58). Factor.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Em C. N. para a S. Mental (Ed.), *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. <http://www.saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/0cce7d6de4.pdf>
- Mason, C.A., Cauce, A.M., Gonzales, N., Hiraga, Y. (1994). Adolescent problem behavior: the effect of peers and the moderating role of father absence and the mother-child relationship. *American Journal of Community Psychology* 22(6):723-743.
- Messias, J. C. C., & Cury, V. E. (2006). Psicoterapia centrada na pessoa e o impacto do conceito de experiencição. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 355–361. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722006000300003>
- Matos, A.C. (2012). A utopia como antecipação do futuro. Em A. C. Matos (Ed.), *mais amor menos doença: a psicossomática revisitada*. (2ªed, pp. 209-221); Lisboa: Climepsi Editores
- Meyer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay, G., Moreland, K., Dies, R., Eisman, E., Kubiszyn, T., & Reed, G. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment. *American Psychologist Association*, 56(2), 128–165. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
- Minuchin, P. (1985). *Special Issue Articles Families and Individual Development: Provocations from the Field of Family Therapy The Systems Orientation in Family Therapy*. 56(2), 289–302.
- Neto, A., da Ponte, C., & do Ceará, U. (2018). *A compreensão de angústia na psicoterapia de Carl R. Rogers: breve estudo*. 10(1), 22–37. [https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol10\(1\).n04artigo23](https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol10(1).n04artigo23)

- Noronha, A., & Alchieri, J. (2004). Conhecimento em Avaliação Psicológica. *Revista Estudos de Psicologia*, 21(1), 43–52.
- Nunes, O. (1999). A pessoa como centro. *Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 11.
- Nunes, O., Brites, R., Hipólito, J. (2018). *Psicoterapia Centrada no Cliente*. In Leal, I. (1ed.), *Psicoterapias*. Pactor.
- OMS Organização Mundial de Saúde (2019) *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD11)* (2018). World Health Organization. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019.<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- OPP. (2016). *Ordem dos Psicólogos Código Deontológico*. Parecer da OPP. Lisboa
- OPP. (2018). *A Intervenção das / os Psicólogas / os no Contexto Educativo*. Parecer da OPP. Lisboa
- Ordem dos Psicólogos Portugueses, OPP (s.d) Escola Saudavelmente, Saúde Psicológica Escolar . <https://escolasaudavelmente.pt/escola-saudavelmente/saude-psicologica-escolar>
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). *Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários*. 592–599.
- Pérez-Ramos, A. (2000). Avaliação prospectiva: O exame precoce da criança. In Cunha, J.A. (Org.), *Psicodiagnóstico-V* (pp.151-157). Porto Alegre: Artmed.
- Pires, M.T. & Paulino, M. (2022). Rutura Familiar e Problemas Paterno-filiais. In Fonte, C. & Caridade, S. (1ed.), *Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes* (pp. 165-186). Pactor.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2ª ed).(pp. 16-36). Quarteto.
- Rogers, C. R. (1983). *Um Jeito de Ser* (Vol. 68, Número 011).
- Rogers, C. R. (1992). *Terapia Centrada no Cliente*. Martins Fontes.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia & Relações Humanas* (Interlivros (ed.).
- Sani, A.I., & Ferreira, J. (2022). Intervenção Psicológica em Contexto de Violência Familiar: Adversidade e Resiliência de uma Criança. In Fonte, C. & Caridade, S. (1ed.), *Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes* (pp. 149- 164). Pactor.
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa: relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 18–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Santos, R. (2018). *Intervenção Psicológica com Ludoterapia*. Pactor.

- Santos, M.C. (2021). Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. Edições Sílabo.
- Sganzerla, I. M., & Levandowski, D. C. (2010). Ausência Paterna e suas Repercussões para o Adolescente: Análise da Literatura. *Psicologia em Revista*, 16(2), 295–309. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2010v16n2p295>
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A. A., & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(1), 69–78. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01440.x>
- Silva, C., Pinto, C., & Martins, C. (2021). Transição para a paternidade no período pré-natal: um estudo qualitativo. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(2), 465–474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41072020>
- Silva, N. C. B. Da, Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. D. S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215–229.
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2003). Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 503–514. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722003000300009>
- Silva, W., & Figueiredo, V. (2005). Childhood anxiety and assessment instruments: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 329–335. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000400014>
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In Cunha, J.A. (Org.), *Psicodianoóstico-V* (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., Gomes, A. (2020). Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Porto Editora.
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). Physical Activity, Depression and Anxiety Among the Elderly. *Social Indicators Research*, 113(1), 307–318. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0094-9>
- Trapp, E. H. H., & Andrade, R. de S. (2017). As Consequências Da Ausência Paterna Na Vida Emocional Dos Filhos the Consequênces of Paternaus Absence in the Emotional Life of Children. *Revista Ciência Contemporânea*, 2(1), 45–53. http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180301124653.pdf
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Artmed.
- Vasconcelos-Raposo, J., da Cunha, B.P., Teixeira, C.A. (2021). Exercício Físico e Saúde Mental. In Leal, I. & Ribeiro, J.P. (1ed.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp.117-124).

Pactor.

Vigotskii, L., Luria, A., & Leontiev, A. (1988). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. Ícone Editora, Ltda.