



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO**

**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

**“LUÍS DE CAMÕES”**

**INCLUSÃO SOCIAL NO ESPAÇO COMUNITÁRIO**

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

Autor: Paula Cristina Fortes Ramos

Orientador(a): Professora Doutora Edite Oliveira

Número de candidato: 30000188

**Junho 2021/2022**

**Lisboa**



UNIVERSIDADE  
AUTÓNOMA  
DE LISBOA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO**  
**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**  
**“LUIS DE CAMÕES”**  
**VIA PROFISSIONALIZANTE**

**INCLUSÃO SOCIAL NO ESPAÇO COMUNITÁRIO**

Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Psicóloga Clínica.

**Local de Estágio:** Junta de Freguesia

**Docente:** Professora Doutora Rute Brites

**Docente:** Professora Doutora Odete Nunes

**Orientadora do relatório de estágio da universidade:** Professora Doutora Edite Oliveira

**Orientadora de Estágio da Instituição:** Doutora Ana Canau

**Discente:** Paula Cristina Fortes Ramos, N.º 30000188

**Junho 2021/2022**

**Lisboa**

## **Agradecimentos**

Os agradecimentos referidos aqui, destinam-se a todos aqueles que de forma explícita impulsionaram a realização deste relatório académico. Em primeiro lugar agradeço a Deus, pois a minha crença tem sido um pilar no meu percurso pessoal e profissional. Gostaria de agradecer aos meus professores das unidades curriculares que ao longo dos anos do curso de Psicologia Clínica foram de uma paciência extrema, tendo em conta que a minha língua materna não é o português, tive alguma dificuldade aquando da execução e entrega de alguns dos trabalhos.

Queria agradecer à minha orientadora de estágio que me foi atribuído pela universidade que esteve sempre disponível, prestável e foi de um auxílio excelente e plausível. Agradecer a ambos os docentes pela transmissão de conhecimento que foi proporcionado perante os anos de curso e estágio, também um agradecimento aos meus colegas de curso pela interação, pela partilha de conhecimentos que foi proporcionado e pelas amizades constituídas.

Gostaria de humildemente agradecer à minha orientadora de estágio da instituição da Junta de freguesia de Lisboa, pela atenção, apoio e tempo disponibilizado em prol da minha orientação, por estar presente, por ser incansável quanto à sua prestabilidade em tudo, incluindo nas atividades realizadas no Centro Dia, na realização da atividade proposta e realizada em conjunto, e também na realização do projeto e do relatório de avaliação psicológica e do relatório de estágio académico, sempre muito querida e disponível, mesmo atarefada.

Também queria agradecer às crianças e aos pais, pela colaboração em todo o processo, tendo em conta a avaliação e o acompanhamento psicológico na área Clínica, que foram ricos em conhecimento e de uma enorme satisfação para a estagiária. Foi possível aprender imenso, esperando deixar um legado positivo e eficaz com os acompanhamentos e avaliação efetuados.

Um especial agradecimento ao meu companheiro, pai do meu filho, por me ter aconselhado e incentivado a retomar os estudos, por ter impulsionado e motivado a iniciar e seguir os estudos em Psicologia Clínica com muita dedicação e carinho, estando sempre do meu lado quando mais precisei, pois com a chegada de um filho em pleno percurso académico como aluna, trabalhadora e mãe, sentia-me bastante frágil e por vezes cansada, tendendo a desistir, porém tendo força de vontade consegui prosseguir e terminar.

E por último, quero agradecer aos familiares e amigos, e principalmente aos meus colegas de equipa da qual fui inserida na instituição para a realização do estágio, pela paciência, amabilidade, partilha e ajuda que disponibilizaram nesse período de estágio sendo de extrema importância para o meu crescimento profissional. O meu muito obrigada a todos que fizeram parte desse percurso cheio de lágrimas, alegrias, mas com um término de sucesso.

## Resumo

Este relatório de estágio traduz-se num trabalho solicitado, para o desfecho do Mestrado de Psicologia Clínica e Aconselhamento, conferido pela Universidade Autónoma de Lisboa que decorreu nos anos de 2020/2022.

O estágio Curricular foi realizado numa das Juntas de Freguesia de Lisboa, com os “olhos postos” na Psicologia Clínica, tendo em conta a Abordagem Centrada na Pessoa, o estágio permitiu a realização de avaliação psicológica e acompanhamento, para os quais foram recebidas diretrizes no seminário de estágio e nas reuniões com a orientada de estágio da instituição.

Este relatório emana e ostenta os casos clínicos acompanhados e a avaliação psicológica realizada ao longo do estágio, ou seja, será aqui relatado um resumo das sessões e avaliação dos casos, descrevendo assim os instrumentos utilizados pela estagiária como lhe foi designado pela orientadora, e os pensamentos que se pretendeu formar a partir dos casos, tendo como base a Tendência atualizante, conforme o Professor João Hipólito.

Tendo em conta que o estágio compreende um período de aquisição de competências, manusear testes, colocar em prática o adquirido durante as unidades curriculares, o estágio faz a ponte entre o teórico adquirido e a vivência profissional, que compila um aprendizado de rica maturidade.

Este relatório ainda traz uma síntese; das atividades realizadas durante o período do estágio, uma reflexão sobre o caso à luz da teoria do doutor Professor João Hipólito, que deu e continua a dar o seu contributo para a Abordagem Centrada na Pessoa. Este relatório ainda nos traz a caracterização do local de estágio, um enquadramento sobre a Ética Deontológica, sobre as perturbações do Desenvolvimento, a entrevista Clínica, os objetivos gerais do estágio, o impacto da instituição família no desenvolvimento da criança, uma breve revisão sobre psicologia educacional e para finalizar uma reflexão sobre o caso de avaliação.

**Palavra-Chave:** Avaliação psicológica; Estágio; Tendência Atualizante; Perturbações do Desenvolvimento.

## **Abstract**

This report, which was requested to be translated into a work, for the result of the master's degree in clinical psychology and counselling, awarded by the Universidade Autónoma de Lisboa, which took place in the years 2020/2022.

The Curricular Internship was conducted in one of the Lisbon Parish Councils, with an eye on clinical psychology, based on the Person-Centered Approach, intervening in an autarchy with monitoring and evaluation, guidance in the internship seminar and being guided by the institution's clinical psychologist.

This report emanates from and displays the clinical cases of monitoring and evaluations carried out throughout the internship, that is, a summary of the sessions and evaluation of the cases will be reported here, thus describing the instruments used by the intern as designated by the advisor, and the thoughts that is intended to form from the cases based on the updating Tendency.

Considering that the internship comprises a period of acquiring skills, handling tests, putting into practice what was acquired during the curricular units, it is a moment in which the intern bridges the gap between what was acquired, and the professional experience conducted, which compiles a learning process of rich maturity.

This report also brings a summary; of the activities conducted during the internship period, a reflection on the case in the light of the theory of Professor João Hipólito, who made and continues to make his contribution to the Person-Centered Approach. This report also brings us the characterization of the internship location, a framework on Deontological Ethics, on Developmental disorders, the Clinical interview, the general objectives of the internship, the impact of the family institution on the child's development, a brief review on psychology and to finalize a reflection on the evaluation case.

**Keyword:** Psychological Assessment; Internship; self-actualization ; Developmental Disorders.

## Índice Geral

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	IV
Abstract.....	V
Introdução.....	8
Capítulo I.....	9
1. Apresentação da Instituição.....	9
2. Caracterização do local de estágio.....	11
3. A intervenção do psicólogo na instituição/Autarquia .....	15
Capítulo II.....	17
4. Enquadramento Teórico .....	17
5. Ética Deontológica .....	20
6. Avaliação Psicológica.....	22
7. Instrumentos de Avaliação .....	23
8. Perturbações de Desenvolvimento nas crianças .....	26
9. O impacto da Instituição Família no Desenvolvimento da criança.....	34
10. Psicologia Educacional.....	36
11. Escola Inclusiva.....	37
Capítulo III .....	38
12. Objetivos gerais do estágio.....	38
13. Atividades desenvolvidas .....	39
14. Casos Atribuídos .....	45
1º Caso.....	45
2º Caso.....	46
3º Caso.....	50
15. Estudo do caso da avaliação psicológica completa .....	51

4º Caso.....	51
16. Reflexão do caso de avaliação.....	54
17. Cronograma .....	56
Capítulo IV .....	57
18. Reflexão critica.....	57
19. Conclusão .....	59
20. Referências Bibliográficas.....	62
Capítulo V .....	68
21. Anexo 1 – Relatório de Avaliação Psicológica .....	68

## **Introdução**

O presente trabalho consiste num Relatório de Estágio Académico que foi solicitado como requisito para obtenção e conclusão do grau de mestrado em psicologia Clínica e do Aconselhamento. O relatório tem como base a unidade curricular de seminário de estágio que se insere no Curso de Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento na Universidade Autónoma e Luís de Camões.

O estágio foi realizado na Sede de uma Autarquia/Junta de Freguesia, em Lisboa, mais propriamente no Serviço de Intervenção Social, onde também se englob as intervenções num espaço designado de Espaço Comunitário prioritário. O estágio iniciou em outubro de 2021 e terminou no final do mês de julho de 2022.

Primeiramente foi feita a solicitação da realização do estágio académico numa Autarquia devido à vontade por parte da estagiária, de observar e fazer parte da intervenção de um psicólogo Clínico numa autarquia, sendo que a intervenção é baseada em equipas multidisciplinares, intervenção comunitária, em diferentes tipos de etnias, culturas, escolaridades, níveis, língua, crianças, adolescentes e adultos, etc., isso proporciona uma diversidade de conhecimento a um psicólogo, fornecendo-lhe aptidões necessárias no mundo profissional que se avizinha.

O primeiro momento do estágio, foi dedicado á fase de inserção e adaptação, através do contacto com os profissionais e com o trabalho desenvolvido na instituição. Posteriormente iniciou-se a fase da observação e possibilidade de assistir às primeiras sessões de avaliação psicológicas, entrevistas de recolha de dados anamnésicos realizados pela orientadora; incluindo contacto com os métodos de diagnóstico e avaliação. Logo após isso deu-se início à intervenção da estagiária realizando a avaliação psicológica.

Assim, foi possível percecionar o trabalho realizado na instituição, nomeadamente o apoio e intervenção junto da população residente num bairro de intervenção prioritária, onde está inserido um gabinete designado como espaço comunitário, onde foi também implementada uma atividade designada de Workshop “Saúde oral e Bem-estar emocional”.

## Capítulo I

### 1. Apresentação da Instituição

A Junta de Freguesia está situada no concelho de Lisboa, sendo o ano da sua fundação 1397. A Freguesia tem sofrido, ao longo dos anos, transformações consideráveis, tanto na área populacional, que é heterogénea, como nas áreas social e cultural, que são bastantes diversificadas pelo facto de existirem na Freguesia, etnias de vários países com culturas e costumes diversos e distintos. Para conseguir acompanhar essas alterações, a Junta de Freguesia tem-se organizado com o objetivo de dar resposta às vulnerabilidades sociais, económicas e culturais dos munícipes.

No que respeita ao órgão executivo, a Junta é presidida pelo seu órgão máximo, a Presidente, e pelos seis restantes membros do Executivo, responsáveis pelos vários pelouros, entre os quais a divisão da Ação Social, Educação e Cidadania. As instalações possuem sala de atendimentos, sala de ludoterapia e gabinetes espalhados pelos vários pontos da Freguesia, possuindo cada gabinete interlocutores/coordenadores que fazem a ligação com a sede da Junta de Freguesia.

No âmbito das suas valências, a Junta de Freguesia proporciona aos residentes, através do serviço de intervenção social, uma equipa multidisciplinar de intervenção social: apoio psicológico na vertente clínica, terapia da fala e apoio social.

A equipa é composta por: duas psicólogas clínicas, quatro assistentes sociais, uma terapeuta da fala e duas estagiárias de psicologia clínica. Esta equipa desenvolve, ainda, as seguintes ações de carácter comunitário: apoio alimentar, apoio na área da empregabilidade, apoio no preenchimento de documentos, articulação com outros serviços e parcerias com a finalidade de prestar apoio social, socioeconómico, bem como promover a saúde mental e física das pessoas que procuram a instituição.

Das várias valências da Junta de Freguesia, destacamos, também, no âmbito social, um centro de dia para a população sénior, uma loja social (com bens materiais e alimentares), e um Centro Clínico, com as especialidades de enfermagem, psicologia, terapia da fala e fisioterapia.

Para atingir os principais objetivos ao nível da intervenção, a Junta de Freguesia pretende através das várias valências abraçar as seguintes áreas: apoio a crianças e jovens, na integração e promoção comunitária das pessoas e desenvolvimento das respetivas capacidades, prevenção e reparação de situações de carência e de desigualdade socioeconómica, de

dependência, exclusão ou vulnerabilidade sociais, apoio à família, apoio à integração social e comunitária, a proteção dos direitos e interesses específicos dos cidadãos nativos, dos imigrantes e seus descendentes residentes em Portugal.

A instituição incide também, na prevenção e combate ao racismo e xenofobia, na promoção da cidadania e da igualdade de oportunidades, tendo sempre em conta a etnia, a língua, a religião, convicção política e ideológica, instrução, situação económica e/ou condição.

## 2. Caracterização do local de estágio

A Junta, tem como incumbência centrar-se em saciar de forma mais próxima as necessidades sociais dos seus munícipes, ou seja, procura ser eficaz em dar resposta às situações de vulnerabilidade social, problemas psicológicos, exclusão social, pobreza, problemas esses que levam os munícipes a ter limitações na satisfação de algumas necessidades considerados de primeira instância.

A Junta age abrangendo o artigo 7 da Lei nº 75/2013 de 18 de setembro, lei essa que atribuí à Junta o consentimento legal de atuar nas seguintes áreas: educação, abastecimento público, cuidados de saúde que sejam de primeira instância, ação social, proteção civil, proteção da comunidade, cultura, tempos livres, desporto, organização/equipamento urbano e social, tendo sempre em conta promover e proteger as necessidades dos munícipes.

Tratando-se de uma Freguesia que é composta por uma população heterogénea, com grande variedade de culturas e etnias, alguns em situação de estabilidade social dispensam o uso dos recursos sociais que a Junta disponibiliza, porém muitos outros em situação de extrema vulnerabilidade social e como escape, procuram os serviços sociais da Junta como forma de procurar auxílio para conseguir satisfazer as necessidades chamadas pontuais tais como:

Ajuda psicológica no âmbito de acompanhamentos e avaliações psicológicas de crianças, jovens, adolescentes e adultos; ajuda financeira no pagamento de algumas despesas prioritárias como receitas médicas, atividades ocupacionais para os idosos, bens alimentares através do banco alimentar, entre vários. Essas ajudas são disponibilizadas e efetuadas através dos vários gabinetes espalhados pela freguesia, onde se encontram os seguintes serviços:

**Serviço de Intervenção Social** – esse serviço na qual a estagiária está inserida na realização do estágio, integra-se na Divisão de Ação Social, Psicologia, Educação e Cidadania, sendo assim composto por uma chefe de divisão com particularidade em serviço de ação social, por uma coordenadora com formação na área da psicologia clínica, por duas Psicólogas Clínicas com largos anos de experiência, dois assistentes sociais, uma terapeuta da fala, um técnico financeiro, e duas estagiárias de psicologia clínica de universidades distintas.

É efetuado um ofício de ordem multidisciplinar de forma a complementar a prestação de serviços aos utentes, que tem como competências: acionar áreas de auxílio às famílias copiosas e outras aéreas, programas de regime para famílias deliberadas pela Junta de Freguesia; assessorar e criar funções e propostas integradas de ação social da determinação da Junta de Freguesia e também em junção com outras instituições, tendo o foco preferencialmente nos grupos considerados de risco, vulneráveis e carenciados tanto do ponto de vista físico como

psicológico; consiste no acompanhamento psicológico que é realizado pelos técnicos de psicologia, solicitado pelos utentes da freguesia; consiste em realizar estudos que permitam o diagnóstico dando assim aos técnicos de intervenção a conhecer as carências psicológicas e sociais dos munícipes para que esses possam atuar de forma mais assertiva; consiste na triagem de pedidos de ajuda na área da psicologia que são requisitados todos os dias, e por serem imensos, torna-se preciso uma seleção dos considerados prioritários para se iniciar um processo terapêutico (Ata da Junta de Freguesia, 2022).

**Centro Clínico** – este espaço recém-inaugurado pelas entidades públicas, funciona no âmbito de um protocolo estabelecido entre a Junta de Freguesia, SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) e a ARS (Administração Regional de Saúde). Este serviço abrange as áreas de; Psicologia Clínica, Enfermagem, Terapia da fala, Acupunctura e Massagens. O objetivo é a facilitação à aderência dos utentes dos serviços digitais e telessaúde, auxiliando no processo de consultar os resultados de guias de tratamentos e exames, realizar a renovação das receitas de tratamentos, realizar a vacinação ao Covid-19, entre outros, com o auxílio de um medidor digital. O serviço também permite o acesso ao serviço de interpretação da Língua Gestual Portuguesa, facilitando aos utentes o acesso aos serviços e reduzindo barreiras no âmbito da saúde e afins. O serviço é composto por; enfermeiros, terapeutas da fala, psicólogas clínicas, massagista, estagiárias, e os técnicos e funcionários da Junta de freguesia (Site oficial Junta Freguesia, 2022).

**Loja Social**- Este serviço pretende diminuir o esbanjamento dos bens e elevar o reaproveitamento. Através desse serviço é realizado ofertas e trocas de bens de primeira necessidade de que estejam em bom estado, onde os munícipes são convocados a participar. O serviço também disponibiliza de um apoio social para aqueles que se encontram numa situação de vulnerabilidade social, devolvendo as famílias soluções instantaneamente, e realiza-se através da ação de ceder de forma gratuita os bens de extrema necessidades tais como; a alimentação, o vestuário, etc. que vem do Banco Alimentar de Lisboa. Onde a solidariedade para com a comunidade está presente através de atos a nível de serviço comunitário, voluntariado, tendo como finalidade ajudar a mitigar o impacto da pobreza e da exclusão social dos que pertencem a freguesia, procurando assim promover uma preponderância na situação de vida daqueles que procuram ajuda da instituição (Site Oficial Junta Freguesia, 2022).

**Projeto Radar** – trata-se de uma conexão de serviços estabelecida entre as autarquias, que agem através de um sistema designado de; “Lisboa, Cidade de Todas as Cidades” que visa notificar a população idosa e em condições extremas de risco, tanto psicológico como físico. Este serviço é composto por várias equipas, multidisciplinares e interdisciplinares, que buscam

imiscuir-se numa linha de intervenção comunitária numa visão de alcançar e auxiliar a mesma, em casos de solidão e exílio. A verdadeira intenção desse projeto é estabelecer em cada cidadão um interesse ou a sensibilidade em agir como um radar, ou seja, que cada pessoa faça chegar às autoridades competentes as situações desse tipo, que lhes são mais próximas, até às entidades competentes, para que esses possam dar resposta á negligência aos idosos (Site Oficial Junta de Freguesia, 2022).

**Espaço Comunitário Bensaúde** – este espaço funciona sob gestão da Junta de Freguesia, onde estão integradas equipas de ordem multidisciplinar como; Junta de Freguesia, Instituto de Apoio á Criança, Câmara Municipal de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia, Polícia Municipal, Associação Mulheres sem Fronteiras e Gebalis.

O intuito dessa parceria é a partilha de recursos, possibilitando assim a realização de uma intervenção em rede e conjunta, onde o foco abrange responder às várias problemáticas percecionadas e observadas pelo grupo comunitário, grupo esse que tem como regra, uma reunião mensal para troca de impressões e promoção de estratégias para melhorar as condições de trabalho das entidades que operam no terreno.

Os vários eventos e projetos são estabelecidos em junção e colaboração dessas entidades parceiras. Este serviço consiste no apoio a uma franja da população que abrange etnias diversas e distintas residentes no bairro, atendendo ás áreas como; à cultura, linguagem, educação, segurança, justiça, ambiente de vida comunitária, entre outras variáveis, prestando assim auxílio no âmbito geral, proporcionando á comunidade serviços em várias tais como; apoio psicológico e social, apoio no âmbito da empregabilidade que consiste em preenchimento, elaboração, requisitos e requerimentos de vários documentos interligados ao IEFP, a segurança social, as finanças e a cidadania e finalmente um policiamento municipal efetivo.

Este serviço ainda incorpora um projeto desportivo da zona Oriental organizado pela *EuropeanFootball* é apoiado pelo programa Erasmus da Comissão Europeia. É realizado com os jovens/adolescentes do sexo masculino com idade compreendida entre os 9 e os 16 anos de idade cronológica, onde todos os sábados, através do desporto, promove-se atitudes de fair play, dando assim ênfase às atitudes positivas que abrangem viver em comunidade/sociedade, promover uma cidadania ativa em indivíduos de diferentes contextos sociodemográficos. Ser equipa na convivência com aqueles que fazem parte do quotidiano, tendo como objetivo a promoção do bem-estar, comportamentos e hábitos saudáveis. O serviço ainda usufrui de um protocolo estabelecido com o projeto Bip/Zip que é financiado pela Camara Municipal de Lisboa com o intuito de reduzir adiesigualdade socioeconómica nas várias frentes da intervenção local atendendo a situação do Covid-19 (Relatório trimestral da Junta, 2022).

**Oficina dos reformados** – trata-se de um serviço gratuito disponibilizado pela Junta de Freguesia que aciona e disponibiliza à população mais idosa e aos reformados um apoio que consiste em pequenas reparações no âmbito geral ao domicílio, que são realizadas por técnicos instruídos, proporcionando uma maior autonomia e reforçando o autoestima por parte dos idosos, que muitas das vezes sentem-se fragilizados por necessitarem de certos apoios que por questões físicas ou psicológicas e por variáveis relacionados como a idade, a saúde, a incapacidade, estão impossibilitados de as realizar sozinhos ou sem o apoio de terceiros. Este serviço é atribuído ao idoso ou reformado residente na freguesia que solicitam por via telefónica um pedido de apoio perante uma contraparte do engenho preciso para a realização da obra, ou seja, os idosos apresentam uma parte podendo ser monetário para compra dos matérias ou em matérias já adquiridos por eles, para a obra que pretendem, realizar e em contrapartida a Junta envia funcionários para a realização da obra pretendida pelo idoso, sem custos adicionais (Relatórios trimestrais, 2022).

**Centro Dia** – trata-se de um serviço que tem como foco principal a população mais idosa e que busca proporcionar a essa população momentos de bem-estar emocional, momentos de escuta ativa. É realizado por duas estagiárias e uma psicóloga clínica, momentos de interajuda, momentos de lazer tal como momentos de partilha, cooperação, alimentação, acompanhamento social na saúde, entre outros. Esse serviço visa promover uma vivência mais independente com um processo de envelhecimento laborioso e uma interação entre sucessões distintas (site oficial Junta de Freguesia, 2022).

### **3. A intervenção do psicólogo na instituição/Autarquia**

O presente estágio será desenvolvido na sede da junta de freguesia, nomeadamente nas instalações do serviço de intervenção social, onde o procedimento passa pela intervenção dos psicólogos de carácter individual junto dos adultos, crianças e adolescentes e intervenções coletivas quando se trata do sistema (família). Nesse contexto de atendimento, a função do psicólogo passa por registar o pedido do apoio em psicologia por parte do requerente.

Após essa receção, e logo que possível, o psicólogo entra em contacto com o adulto, no caso das crianças, entra em contacto com os pais ou encarregados de educação para agendar a marcação de um primeiro contacto psicológico presencial (consulta) no âmbito de compreender com mais exatidão qual o motivo da procura do apoio psicológico.

No âmbito da Psicologia, são muitas as vulnerabilidades que dão origem ao desequilíbrio psicológico, físico e social. Todavia, os pedidos de ajuda estão relacionados com as necessidades de um acompanhamento psicológico devido a problemas associados a dificuldades ou perturbação de desenvolvimento.

De acordo com a literatura, as perturbações do desenvolvimento referem-se a desarmonias na aquisição de conhecimento e competências, podendo ocorrer a nível mental, social e emocional causando mal-estar no indivíduo, na família e na sociedade na qual o indivíduo está inserido (Matos, 2009).

Detalhadamente, as necessidades das crianças que procuram ajuda psicológica nos serviços de psicologia da Junta de Freguesia, em algumas destas situações já chegam com diagnóstico de outros serviços, mas em muitos casos apenas chegam com dificuldades e sintomas. Após avaliação é que existem as hipóteses de diagnóstico podem ser:

Perturbação de Aprendizagem Específica (PEA), que são apresentados através da Dislexia, Discalculia, Disortografia e Disgrafia. Défices cognitivos como por exemplo as perturbações de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), perturbações de linguagem e fala, perturbações relacionadas à ansiedade generalizada, como a perturbação de pânico, Perturbações do Espectro do Autismo, Défices no funcionamento/comportamento adaptativo, entre outros. ao desequilíbrio psicológico, físico e social

Podemos acrescentar que o neuro desenvolvimento da criança se define como um conjunto de competências que auxilia a criança na interação com o meio que a rodeia, numa perspetiva dinâmica de acordo com a idade, o grau de maturação, os fatores biológicos intrínsecos dessa criança e os estímulos que as crianças provam do ambiente na qual as crianças estão inseridas (Matos, 2009).

É pertinente referir que investigar as causas da perturbação do desenvolvimento de uma criança é de extrema importância, uma vez que o diagnóstico específico pode ajudar no prognóstico, no aconselhamento aos pais e na identificação da intervenção educativa e terapêutica apropriada para essa criança bem como, explicar aos pais e encarregados de educação o procedimento da avaliação e os benefícios de um possível acompanhamento (Matos, 2009).

O contacto com os pais ou encarregados de educação, num primeiro momento consiste em que esses sejam envolvidos no processo terapêutico que se inicia através de uma entrevista. O serviço de intervenção dispõe de duas salas de atendimento; uma sala de atendimento para crianças e jovens e outra para adultos.

No âmbito das funções do psicólogo clínico nas autarquias, sempre que necessário se realiza um trabalho de articulação com as entidades parceiras, onde o psicólogo aciona essas parcerias para um trabalho em rede que permite que a intervenção seja mais alargada e eficaz para que as famílias possam beneficiar do apoio nas várias áreas da psicologia, onde se destacam nomeadamente:

“Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ da Zona Oriental de Lisboa), Instituto de Apoio a criança (IAC), Polícia de Segurança Pública (PSP), Escolas do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, Centro de Saúde, Gebalis, Santa Casa da Misericórdia”, alguns projetos implantados por outras instituições. Pois isso permite desenvolver o acompanhamento individualizado a cada criança e adolescente, e também permite criar grupos que permitem acompanhar as famílias indicadas.

Nas autarquias o psicólogo exerce um papel mais alargado no que respeita às suas intervenções: exercendo assim intervenções psicológicas individuais, ações de intervenção no âmbito da psicologia comunitária, devolução de resultados aos pais, aconselhamento parental intervenções psicológicas junto das famílias, idosos, grupos em riscos e socialmente vulneráveis, minorias sociais e imigrantes, desempregados, intervenções em contexto escolar e intervenções em situações de crise e emergência.

## Capítulo II

### 4. Enquadramento Teórico

Durante o percurso académico, as unidades curriculares foram inspiradas nas três maiores forças da psicologia, sendo que a base foi sempre mais aprofundada na Filosofia ou nos Princípios **da abordagem Centrada na Pessoa**, ou seja, na **Psicologia Humanista**, que nasce do confronto da Psicanálise e do Behaviorismo. Podemos começar por dizer que a Teoria Humanista é considerada a terceira força da psicologia e que o processo académico e de estágio da estagiária, desenvolve-se na junção da Teoria Humanista e da Psicanálise.

Não podemos falar da psicologia humanista, sem pronunciar um dos seus dois mais importantes fundadores, sendo eles: Carl Rogers, o Psicoterapeuta com os vários contributos, incluindo e destacando a teoria centrada na pessoa; e Abraham Maslow, com o seu contributo da pirâmide da hierarquia das necessidades. Nos anos de 1940 abre-se novos horizontes para a teoria da psicoterapia que recebe a identificação de Aconselhamento Não-Diretivo que com o tempo passa por algumas alterações no nome até à fase em que ficou a ser conhecida por Terapia Centrada na Pessoa (Cury et al., 2012).

Esta abordagem tem como foco, centrar-se no latente otimista no processo de desenvolvimento, conduzindo assim a pessoa a um conceito que se define de Tendência Atualizante, conceito esse, conhecido como uma predisposição que é característico dos indivíduos em geral, que leva o desenvolvimento intrínseco do ser humano numa diretriz bastante mais assertiva, não obstante as suas raízes ou os seus cargos (Moreira., 2010).

A **Tendência Atualizante**, gira em torno da experiência, o organismo do indivíduo vai atualizando suas potencialidades e tenta acompanhar a evolução que o ambiente externo propõe ao indivíduo. Tendo em conta que a vida está centrado nas atividades que fazem parte do quotidiano, tende a progredir, podemos dizer que a tendência atualizante deixa o indivíduo ciente de que ao longo do desenvolvimento como ser humano vai haver algumas transformações, principalmente no externo, e daí nasce a necessidade do indivíduo atualizar-se para conseguir acompanhar essas transformações sem a necessidade de sentimentos de frustração, ansiedade, trauma, entre outros, ou seja, os indivíduos têm a necessidade de estar sempre a atualizar-se de uma forma gradual de acordo com as circunstâncias (Hipólito & Nunes, 2011).

A não diretividade está ligada à conexão terapeuta/cliente, onde o terapeuta acredita que o cliente não necessita ser direcionado e sim, receber da parte do terapeuta o auxílio na

capacitação perante a independência quanto ao seu próprio proceder, raciocinar, vivenciar. Podemos dizer que a não diretividade está inserida na Tendência Atualizante, pois o cliente pode exercer o comando sobre a situação e buscar alternativas perante a mesma, isso também leva o indivíduo à capacidade de insight. Os indivíduos possuem interiormente a potência que o leva a conseguir sobreviver. Segundo Rogers, o terapeuta deve permitir que o indivíduo possa agir com autenticidade (Cury, et al., 2012).

Segundo Rogers, um indivíduo que possua uma postura de autoconfiança e que consegue exteriorizar as suas vivências tendo uma postura de isenção perante a apreciação de terceiros, isso proporciona-lhe uma conduta mais leve e uma autonomia que o leva a aprovar as suas vivências mesmo que os outros não as aceite. Na teoria da Abordagem Centrada na Pessoa faz-se o uso da expressão *Cliente* e não *Paciente*; tendo em conta que a palavra paciente está interligado à medicina, e a ACP efetua um tratamento no contexto não diretivo, logo o indivíduo é considerado operador do procedimento. Para Rogers a essência da Abordagem Centrada na Pessoa situa-se nas aptidões do cliente que foram antes desvalorizadas e ter em consideração o seu conhecimento, isso significa que quem controla o procedimento é o cliente, porém a variável responsável para que isso aconteça, chama-se convicção no terapeuta. Podemos dizer que a Abordagem centrada na pessoa considera as aptidões do indivíduo e evidencia-as (Cury, et al., 2012).

Segundo Borja-Santos (2004), a TCC que engloba a ACP, exige a presença de três pilares fundamentais para haver sucesso no processo; a Não diretividade, a Tendência atualizante e a presença das seis condições necessárias e suficientes que compreendem entre o terapeuta e o cliente na terapia, essas condições são:

1. Contacto psicológico - está relacionado com o pedido de ajuda, pois muitas pessoas que preferem não perder a identidade, por isso ficam presas a si mesma sem conseguir realizar o primeiro passo que é o pedido de ajuda. Sem o pedido de ajuda não há início de um processo terapêutico;
2. Vontade de ser ajudado – a pessoa quer ajuda e faz por ser ajudado, pois ser ajudado não depende só do terapeuta, mas principalmente do cliente. É preciso haver congruência por parte do cliente para iniciar o processo terapêutico;
3. Terapeuta congruente - onde o terapeuta não faz interpretações, o terapeuta olha para o cliente no sentido de compreender melhor a pessoa, estando ele isento de um olhar crítico, e sem fazer juízes de valores;
4. Cuidado/olhar positivo e incondicional perante o cliente- está relacionado com o terapeuta que precisa ter sempre um olhar positivo para com a pessoa,

independentemente das vivências, aptidões, habilidades que o indivíduo transmite ao terapeuta;

5. Compreensão empática – é onde o terapeuta se coloca no lugar da pessoa, é capaz de ver as vivências que o indivíduo está a transmitir com as lentes do indivíduo para que esse indivíduo se possa sentir compreendido;
6. E por fim, a Compreensão do cliente das atitudes do terapeuta – É necessário que o cliente perceba que o terapeuta o compreende sem julgamentos para estabelecer a relação terapêutica, pois o êxito desse processo vai depender também da confiança que o cliente possui nas atitudes do terapeuta (Borja-Santos, 2004).

## 5. Ética Deontológica

O profissionalismo exige o exercício da ética, para um desempenho eficaz e leal. Sendo a psicologia regida pela *American Psychological Association* (APA) compete ao psicólogo seguir essas mesmas normas. Segundo esta entidade; a ética significa; uma agregação de diretrizes ou dogma que direcionam o proceder de um profissional na sua área. Em abril de 2011, o Diário da República publica o código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, essa publicação remete para os padrões gerais e os padrões específicos que regem a prática profissional do psicólogo no exercer da sua função. (O.P.P., 2011).

Neste segmento, a ordem compromete-se com cinco padrões gerais conhecidos como:

- 1º Respeito pela dignidade e pelos direitos do individuo;
- 2º Competência;
- 3ª Responsabilidade;
- 4º Integridade;
- 5º Beneficência e Não-maleficência (O.P.P., 2011)

E por acréscimo, os padrões específicos do código Deontológico são os seguintes:

- A. Consentimento informado
- B. Privacidade e confidencialidade
- C. Relações profissionais
- D. Avaliação Psicológica
- A. Prática e intervenção Psicológica
- B. Ensino, formação e supervisão psicológica
- C. Investigação
- D. Declarações públicas (O.P.P., 2011)

A psicologia nobre tem o dever de proporcionar a saúde mental baseado na convicção da integridade, solidariedade, princípios curriculares, pois é tutelar legitimo do ser humano antecipando a dor, o sofrimento, até mesmo as condições inerentes a morte (Cabanillas, 2008).

Ética deontológica, está ligada à excelência, à proteção e à reputação; resume-se às leis que abrangem esses princípios, ou seja, rege-se a um grupo de incumbências ou obrigações ou até mesmo compromissos que regulam os procedimentos requisitados pelo profissional da área, exigindo-os assim que cumpra os deveres e princípios quanto ao proceder do profissional, uma obrigatoriedade nobre, pois o incumprimento da ética deontológica leva a sanções implementadas pela lei (Baptista, 2011).

Cabe ao profissional da psicologia levar a cabo continuamente certos valores que guiam o exercer do mesmo, ainda que, tendo em conta a atualidade e a evolução contemporânea das teorias implementadas ao longo do desenrolar da prática psicológica, existem princípios que perduram e não convém serem transgredidos nem ignorados pelo terapeuta, como os valores, a fim de validar o atuar profissional de um psicólogo. Pode-se dizer que o código da ética e o exercício da psicologia são inseparáveis, pois a ética é um princípio fundamental a ser escutado pelo psicólogo clínico para uma terapia com êxito e fidedignidade (Ricou, 2011).

## **6. Avaliação Psicológica**

Não podemos falar de avaliação psicológica sem pronunciar os instrumentos de avaliação. A Avaliação psicológica, compreende um procedimento disciplinado que leva o Psicólogo Clínico a lograr conhecimentos acerca da conduta do indivíduo, o que vai auxiliar no processo de perceber melhor o desempenho mental, traço de carácter e compreender acerca da destreza do indivíduo no exercer a laboração de um ou de vários ofícios (Primi., 2018).

Tendo em conta que cada indivíduo possui suas características pessoais, sejam elas inatas ou adquiridas, isso leva a diferença na percepção, podemos dizer que devido a isso é necessário a realização da avaliação psicológica para conseguirmos perceber o indivíduo e o seu funcionamento.

Ao longo do estágio a estagiária exerceu nos casos que lhe foram atribuídos, a aplicação de alguns instrumentos de avaliação, que serão abordados de seguida.

## **7. Instrumentos de Avaliação**

### **Entrevista Psicológica**

Na entrevista Clínica reside o ponto de partida. O técnico de psicologia faz uso da entrevista para coletar as informações e recolher um máximo de elementos acerca do indivíduo para iniciar o processo terapêutico com base nesses dados anamnésicos recolhidos. Para que a entrevista seja eficaz, o psicólogo necessita ter em atenção a sua postura de escuta ativa, a sua linguagem corporal, pois essa pode ser interpretada de forma diferente pelo indivíduo, para conseguir exercer de forma eficiente a compreensão empática que se deduz na capacidade de se colocar no lugar do outro, o que não significa viver uma contratransferência com o paciente e nem ser simpático, mas simplesmente colocar-se no lugar do outro, compreender (Tavares, 2000).

A observação deve estar permanentemente ativa por parte do psicólogo, durante e em todas as sessões, pois é através dela que o psicólogo consegue ter a sua percepção do comportamento do indivíduo, das emoções expressas e muitas vezes, ocultas. Durante a entrevista o psicólogo deve procurar não fazer juízos de valor.

Tendo em conta que a estagiária está a fazer o acompanhamento a crianças, pode-se referir o facto de que, uma entrevista de recolha de dados, com um adulto diverge de uma entrevista com uma criança, primeiramente porque a criança que chega até ao psicólogo, essa vem através de um encaminhamento, por vezes, da parte dos pais ou encarregados de educação, da escola, dos professores, dos pedopsiquiatras ou de outras instituições que agem em parceria em prol do normal desenvolvimento da mesma. Por norma, a entrevista aos indivíduos na fase da infância inicia-se na companhia do processo de observação, o entrevistador (psicólogo) observa a criança para conseguir perceber até que ponto a criança abrange uma certa atividade que lhe é proposta; se ela age de forma agressiva, passiva, se deixa envolver ou fica extasiada, se rejeita ou adere, pois a criança não se expressa simplesmente verbalmente, ela faz o uso de gestos quando fala (Carvalho et al., 2004).

Logo, a partir daqui os primeiros a serem entrevistados serão os pais ou encarregados de educação da criança/adolescente, isso faz com que quem traga os primeiros elementos da anamnese sobre a criança, não é a própria criança num primeiro momento, sim o adulto. Não podemos esquecer que o motivo da consulta pode não fazer sentido para essa criança, pois a percepção da criança é diferente da percepção dos pais, e o motivo que levou a entidade ao pedido de ajuda pode não ser visto pela criança como uma anomalia, mas sim como algo normal, ou

seja, pode existir uma incongruência entre a ótica da criança e a ótica de quem fez o pedido de ajuda.

Existem vários tipos de entrevistas, as entrevistas podem ser, na estrutura formal: **Semiestruturada** (dispõem de umas questões basilares que são pré-determinadas e com um propósito definido, na sua execução não há espaço para um campo maleável). **Estruturada** (como o nome diz, segue uma estrutura de questões já formatadas e que não tencionam ser modificadas. Muitas vezes é encarada pelo individuo entrevistado como sendo uma entrevista não flexível. São menos empregues no *setting* clínico e mais empregues nos estudos, pesquisas e investigações) (Fraser & Gondim, 2004).

A entrevista **não estruturada** (como todas as entrevistas, ela possui uma estrutura basilar, possui uma meta, um modelo mais maleável no que concerne as questões que são aplicadas pelo entrevistador, não possui questões fechadas. A entrevista não estruturada é vista como autónoma, porém não se desvia do propósito pretendido). Quanto ao contexto clínico existe um propósito onde é utilizada a entrevista de anamnese, a entrevista sistémica, entre outros. Na anamnese o psicólogo recolhe com detalhe a história clínica do indivíduo que é feita através da identificação, história da doença atual, antecedentes, hábitos de vida e história psicossocial, onde a infância é considerada um ponto importante, dependendo da idade do indivíduo. A Entrevista sistemática foca-se no contexto sistema (família) e é bastante utilizada na avaliação dos casais e baseia-se nas conexões familiares e o que delas advém (Fraser & Gondim, 2004).

## **Testes psicológicos**

No estágio foram proporcionados momentos, dos quais a oportunidade de manusear, aplicar e cotar testes foi atribuída à estagiária. Os testes psicológicos, considerados instrumentos fidedignos e ferramentas de manuseamento pura e simplesmente do psicólogo, que servem para avaliar, medir a *psique* do individuo. Esses testes têm a capacidade de fornecer ao psicólogo aporte de extrema importância quando esse se encontra na realização do processo de avaliação psicológica do individuo. Existem vários tipos de testes, porém dois desses são os considerados os mais usados (Manfredini & Argimon, 2010).

**Testes psicométricos** – tendo em conta que em contexto laboral o psicólogo, imensas vezes tem a necessidade de conexão com as equipas multidisciplinares onde há uma necessidade de respostas veloz e através da escala de valores, esses testes medem alguns ângulos como; a atenção, a memória, a compreensão da leitura, o coeficiente intelectual. São

utilizados como método de avaliação num processo de recrutamento, pois na fase de seleção dos candidatos, esse método de avaliação permite apurar sobre a personalidade da pessoa, os níveis de inteligência, entre outras variáveis. Esse método de avaliação está conetado a precisão e confiança no momento de seleção (Sartes& Souza-Formigoni, 2013).

**Testes projetivos** – os métodos projetivos giram em torno de apresentar estímulos ao indivíduo com a finalidade de recolher uma panóplia de respostas com intuito de salientar o ângulo qualitativo, sempre com os olhos postos na relação terapêutica o que é de extrema importância numa avaliação. São instrumentos que facilitam ao psicólogo ou o dão a perceber os traços de personalidade mais intrínsecos do indivíduo e também são capazes de ajudar o indivíduo na consciencização do próprio. Os projetivos são testes mais frequentes no setor clínico, forense e escolar (Miguel, 2014). Segundo a literatura, existe uma panóplia de testes projetivos, como: o Rorschach; O Desenho da Família; a Figura Humana; TAT; Pata Negra; C.A.T; etc., (DSM IV, 1998).

## 8. Perturbações de Desenvolvimento nas crianças

Segundo a literatura inspirada na teoria da **Auto-organização e complexidade** (Hipólito & Nunes, 2011), que se insere na **Abordagem Centrada na pessoa** (Rogers, 1957) mais propriamente a Tendência de **Hiper complexificação**, as competências do indivíduo necessitam de serem atualizadas desde o aparecimento da vida (Biopsicossocial) até ao seu término, para que possa haver um desenvolvimento saudável da parte do indivíduo (Hipólito & Nunes, 2011).

O desenvolvimento inicia-se desde a gestação que comparado com as outras espécies difere bastante, pois tendo em conta que os humanos pertencem ao conjunto dos primatas e mamíferos, as gestações são mais prolongadas em comparação com os outros mamíferos tendo em conta que a espécie humana, tem gestação de um feto, dois fetos ou raramente ou poucas vezes de três ou mais fetos numa só gestação. Quando nasce não existe logo a capacidade de agarrar ao corpo da mãe para se alimentar ou para procurar fugir dos predadores.

Tendo em conta o desenvolvimento, a espécie humana neurológica e fisicamente é bastante imatura, necessita da mãe para obter a alimentação, termorregulação, proteção e sobrevivência. Contrariamente aos outros primatas, o desenvolvimento do sistema central não está completamente desenvolvido na fase do nascimento e que se prolonga durante os primeiros anos de vida, pois logo a seguir aos 9 meses de gestação “processo intrauterino” e logo a seguir passa para um período de enorme importância no desenvolvimento do indivíduo, onde esse período é composto por imensa vulnerabilidade acrescida (Matos, 2009).

O recém-nascido pertencente à espécie humana, nasce inapto à sobrevivência, sendo simplesmente capaz de mover de forma espontânea os olhos e a boca que são orientados pelo estímulo visual e táctil para a fonte do alimento, de resto os outros tipos de movimentos, são reflexos. Essa imaturidade implica uma total dependência do progenitor e a satisfação das necessidades vai auxiliar no ajuste das fases emocionais que traz consigo uma convivência que conduzira o recém-nascido a um neurodesenvolvimento coerente (Matos, 2009).

É importante referir que cada recém-nascido recebe a satisfação das necessidades de acordo com cada cultura a que pertence o seu progenitor, como por exemplo na cultura ocidental em que a espécie humana tende a ser afastada das mães bastante cedo, pois cada recém-nascido é cuidado de acordo com a cultura e os hábitos que foram difundidos dos antepassados. Segundo a ótica antropológica, ótica essa que se encarrega de estudar a relação do homem ou a adaptação do mesmo a sociedade e seus costumes; a **cultura** é gerada por meio das relações que permitem organizar a forma como os cidadãos reflexionam, vivenciam e edificam suas convicções e

crenças e com base nessas convicções, constroem-se um universo fortificado em termos de socialização (Botelho, 2001).

O **ambiente** e a **genética** são cruciais no desenvolvimento, existem fatores de risco no desenvolvimento que podem ser genéticos, esses, são os inatos que foram herdados geneticamente pelo progenitor, também existem os fatores ambientais que se traduzem nos adquiridos, tendo em conta as relações, o ambiente em que estamos inseridos que muitas das vezes tem ou não, a capacidade de intervir no desenvolvimento da espécie humana.

O desenvolvimento (neuro) possui uma antecipação filogenética, que significa que existem habilidades/competências que todos os indivíduos da mesma espécie são capazes de ampliar, mas no caso da espécie humana, existe uma evolução previsível nas várias partes do desenvolvimento. Qualquer indivíduo que tenha aptas, condição física e neurologicamente desenvolve a coordenação motora naturalmente como, o andar, manusear objetos e falar. Todos os indivíduos possuem as partes funcionais cerebrais similares, sendo que cada indivíduo possui o seu timing na obtenção da evolução.

É importante referir que dentro das **Perturbações do Desenvolvimento**, está inserido o **Atraso Global do Desenvolvimento** que só se consolida o emprego desse termo, a partir da infância, pois após essa fase é necessário avaliar o QI dessa criança, quando a criança conclui o estágio pré-escolar, que é quando elas começam a exteriorizar complexidades nos vários campos do Desenvolvimento como o campo cognitivo, a motricidade grossa e fina, as qualificações ou aptidões pessoais e sociais, atendendo o proceder adequado no ambiente ao qual ela pertence e o papel autónomo que ela desempenha dentro desse ambiente. Podemos definir as perturbações de Desenvolvimento como inaptidões relevantes do ponto de vista psicológico ou físico que se revelam antes dos 22 anos de idade cronológica e que se originam de um refreamento no mínimo nos três campos como; a coordenação, a independência pessoal, social e financeira, na aquisição de conhecimentos, linguagem e mobilidade. Estas perturbações aparecem por norma na primeira, segunda ou terceira infância, e surgem escoltado de um declínio ou de um prolongamento nas várias áreas do Desenvolvimento e frequentemente estão conectados a uma ausência de um amadurecer orgânico de sistema nervoso central (Lázaro, 2012).

Existem alguns tipos de perturbações do desenvolvimento como: **Dificuldades de Aprendizagem Específicas** (Disortografia, Discalculia ou Disgrafia, Dislexia) —estão interligados à maneira como a pessoa acolhe, abrange, preserva e exterioriza ou executa o conhecimento adquirido, atendendo as aptidões do indivíduo ao implementá-las. Esses tipos de

Dificuldades demonstram-se no domínio da leitura, da caligrafia, do cálculo numérico, da linguagem, cingem carência que tem como consequência as adversidades no momento de se lembrar das informações, cognoscível, a fala e na capacidade de refletir sobre estado da mente. Essas dificuldades não emergem da abstenção das sensações, nem da limitação das capacidades intelectuais, nem dos obstáculos de motricidade, desordem afetiva, ou de interação, porém há probabilidade de acontecerem em simultaneidade, podendo também transmutar a influência recíproca (Correia, 2007).

Quanto à parte **auditiva**: deduz-se nos obstáculos que residem na compreensão, causando impedimentos no ato da realização das regras ou ensinamentos que recebe, tendo em conta isso, não se trata de um problema audição, mas de entender aquilo que é escutado.

Quanto a **motricidade**, as Dificuldades giram em torno dos obstáculos do controle da motricidade grossa, fina ou dos dois, que são de nítida observação tanto na escola como no ambiente familiar causando obstáculos na escrita no uso e manuseamento de objetos ligados a informática, como por exemplo um computador.

Quanto à **organização**; isso está relacionado com as complexidades a nível do espaço ou o ponto exato de uma responsabilidade. O discente hesita no momento de estruturar e sintetizar o conhecimento que lhe é transmitido, o que muitas das vezes funciona como entrave na hora da realização dos TPC, exposições orais entre outros afazeres escolares. Quanto às tarefas **académicas**, é a considerada a mais frequente no que diz respeito as Dificuldades de Aprendizagem, pois os discentes possuem complexidades a nível de cálculos, a nível da escrita e da leitura. Quanto ao nível **social e emocional**; existe uma certa hesitação no momento de executar as diretrizes sociáveis, possuem uma certa ansiedade de espera, tem complexidade em analisar mimicas e em realizar as responsabilidades (Correia, 2004).

Perturbações do Espectro do Autismo (**Perturbações Autística ou Síndrome de Asperger**) – (PEA) – integra as perturbações do Desenvolvimento Físico e Psíquico, incorporando modificações na forma como o indivíduo transmite a informação, nos procedimentos do indivíduo e a forma como ele vivencia a sua relação com o outro. A literatura (DSM-IV), apresenta as cinco perturbações do Espectro, sendo eles: a **Perturbação autista** (autismo clássico) que preferencialmente é aquela que é apontada entre as perturbações de Espectro do Autismo. **Síndrome de Asperger**. **Perturbação invasiva do Desenvolvimento** (Autismo Atípico). **Perturbação Desintegrativa da infância** e **Síndrome de Rett**. De acordo com as investigações neurológicas, os indivíduos com autismo por norma manifestam fraqueza muscular, um débil controle motoro em indivíduos na fase da infância, um desempenho

obsessivo-compulsivo que podem ser prejudiciais para o próprio, deficiência mental, os critérios da atividade elétrica cerebral invulgar. Em alguns indivíduos que estão na fase da primeira infância, o surgimento e a exteriorização do autismo apresenta-se de forma progressiva, porém como nas outras doenças, a obtenção é de acordo com cada etapa do Desenvolvimento. Sensivelmente uma percentagem inferior a 40% das crianças regride no Desenvolvimento, isto é; no desenvolvimento da fala, a criança inicia o deliberação das palavras mais ou menos por volta dos 14/24 meses, nesses casos o que acontece é que a criança regride não só no desenvolvimento da fala como nas outras áreas (Ribeiro et al., 2013).

Perturbações ligadas a **Défices Cognitivos** – ou atraso mental, segundo a DSM-IV, é exposto através de uma insuficiência na capacidade de adquirir conhecimento, de uma dispersão de variáveis com um (QI < 80) que vem escoltado de uma insuficiência ou carência na sua conduta adaptativa, principalmente no ponto de autocuidado, conversações, na interação com os parentes, na vida coletiva, socialização, capacidade de relacionar-se com outros, capacidade de adquirir conhecimentos, perícia para desempenhar a atividade laboral, zelo pela saúde pessoal, etc. O Déficit Cognitivo apresenta-se antes do indivíduo ter 18 anos de idade cronológica onde muitos níveis de desenvolvimento são atingidos. Está fragmentado por níveis de severidade de acordo com o Quociente de Inteligência de cada pessoa, sendo eles: Deficiências cognitivas; Profunda, Grave, Moderada e Ligeira. Na profunda é quando o QI do indivíduo vai desde 25 a 40. Na grave o QI vai desde os 25 aos 40. Na moderada vai desde os 35 aos 45. Na ligeira o QI vai desde os 50 aos 70. O Déficit Cognitivo está interligado à independência física e emocional do indivíduo e as suas aplicabilidades, pois essas não sujeitam unicamente ao QI e principalmente uma conduta integrativa e uma habilidade de civilização (DSM IV, 1998).

Perturbações do Comportamento e da Atenção (**Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção ou Perturbação de Coordenação-Motora**) - trata-se de uma desordem que sucede frequentemente dos 0 aos 6 anos de idade cronológica, podendo também abranger a adolescência e inclui-se no prisma das Desordens Disruptivas do procedimento e Déficit de Atenção. Na Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção constata-se três linhagens dissemelhantes, sendo estes: PHDA-M- Onde o Déficit de Atenção e a Atividade psicomotora são notórios e relevantes (Misto). PHDA-HI- onde a Impulsividade a Hiperatividade estão significativamente presentes (Impulsivo- Hiperativo). PHDA- D - onde impera a Desatenção e os indivíduos na fase da infância são considerados desatentos (Desatento) (Ramalho, 2010).

Após largos estudos na área, impera uma divergência quanto ao gênero, ou seja, em relação ao sexo; no rapaz predomina além da medida a probabilidade de adquirirem o PHDA do que as raparigas. O PHDA inicia-se prematuramente, porém só se apresenta usualmente na fase escolar, tendo em conta que as decorrências prorrogam por norma até a morte. Segundo a literatura, podemos considerar como sinais basilares do aparecimento do PHDA a correlação das aptidões de enfoque e a assistência quando lhes é posto algum dever a ser realizado. Outros dos sintomas é a postura que o sujeito adota nas atividades mais isentas de regras, os indivíduos possuem um grande interesse pelas novas brincadeiras, porém irritam-se com grande fluência trocando de brincadeira regularmente, procuram não obedecer as regras que já estão estabelecidas buscando modificá-las e não aceitando perder atribuindo-a aos outros que fazem parte da brincadeira. Quanto ao contexto emocional, os indivíduos que possuem PHDA apresentam complexidades quanto a instituir conexões afáveis de interação e não conseguem distinguir nem as figuras nem feição importantes na fala não verbal no ato de comunicação (Ramalho, 2010).

Os indivíduos portadores de PHDA sentem-se frustrados por não se sentirem incluídos no meio envolventes e perante estudos feitos por Joselevich (professor do departamento Molecular), relatam que pelo menos 30 % dos alunos que possuem o PHDA, paira uma hipótese de não transitarem de ano pelo menos uma vez, e 20% de hipótese de haver uma interrupção ou de serem banidos do colégio. Também esses estudos referem que 50% tem obstáculos na interação e socialização no seio escolar, e chegam mesmo a não concluir o ensino secundário, estes estudos ainda referem que mais de 60% não conseguem monitorizar da sua fúria, dos seus estímulos e a sua pertinácia (Joselevich et al., 2000).

**Perturbações Afetivas ou do Humor** (Perturbações Depressivas: Perturbações Major, Perturbação Distímica) – as patologias Afetivas integram-se num conjunto de doenças que se designam de mutações excessivas do Humor que diversifica desde um modo excessivo de altivez ou de contentamento e que pode ir até a um dramático esgotamento ou mal-estar. Esse conjunto de sintomas ligados a essa doença, especialmente as que qualificam a tristeza profunda são muito frequentes e testemunham imensos infortúnios ao grupo de pessoas que vivem em comum, até mesmo por contribuir para um alto nível de morte por suicídio. Essa patologia envolve significativamente a genética quanto ao seu componente debilitável, tendo em conta que um incorporado grupo de indicadores mostram a presença de causas relativos a genes na fragilidade para as patologias afetivas. A ciência ainda não possui uma veracidade de resposta quanto a isso, porém com o avanço progressivo da tecnologia pode haver futuramente (Lima et

al., 2004). As perturbações do Humor não são categorizadas como tais quando esse advém do uso ou toma de substâncias medicinais ou por causa de alguma doença que o indivíduo possua, tendo em conta esses dois fatores, é classificado como um sintoma. As perturbações do Humor são categorizadas como; perturbações **Bipolares** e Perturbações **Depressivas**.

As perturbações bipolares representam-se em ocorrências de hábito e depressão podendo-se metamorfosear, sendo que nos indivíduos prevalece um ou prevalece o outro. Existe uma incógnita sobre os fundamentos causadores do mesmo, porém; as oscilações do grau de neurotransmissores no cérebro, a genética, os coeficientes da psicologia individual relacionada com a vida social, entre outros, podem estar compreendidos nas causas. O procedimento de intervenção reduz-se aos medicamentos que vão auxiliar o indivíduo no processo de equilibrar o estado do seu humor, conciliando-se muitas vezes com terapias. As perturbações bipolares são categorizadas em; perturbação **bipolar I** (tanto os indivíduos do sexo feminino como indivíduos do sexo masculino apresentam ocorrências depressivas com igualdade de sintomas. O indivíduo apresenta-se no mínimo com uma ocorrência maníaco na íntegra, expondo ao perigo a vida profissional e social do indivíduo). Perturbação **bipolar II** (apresenta-se com ocorrências depressivas de grande porte, com no mínimo uma ocorrência hipomaníaca, porém, sem ocorrências maníacos perceptíveis, as ocorrências são maiores em indivíduos do sexo feminino). Perturbação **bipolar inespecífica** (perturbações com traços bipolares nítida) (DSM-IV, 1998).

Quanto às perturbações **depressivas**, é preciso ter em conta que as crianças e adolescentes que apresentam ocorrências com alguma pertinência de tristeza, aborrecimento ou raiva podemos considerar como indicador de cenários afetivos. Tendo em conta que o aborrecimento/raiva, a tristeza são emoções considerados normais, porém, esses passam a ser considerados de um patamar patológico quando; qualquer fator de incentivo de animação é tomado pelo indivíduo na fase da infância, como incomodador, como detestável, como inimizado e possivelmente reage com uma atitude bárbaro perante aquele incentivo. As oscilações do estado do humor com resistente elemento de raiva, dissabor, hostilidade, angústia estabelecem um cenário ou sensação de mal-estar que se apresentam na perturbação afetiva. Tendo em conta que a criança se encontra no processo de desenvolvimento, isso impede-a de perceber com facilidade essas emoções intrínsecas. A perturbação efetiva intervém no ciclo de uma criança e do adolescente, dificultando de um modo vistoso o seu desempenho nas atividades escolares e interferindo na conexão com a família e na sua socialização. A

perturbação afetiva com humor depressivo requer a preponderância de prantear, emoções de desespero e de melancolia. Dentro das perturbações do humor depressivo encontram-se:

**Distímia** – é quando o indivíduo possui um índole virado para a insatisfação, ou seja, na maioria das vezes está aborrecido. A distímia é encarada como uma depressão afincada, onde o indivíduo possui sintomas vários da ordem depressivas de fraca potência, isso claro, quanto a semelhança com a depressão maior. Quando em crianças, a Distímia pode ser afincado, com ocorrências de depressão durante o percurso do ciclo vital. A descrição minuciosa da Distímia numa criança exige o humor irritadiço ou melancólico (sendo que esse é mais frequente nos indivíduos na fase da infância), que se apresenta com muita frequência durante o dia na atividade diária do indivíduo traduzindo-se nas seguintes ocorrências; pouca ou muita vontade de comer, muita ou pouca vontade de dormir, problemas de autoestima, problemas de meditação bem como problemas em deliberações ou resoluções das questões relacionadas a decisões. Para realizar uma descrição minuciosa da distímia também é preciso que as ocorrências causam um impacto bruto de aflição ou lesão nos vários e cruciais níveis de conduta (Fu I et al., 2000).

**Depressão maior** – Tendo em conta a fase da infância, o seu nível de desenvolvimento dos fenómenos emocionais, desempenha uma tarefa relevante nas ocorrências e na exteriorização da depressão. A criança antes de aprender a falar demonstra as ocorrências da depressão através das exhibições do rosto, através de atitude expostas através do seu próprio corpo e também na ausência de feedback, quanto aos incentivos percebidos tanto proferidos como visórios. Quanto à depressão, os indivíduos na fase da infância podem estar com o humor mutável, porém existe aquelas que têm a postura de disparar desgovernadamente e outras demonstram tristeza e um choro de fácil despoletar. Elas não demonstram vontade nas ocupações livres, o que dá a noção de que elas não possuem disposição para divertir-se na hora de divertir-se, umas demonstram desinteresse afetivo reagindo muito pouco aos incentivos tanto otimista como nocivos. A criança reclama de dores nos músculos, na barriga ou no estômago, na cabeça, exaustão e fadiga ou cansaço, sendo constante, dando assim existência ao perfil depressivo. As crianças e os adolescentes com depressão, por norma, possuem o peso abaixo ou acima da média esperado para a idade cronológica, para além das aflições durante o sono são repetidos, sendo ansiosos, não tendo a capacidade de conter o seu entusiasmo, tendo problemas de memória afetando o percurso escolar, sendo que a ausência de autoconfiança pode ser tao destrutivo, levando-os a ter pensamento suicida. Os indivíduos na fase da infância e adolescência pertencentes ao sexo feminino tem mais probabilidade de desenvolver uma

depressão. **Episódios de mania**– o indivíduo com Episódios de mania tem um acréscimo de nervosismo, possuindo um humor oscilante, tendo muitas vezes momentos em que choram sozinhos, podendo se ofender fisicamente a si próprio e os outros, distrai-se com facilidade, possuindo um discurso acelerado, dormindo menos do que o normal, apresentando um quadro de pensamentos de grandeza e de delírio; como o de acreditar que possui poderes afirmando possuir capacidades de se auto curar.

As ocorrências contendo episódios psicadélicos e o estado de delírio, são mais frequentes nos indivíduos na fase da adolescência. Os episódios de mania na fase da adolescência têm ocorrências parecidas com os nos indivíduos na fase adulta; com o humor ostensivo nítido, podendo haver comorbilidade entre o humor ostensivo e o humor. Nos adolescentes por vezes ocorrem episódios de dispersão de ideias, palrações e idealização de grandeza, procedendo de forma excêntrica e estapafúrdico. As ocorrências são idênticas tanto nos indivíduos na fase da infância, como nos indivíduos na fase da adolescência e os adultos, porém, a caracterização e a avaliação nas ocorrências dos Episódios de mania têm impedimentos por causa da analogia entre os conjuntos de sintomas de transtorno e perturbações de procedimento. Quanto ao tratamento; começa com a realização de uma análise aprofundada dos factos para afugentar tudo o que seja de ordem natural no surgimento das ocorrências. No tratamento é importante investigar o procedimento do individuo na fase da infância tanto na escola como no ambiente familiar, para que o individuo possa ser encaminhado a um tratamento propício é necessária uma descrição minuciosa e em muitos casos a terapia familiar torna-se crucial, quanto aos fármacos vai depender particularmente do caso. Para a perturbação depressiva, é permitido aos indivíduos a toma de antidepressivos, podendo ser; maprotilina, nortriptilina, clormipramina, imipramina entre outros, inicia-se com uma dose baixa podendo aumentar de forma progressiva, sendo que ao fazer o uso desses medicamentos portadores de efeitos colaterais, torna importante uma supervisão por causa do risco de infarto. A intervenção antecipada faz toda a diferença mais tarde no ciclo vital da criança, precavendo lesões quanto ao desenvolvimento (Fu I et al., 2000).

## **9. O impacto da Instituição Família no Desenvolvimento da criança**

A Instituição que oferece a primeira socialização ao indivíduo, podemos dizer que se trata da família. Nos últimos anos a grande transformação na criação no conceito de família tem se propagado. A partir de meados do século XX, antes dos anos 50 prevalecia o conceito básico de família, que se resumia a pai, mãe e filhos, onde eram submetidos a uma estrutura havendo nítidas conexões, onde os ofícios eram distribuídos tendo em conta as características do indivíduo. No entanto houve o chamado crescimento industrial que levou a um aumento da saída dos que trabalhavam no campo que acabou por mexer na compilação das famílias, encaminhando-as assim para a chamada evolução da civilização. E desconstrói-se a hierarquia em que o líder máximo da família era o pai, a mãe deixa de ser simplesmente procriadora e sim um indivíduo possuidor de um pensamento crítico (Oliveira & Marinho-Araújo, 2010).

Dos anos 60 aos anos 80 a família sofre uma transformação, onde os indivíduos de sexo feminino envolvem-se ou cooperam de forma mais laborioso no cenário financeiro e no regime governamental da sua nação, quanto aos casais, passa a haver conexões consideradas democráticas. Também nessa fase logra potência peculiar o alvoreço dos grupos de mulheres que lutam pela igualdade de sexo e género, a manifestação dos grupos de estudantes, o grupo das pessoas preocupadas com o meio-ambiente, os grupos dos homossexuais, os grupos que se movimentam para a preservação do meio natural, declarando e revelando as suas ideologias. Tendo em conta esses e vários outros variáveis, as famílias sofrem uma alteração visível devido a três fundamentos, que são: o colapso financeiro que sucedeu nos anos 80; o ingresso dos indivíduos do sexo feminino no ramo das atividades trabalhistas; e o terceiro foi o começo de contemporâneos padrões na formação dos descendentes. Segundo a literatura, esses fundamentos foram promotores e contribuintes da divulgação e propagação dos métodos contraceptivos, a prescrição da separação, a redução da fertilidade, o avanço do grau de alfabetização nos indivíduos do sexo feminino, o que levou à afluência do conhecimento, em consequência disso houve um acréscimo na quantidade de filhos resultantes das relações afetivas conciliado. A partir daqui pode-se considerar que houve um transitar de famílias Jerárquicas para famílias democráticas, pois a conduta da autoridade sobre os filhos ocupou uma posição equitativa. Houve um aumento nas separações que ecoou na estrutura da família. Sendo que essas novas estruturas repercutiam nos padrões e doutrinas que cada estrutura familiar, tinha dando origem a famílias monoparentais, famílias Unitárias, famílias adotivas, famílias modernas, família permissiva, família nuclear simples, sendo que já existia a família tradicional e a família alargada e extensa (Oliveira & Marinho-Araújo, 2010). Tendo em conta

que a família é a instituição que primordialmente satisfaz as necessidades da criança em todos os âmbitos, desde o nascimento e durante o processo de desenvolvimento, logo a satisfação dessas necessidades devem ser peculiares, pois a peculiaridade em satisfazer a criança está interligado ao cenário consistente de vivência. O ambiente em que a criança se encontra inserida, os estímulos que recebe do seio familiar são cruciais no seu desenvolvimento, esses estímulos leva a criança a construção do seu próprio pensamento ou convicções, às suas próprias competências, que vão auxiliar a criança no instituir do seu enquadramento tanto sociável como as suas funções fisiológicas. Algumas investigações chegaram a constatar que as progenitoras que foram direcionadas por profissionais relacionados á saúde e em particular saúde psicológicas, que isso cooperou no desenvolvimento cognitivo dessas mesmas crianças e teve um impacto prolongado. A instituição família possui a responsabilidade de ser intermediária quando se trata dos indivíduos na fase da infância e a nação a que ele/a pertencente, proporcionando a interação que é considerado uma variável importante no desenvolvimento cognitivo dos indivíduos na fase da infância.

A teoria de Brofenbrenner defende que a profundidade da reciprocidade ecoa prontamente. O enquadramento familiar tanto pode oferecer ao individuo na fase da infância ameaça de perigo como pode oferecer segurança, que podem ser situação de problemas financeiros, a vulnerabilidade nas conexões entre as pessoas da família sendo até capaz de agravar a situação quando se está a resolver impedimentos ligados a fala, o pensamento e capacidades coletivas. Logo pode-se concluir que a genética tambémé uma variável marcante no desenvolvimento da criança, pois a criança tende a replicar o que absorve. A estrutura familiar produz nos indivíduos na fase da infância capacidade desuperação, e a ótima conexão com os progenitores pode proporcionar autoestima e uma capacidade firma para gerir episódios de stress (Andrade et al., 2005).

## **10. Psicologia Educacional**

Torna-se pertinente falar da Psicologia educacional neste relatório, tendo em conta que os casos referentes a esse estágio foram casos em que o acompanhamento e avaliação, foram designadas a crianças. Podendo-se dizer que a psicologia educacional veio fazer a ponte entre duas tradições dissemelhantes em implantação, pois; psicologia é a arte que se dedica ao estudo da mente, ou seja, é a ciência que estuda o comportamento do individuo e que rege com leis gerais do funcionamento (Todorov, 2007).

A psicologia educacional ou psicologia aplicada à educação entre tantos outros termos a que se designa a esse grupo de técnicas progressistas nessa área. Segundo Antunes 2007, a psicologia educacional pode ser vista como uma pequena área da psicologia que possui a predisposição na conceção de habilidades com relação às ocorrências psicológicas com relação aos acontecimentos de ordem psicológicas, componentes do procedimento relacionado a educação. Devemos referir que a psicologia educacional e a psicologia escolar têm dentro delas uma conexão, porém não são iguais, pois uma produz conhecimentos e a outra age no campo profissional e intervém nas instituições escolares e nos ambientes ligados á escola e tem como ponto principal o componente psicológico (Barbosa & Souza, 2012).

A psicologia educacional abarca jovens, adolescentes e crianças na fase escolar, porém ela possui um objetivo que se deduz em tomar precaução contra as contrariedades que advém dela, porém e também imiscuir-se sempre que preciso, para que, através dessas duas medidas aqui referidas (prevenção e intervenção), se consiga reduzir a potência das ocorrências e se possível conseguir a deliberação do problema (Barbosa & Souza, 2012).

## 11. Escola Inclusiva

Para falar de escola inclusiva faz-se preciso uma breve abordagem sobre a **Declaração de Salamanca**, pois ela exige educação para todos, onde a escola inclusiva tem os olhos postos no Ensino Especial, ou seja, o Ensino Inclusivo despontou-se a fim de fundamentar a inclusão dos discentes no Ensino Especial nos grupos periódicos. O ensino é uma prerrogativa humano primordial, pois isso leva o indivíduo a ter um reflexionar bastante independente e um mundo de ofertas de empregabilidade bastante generalizada (Breitenbach, et al., 2016).

Podemos dizer que a Declaração de Salamanca se trata de um documento legislado que declara que o sistema de ensino tem o encargo de proteger os indivíduos na fase da infância, não obstante o seu contexto económico, psicológico, físico e a linguagem entre outras variáveis. O sistema de ensino tem o encargo de apoiar indivíduos na fase da infância que possuem: défice, que são prendados ou não, que vivem na rua, que trabalham, que são residentes afastados ou que não possui habitação fixa, que são de etnias distintas, que estão incluídas nas classes desprotegidas, indefesas e que são excluídas da sociedade (Mendes et al., 2011).

A escola inclusiva está interligada com as **necessidades educativas especiais** (NEE) na fase escolar das crianças e também dos professores que abrangem esse protocolo. Tendo em conta que cada criança possui sua necessidade singular, quando se trata do tema aprendizagem e seus desafios, podemos dizer que integrar não se trata de incluir, isso sim é inclusão. No século XIX predominava uma incerteza que, se crianças com necessidades especiais conseguiam se integrar no processo de aprendizagem? Porém houve um avanço e essas crianças passaram a ter o estatuto de pessoas com deficiências sensoriais. Segundo o pensamento de Vygostsky, era mais prático ensinar as crianças através dos jogos ou atividades. Foi com essa linha de pensamento que se iniciou o processo de abertura de escola para as mulheres aprenderem a leitura e a escrita, e foi isso que levou ao caminho que permitiu a inclusão das crianças com necessidades especiais (Ramírez-Valbuena, 2017).

Por causa da inclusão do termo Ensino Especial, na escrita da Declaração de Salamanca, os indivíduos na fase da infância que possuem incapacidades foram a partir disso apontadas portadoras de Necessidades Educativas Especiais (NEE), onde também foram englobadas crianças que também não possuíam défices nomeados (Breitenbach, et al., 2016).

## Capítulo III

### 12. Objetivos gerais do estágio

Quanto ao estágio realizado, e aos acompanhamentos que a estagiária desenvolveu a partir das aulas do seminário que tem como base a psicologia humanista e a partir da orientação do orientador que tem como base a psicanálise, serviu para:

- Ampliar as capacidades obtidas através das aulas com os professores ao longo do percurso académico, durante o seminário de estágio e pela orientadora do estágio;
- Foi o primeiro momento em que a estagiária teve o contacto real e profissional com o uso e manuseio dos testes, do contacto direto com o “cliente” colocando em prática profissional tudo o que angariou perante o percurso académico;
- Tendo em conta que ao longo do percurso académico a estagiária percebeu que existem modelos teóricos distintos, o estágio vai proporcionar ao estagiário instrumento para delinear o modelo a que mais se enquadra na sua forma de exercer as avaliações e os acompanhamentos psicológicos, tendo em conta também os ensinamentos decorrentes do percurso académico;
- O estágio leva o estagiário a vivenciar as várias frentes da atuação e intervenção psicológica, sendo esse um momento rico em aprendizado e maturidade para o estagiário que presente e futuramente pretende seguir a área da psicologia;
- Pode-se considerar que o estágio se tratando de uma vivência de prática dos conhecimentos adquiridos, de observação, de comunicação, de intervenção, partilha de conhecimentos, leva o estagiário a desenvolver uma atitude ou o seu papel de psicólogo.

### **13. Atividades desenvolvidas**

Ao longo do estágio foram desenvolvidas algumas atividades, uma de caráter comunitário e algumas no Centro de Dia. A primeira atividade realizada em maio : Workshop “Saúde Oral e Bem-estar emocional” – Partindo do princípio que no levantamento das necessidades, a estagiária pode observar que existe um déficit na ótica da saúde oral que tem afetado o bem-estar emocional, pois muitas das crianças, jovens e adultos residentes no bairro onde está inserido o Espaço Comunitário, sentem baixo-autoestima, onde predomina uma ausência do bem-estar emocional, que tem prevalecido e que leva o público alvo a não querer ir à escola, devido à falta de motivação pelos estudos, que tem sido reforçado devido a esse déficit na saúde oral. Também podemos referir que se tratando de uma comunidade, maioritariamente, de etnia Cigana, a cultura herdada está ligada à realização de atividades financeiras, nomeadamente as feiras, do que ao estudo, pois os estímulos recebidos desde nascença remetem a isso, o que leva esse problema da saúde oral a servir de escape para a não participação na cidadania como um cidadão saudável mentalmente, o exerce. A ausência do bem-estar emocional leva os adultos a não querer sair de casa por não se sentirem confortáveis com a aparência, tendo complexos de inferioridade e sem motivação para interagir com outras pessoas, familiares e amigos, o que consequentemente pode levar a sintomas depressivos ou outros problemas psicológicos. Até podemos referir que segundo a observação que vem sendo realizada pela estagiária no espaço comunitário e segundo os relatórios trimestrais realizados pela Junta de Freguesia na qual a estagiária teve acesso, relatam que muitos adultos mais propriamente do sexo feminino já estão a ser medicados por diagnóstico de depressão que tiveram origem com o problema da saúde oral, mais precisamente os sintomas somáticos, que está interligado as dores e a ausência de bem-estar emocional, na qual então essa atividade está centrada na realização de um workshop sobre saúde oral e bem-estar emocional. Com esse foco e numa dimensão multidisciplinar, a estagiária em junção, e com o apoio da Psicóloga Clínica da instituição Junta de Freguesia, da Assistente social da instituição e do Espaço Comunitário, tendo a participação de um Dentista que não pertence à instituição, mas que será acionado pela Assistente social, juntos irão realizar essa atividade da “saúde oral e bem-estar emocional. No contexto da Psicologia; a parceria entre a psicóloga e a estagiária, permitira realizar uma campanha de sensibilização para transmitir as crianças, ao público alvo a importância da autoestima, do bem-estar emocional, da regulação emocional. Isso será feito através de reuniões, campanhas e conversas tanto formais como informais, através de demonstrações ou representações dessa realidade vivenciada no Espaço Comunitário.

Tendo em conta que essa franja da população onde Espaço Comunitário está inserido, é dividido em três blocos: bloco A, bloco B, bloco C, a atividade será distribuída por blocos, sendo assim dividida em três semanas, cada semana um bloco será convocado a uma reunião onde serão abordadas as variáveis como; a autoestima, o bem-estar emocional, a regulação emocional. Nesse ramo da Psicologia, a atividade irá focar na realização de uma palestra que centrar-se-á nas variáveis: Autoestima, onde podemos transmitir ao público alvo, que autoestima é a relevância ou apreciação que cada indivíduo destina interiormente, a si mesmo como pessoa e que inclui a atitude de amar a si mesmo tendo em conta valores como; autoconfiança, autoconhecimento e autorrespeito. A autoestima tem bastante peso no bem-estar emocional (Freire & Tavares, 2011).

Quanto ao bem-estar emocional, será transmitido ao nosso público-alvo que este conceito está interligado ao bem-estar psicológico e físico, é o processo de autorrealização. O bem-estar emocional, compreende-se numa visão multidimensional, pois é necessária uma conexão de harmonia entre as várias áreas da qual fazem parte do dia a dia do indivíduo para que haja estabilidade mental. Podemos dizer que entre a saúde física e a saúde mental existe uma forte relação de dependência. Pois estando estável a saúde mental vai automaticamente contribuir para a saúde física do indivíduo. As variáveis como; autoestima, regulação emocional são variáveis que tem sido associado ao bem-estar emocional (Freire & Tavares, 2011).

Regulação emocional, onde será transmitido, que tendo em conta que estamos a vivenciar um período de pandemia não podemos reunir o nosso público alvo de forma geral pois isso vai contra as regras da D.G.S., também será referido que a pandemia tem afetado de modo significativo a parte emocional, causando oscilações na estabilidade emocional, tornando a parte emocional bastante vulnerável. Devido à neurociência que tem facultado uma maior erudição nesta área, ligando as conotações e perímetros neurobiológicos articulados as emoções. Trata-se dos métodos que são capazes de afetar os tipos de emoções que o indivíduo possui, quando as possui e como as pode vivenciar ou suportar e a forma como as representa, sendo que a forma como o indivíduo avalia cognitivamente, pode transformar de forma positiva ou negativa a situação vivenciada. Ou seja, o olhar que o indivíduo tem sobre a situação vai influenciar a mesma (Freire & Tavares, 2011).

Iremos transmitir alguns exemplos de olhar positivo e olhar negativo sobre uma mesma situação vivenciada pelo mesmo indivíduo ou por indivíduos com percepções diferentes da mesma situação e a sua influência na resolução ou aceitação da mesma. Quanto a questão saúde oral, com a ajuda de um profissional de saúde (dentista), visa explicar para o público alvo a

pertinência da higiene dentária, as implicações da não realização da mesma, e com essa prática pretende-se uma melhoria na qualidade de vida, do aspeto físico, que paulatinamente ajuda positivamente na autoestima e confiança que está intimamente relacionado com uma melhoria psicológica.

### **Outra atividade realizada no Centro de Dia:**

Nome da atividade: Auto-análise e Análise de Grupo

Material: Para esta atividade não será necessário material, porém as estagiárias devem levar caneta e papel para anotar as respostas dos idosos

Instruções: O grupo de idosos será dividido em dois grupos distintos, sendo que cada estagiária ficará responsável de executar a atividade com o grupo atribuído. O grupo deve posicionar-se em círculo e após a apresentação das estagiárias, dar-se-á seguimento às seguintes etapas:

- Primeira Etapa: o Orientador define diversos itens:
  - As cinco qualidades;
  - O quinto aspeto a melhorar;
  - Se fosse uma flor;
  - Se fosse um animal;
  - Se fosse uma cor;
  - Se fosse um elemento da Natureza;
  - Se fosse uma Estação do Ano;
- Segunda Etapa: individualmente, vão caracterizar-se oralmente a si próprios e aos outros participantes, com a lista criada pelo Orientador
- Terceira Etapa: partilham as suas escolhas em grupo

Objetivos: Tratando-se de uma amostra da população diversificada, mas composta por idosos, esta atividade tem como foco proporcionar conhecimento mútuo, ou seja, fazer a ponte na relação entre as estagiárias e os idosos do Centro de Dia. Pretende-se com essa atividade estabelecer uma relação com os idosos com a intenção de criar laços, estabelecer contacto para que as próximas atividades tenham êxito. Também o objetivo será a estimulação cognitiva.

Nome da atividade: Temas da vida

Material: folhas brancas ou cartolina, lápis de cor, marcadores, pinceis, tintas, algodão de diferentes cores, purpurinas, tesoura, etc.

Instruções: Seguindo a mesma linha de orientação da atividade anterior, dar-se-á seguimento às seguintes etapas:

- Primeira Etapa: O idoso deve escolher uma temática específica de vida e recriar uma imagem ligada à mesma (i.e.: sexo, casamento, família, autoridade, liberdade, crescimento, vida, morte, comunicação, problemas, etc.).

Nome da atividade: Trabalhar com barro

Material: Barro

Instruções: Seguindo a mesma linha de orientação da atividade anterior, dar-se-á seguimento às seguintes etapas:

- Primeira Etapa: O objetivo é o idoso conhecer e familiarizar-se com o material – Sentindo, pressionando e moldando, utilizando todos os sentidos para o experimentar
- Segunda Etapa: Criar uma forma, a partir de uma bola em barro
- Terceira Etapa: Descrever a criação de barro na primeira pessoa

Nome da atividade: Atividade de musicoterapia

Material: Computador, colunas

Instruções: Seguindo a mesma linha de orientação da atividade anterior, dar-se-á seguimento às seguintes etapas:

1º Fase - Relaxamento e respiração (quebra-gelo) Antes de iniciar a atividade, é importante que cada idoso tenha em sua posse uma garrafa de água. A primeira fase consiste em puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca (segmentos de 3 repetições).

2º Fase - Desenvolvimento físico/motor consiste em cada idoso escolher uma música minimamente apreciada pelos restantes participantes, ou cada um escolhe uma por sua vez, e ainda sentados, inicia-se processo de todos seguir a música com os movimentos corporais suaves.

3º Fase - Proativo Esta fase consiste em escolher uma canção rápida, curta e conhecida pelo grupo, dividimos a canção em frases e distribuimos para cada um dos elementos do grupo, escrito por sequência num papel cartolina, em letras grandes e legíveis. Certificamos de que todos conseguem perceber, ler e cantar a letra da canção. Então com os idosos (em pé ou sentados, isso vai depender da mobilidade dos utentes), de forma que se sintam confortáveis, damos início ao processo que consiste em cantar a canção escrita no papel em grupo, cada um a sua vez. Depois de conseguido essa etapa, recolhemos os papeis coma as frases da canção e distribuimos dessa vez de forma aleatória e inicia-se novamente a música, sendo que dessa vez cada um canta a frase que recebeu aleatoriamente.

4º Fase – Estimulação Primeiramente os orientadores da atividade vão escolher um objeto agradável, podendo ser uma bola, pode-se continuar com a mesma canção ou escolher outra canção para não ser repetitivo, com os idosos sentados ou em pé, inicia-se a música com o auxilio de um aparelho de música, enquanto a música toca o objeto circula nas mãos dos idosos , quando a música fizer pausa, o objeto também fará pausa nas mãos de um idoso, então esse/a idoso terá a responsabilidade de começar a canção, ou seja, continuar a cantar a canção a partir da parte que se fez pausa até o aparelho voltara a tocar a canção, pois a partir desse momento o objeto volta a circular. No final da atividade cada idoso irá receber um mimo. Materiais necessários: Cadeira, aparelho de música, o objeto (bolo pequena ou...), papel cartolina, canetas coloridas, e o trofeu do final.

### **Última atividade realizada numa escola (27-05-23)**

Foi realizado um workshop sobre a saúde mental, com a dinamização, gerência e supervisão da orientadora do estágio da instituição, sendo ela psicóloga clínica, onde as estagiárias estiveram presentes, pretendendo dar um contributo com algumas questões sobre a violência no namoro na fase da adolescência e o impacto que isso tem para a saúde mental. Esta atividade teve a duração de um dia, onde o tema abordado foi a saúde mental na adolescência e na fase adulta e as problemáticas que despoletam desse tema.

Essa atividade deduziu-se numa sessão de esclarecimento realizada numa das escolas da freguesia, no anfiteatro, escola essa frequentada por alunos na fase da adolescência, a frequentarem até o 12º ano de escolaridade; os alunos participaram no esclarecimento sobre saúde mental, realizando perguntas sobre o tema e recebendo o feedback da psicóloga clínica.

Nessa sessão cada aluno entregava uma questão sem identificação, escrita no papel considerado uma pergunta que representava para eles ausência de saúde mental.

A sessão teve a intervenção dos docentes e discentes da escola, cada um expondo o seu contributo na qualidade de exercer sobre os discentes um papel importante na parte que pertence a esclarecimentos e cuidados para com os discentes. Nesse workshop foi transmitido a definição de saúde mental:

- Segundo estudos, podemos concluir que todas as formas de violência no namoro têm como objetivo magoar o/a parceiro/a, humilhar, controlar, brotar um sentimento de insegurança, ansiedade, tristeza, vergonha e sobretudo pretende assustar a vítima, provocando temor e receio, para que a partir disso a vítima não tenha capacidade emocional para se desligar dessa relação. É preciso perceber quando a violência no namoro está a acontecer para que a vítima consiga agir ou pedir ajuda. As investigações apontam para um motivo considerado pertinente na violência no namoro que por norma é o ciúme (Mendoza Gutiérrez et al., 2019).

**Obs.:** Quanto as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a adesão foi unânime, com resultados positivos para todos que fizeram parte da mesma.

### **Questionário sobre violência no namoro** (questões colocadas pelas estagiárias)

- 1- O que é para ti a violência no namoro?
- 2- O que é que te indica que o outro está a ser vítima ou executor de violência no namoro?
- 3- Até que ponto, consideras que esse tipo de violência afeta a saúde mental?

## **14. Casos Atribuídos**

### **1º Caso**

De início foram atribuídos a estagiária quatro casos para acompanhamento. O primeiro caso dos atribuídos, tratou-se do caso de um adolescente de 14 anos de idade cronológica, que segundo o relatório psiquiátrico, tinha o seguinte diagnóstico: capacidade de concentração reduzida, comportamentos de oposição, luto patológico e distração a nível escolar. Esse adolescente foi encaminhado ao serviço de Intervenção Social, onde se insere o serviço de psicologia da Junta de Freguesia, pelo pedopsiquiatra do Centro Hospitalar de Lisboa. O adolescente era seguido em consultas de psiquiatria, tendo sido submetido a uma avaliação psicológica que revelou dificuldades no desempenho intelectual e efetivo racional que interferem no seu desenvolvimento e aprendizagem. O serviço de intervenção social acusou a receção do pedido de ajuda ao filho da parte da mãe. Esta foi contactada pela estagiária, que realizou a primeira entrevista psicológica. Foi feita uma anamnese à mãe, pois o pai declarou que por motivos pessoais não podia comparecer à primeira entrevista. Estando a ser entrevistada, a mãe estabeleceu contacto telefónico com o pai da criança que não demonstrou muito interesse em participar, acabando por desligar o telefone. Nessa entrevista a mãe revelou-se muito preocupada com os dois filhos pois segundo ela ambos os filhos estavam a apresentar um comportamento fora do padrão considerado normal: Porém, o caso depois da anamnese, não deu seguimento por ausência de documentos solicitados á mãe, pela Junta. A mãe alegou a equipa multidisciplinar da intervenção social, que não tinha os documentos requisitados e por isso não era possível dar seguimento ao acompanhamento psicológico.

## 2º Caso

O segundo caso, trata-se de uma criança de 6 anos de idade cronológica, a frequentar o primeiro ano de escolaridade, da qual os pais fizeram o pedido de ajuda à Junta de Freguesia. Foi feita a marcação da primeira entrevista aos pais que compareceram acompanhados de um recém-nascido, o filho mais novo. Na anamnese os pais referem que o pedido de ajuda era no âmbito da expressa preocupação com o filho, que desde a chegada do irmão do meio, tem demonstrado um comportamento um pouco agressivo, com atitudes de retirar e reter para si materiais dos colegas da escola e em casa, “*ele foi à carteira do pai e tirou coisas, dinheiro e na escola tirou materiais escolares da mochila dos colegas e escondeu-os entre as pernas e quando deixou cair ao chão o colega chamou-o de ladrão, são crianças e já chamam de ladrão!*” (sic). A mãe refere que há uns dias, o filho teve um episódio de enurese com a duração de três dias, isso em casa durante a noite, “*ele teve três dias a fazer xixi na cama, eu não percebi porque, sendo que ele antes nunca tinha feito isso*” (sic) e na semana passada teve um episódio de enurese na escola onde a mãe foi chamada à escola em prol do filho, levando-o a casa para trocar de roupa. O pai relata que o filho está revoltado “*ele está revoltado sem necessidade*” (sic). Os pais relatam que na escola, ele requer permanentemente a atenção da professora para realizar as tarefas e a atenção dele dispersa com facilidade pois só realiza as tarefas escolares com supervisão do professor, “*ele perde com muita facilidade a atenção e só faz os trabalhos da escola e a professora estiver em cima dele, basta ela virar-se para ele deixar de fazer os exercícios da escola, a professora já nos disse isso*” (sic). Na anamnese, quanto aos **fatores Desenvolvimentais**; a mãe relata que a gravidez foi uma gravidez tranquila, desejada, porém teve muitos enjoos durante o processo, tendo parto normal e recuperando-se bem do mesmo. A mãe refere que L. fez o controle dos esfíncteres normalmente ainda no berçário numa idade compreendida normal, começou a andar logo após um ano de idade e era uma criança feliz até então. “*Tinha ele um ano e cinco meses quando chegou o irmão D., que chegou com alguns problemas de saúde e tivemos de dar a atenção toda para o irmão e para ele já não tínhamos muita disponibilidade*” (sic). Os pais relatam que com a chegada do irmão do meio, o comportamento de L. começou gradualmente a sofrer algumas alterações, pouco antes dos três anos, desde o berçário L. começou a dar sinais de comportamentos agressivos, como; agredir fisicamente os outros bebés da sala sendo os pais muitas vezes chamados a atenção pelas educadoras quanto ao comportamento do filho que muitas das vezes saía do padrão considerado normal para um comportamento de um bebé; Os pais relatam que a escola era boa, as educadoras e a coordenadora eram boas e que ele sempre fora bem tratado por elas, tendo em

conta isso, o pai relata que iniciou-se por parte dele a tarefa de tentar perceber o que era considerado comportamentos normais para um bebê daquela idade e o que não era. A mãe relata que L. mantém até hoje uma boa relação com a educadora “*semana passada marquei um café com antiga educadora do berçário dele para conversar um pouco e ele ficou muito contente, abraçou-a com muita alegria e começou a contar com muita expressividade tudo o que tinha feito na escola*”. (sic). Os pais relatam que até aos três anos de idade L. não teve perturbações do sono, dormia bem. A mãe refere que L. não gosta de comer, “*ele para comer é um desastre, não come*” (sic). **Fatores biológicos** – a mãe refere que ela sofreu de Dislexia enquanto pequena. Os pais referem que nessa fratria dos três filhos o segundo filho nasceu com alguns problemas de saúde tendo esse a necessidade de usar uma sonda até o dia de hoje para conseguir alimentar-se. Os pais relatam que L. distrai com facilidade e acaba por perder o sentido da tarefa que está a realizar e que L. antes dormia bem, no entanto com a chegada do irmão houve uma alteração no sono passando esse a ser um período de sono conturbado e que por vezes acontece episódios de despertar de madrugada para realizar algumas atividades; “*uma madrugada ele acordou e atacou a dispensa e eu estava tão cansada que adormeci e quando acordei, estava a casa toda suja, era farinha, açúcar, polpa de tomate, tudoe mais alguma coisa por todo lado e ele estava todo sujo...*” (sic). A mãe refere que L. toma diariamente um medicamento para dormir designado de Melatonina que foi sugerido pelo médico pedopsiquiatra. Quanto aos **fatores familiares**; aparentemente uma família tradicional composta pela mãe, pai, e três filhos rapazes a contar com L. A dinâmica familiar é a seguinte: o pai durante a semana leva o filho a escola de manhã e vai trabalhar durante o dia e retorna a casa a noite depois L. estar a dormir. A mãe está em casa para cuidar dos filhos, mais propriamente o filho do meio que carece de permanente auxílio da mãe e porque ainda está abrangida a licença de parentalidade pelo terceiro filho que anda é recém-nascido. A mãe refere que o pai trabalha muito, chegando a casa depois de L. ter adormecido e que L. pode estar a sentir isso, “*ele deve estar a sentir a falta do pai, acho que é isso, porque quando o pai chega já é meia-noite e ele já está a dormir*” (sic). A mãe relata que L. assume o papel de cuidador do irmão do meio que nasceu com uma doença e é acompanhado no hospital Dona Estefânia e no hospital Santa Maria, efetuando fisioterapias, acompanhamento médico regular, usando uma sonda para comer e faz uso de alguns medicamentos e tratamentos receitados pelos médicos. O pai relata que tem o controle ativo das redes sociais monitorizando assim o uso da internet elaborada por L. programas televisivos, L. gosta de assistir a um programa que tem como atriz principal uma boneca que rouba e que inclusive fez o bloqueio desse canal para que L. não assistisse mais. “*Sim, eu faço o controle daquilo que ele vê na internet e bloqueio aquilo que não é bom...*” (sic). Quanto aos

**fatores sociais;** os pais referem que a adaptação a escola tem sido boa, que L. gosta da escola e do professor. A mãe refere que quanto ao meio social, L. sente-se inferior aos colegas porque os colegas têm em posse alguns materiais, brinquedos e equipamento eletrônicos a qual L. ainda não tem possibilidades de o possuir *“ele vê os colegas com as coisas que ainda não conseguimos e nem queremos comprar e sente-se inferior aos outros...”* (sic). A mãe refere que L. quer sentir-se igual aos outros colegas e por isso faz de tudo para sentir-se incluído *“ele quer que eu vá ao café com as mães, quer que eu seja amiga das mães dos colegas, mas eu não me sinto bem com isso e não gosto de ir ao café como elas fazem...”* (sic). A mãe relata que ele sente uma intensa necessidade de fazer tudo o que os colegas fazem ou gostam de fazer para pertencer ao grupo de amigos do qual ele é rejeitado. A mãe relata que os colegas de turma de L. são bastante autônomos, realizando as tarefas e atividades sozinhos sem a presença dos pais como; ir à escola, ir ao parque, ir ao jogo futebol ao qual L. pertence, mas que de momento não tem frequentado, pois a mãe não tem disponibilidade/tempo para o levar e sente-se insegura em deixá-lo ir sozinho.

Quanto aos **dados de observação:**

**Funçõespsíquicas** – Mãe e pai aparentemente saudáveis, colaborantes e com um comportamento adequado, com uma consciência vígil e lucida, orientados no tempo e no espaço com um discurso organizado e coerente.

**Aspetto físico** – mãe; com uma aparência cuidada, média estatura, postura ativa, uma atitude atarefada. Pai; de alta estatura, porém com o peso acima da média, aparência cuidada, atitude calma e sonolento. Ambos vieram acompanhados do filho mais novo, um recém-nascido.

**Motricidade-** ambos mantiveram uma postura correta durante a entrevista.

Tendo feito a anamnese e a história clínica, deu-se início às sessões, a criança esteve em três sessões de acompanhamento, tendo realizado o desenho da família. Quanto ao **desenho da família** e tendo em conta a faixa etária da criança, pode-se verificar que do ponto de vista gráfico: L. desenhou elementos muito concretos; como a mãe, o pai, o irmão bebê, que é de ressaltar que quando questionado pela estagiária sobre o desenho que só tinha um irmão sendo que ele possui dois irmãos, a resposta foi: *“não quero desenhar o mano, só quero desenhar a mãe, o pai e o manobebe e esse sol”* (sic). O que parece dar conta, da suposta rejeição para com o irmão do meio. Quanto ao inquérito do desenho da família, L. relata que: *“o melhor lá em casa são os dois, o pai e a mãe, o pior lá em casa, nenhum deles porque gosto do dois, mas o pai é o menos feliz pois está sempre cansado, trabalha muito, sabes? Não sabes. Se formos*

*passar e o carro só tiver 5 lugares seu deixa a mãe porque vou brincar com o pai e o mano vai ao médico como sempre (sic).” Porém a criança deixou de comparecer as sessões pois a mãe relatava por chamada telefónica que com a doença do segundo filho, o tempo não lhe restava para ir as sessões de psicologia com o filho pois tinha o segundo filho internado e tinha de estar com ele no hospital, deixando o primeiro filho aos cuidados da avó materna, alertando que a avó não possuía capacidade física para levar o filho às sessões de psicologia. Tendo em conta isso deu-se o término do acompanhamento ao caso.*

### **3º Caso**

No terceiro caso não houve contacto presencial, somente telefónico, devido ao fato de que; no dia da entrevista, a mãe da criança sofreu um acidente de carro a caminho da Junta de Freguesia, estando grávida de sete meses e foi encaminhada ao hospital sendo operada de urgência. Tendo ela recuperado da cirurgia após algum tempo de internamento, estabeleceu-se o contato telefónico e fez-se o agendamento de outra entrevista, sendo essa cancelada também pois no dia da entrevista faleceu-lhe o pai. Com isso deu-se fim aos agendamentos para a entrevista, pois a mãe que fez o pedido de ajuda relatou em conversa telefónica que não se encontrava disponível para as sessões sendo que ela agora teria de ocupar-se do velório e ficaria de luto pela morte do pai, sendo assim impossibilitada de levar a criança às sessões.

## 15. Estudo do caso da avaliação psicológica completa

### 4º Caso

Sobre o caso de avaliação psicológica do menino de 10 anos de idade, está a frequentar o 4º ano de escolaridade, no passado foi avaliado pela psicóloga da escola na qual foi diagnosticado com Perturbações de Aprendizagem Específica (PAE), a Dislexia, pelo que atualmente beneficia das medidas universais e seletivas de acordo com o decreto-lei nº 54/2018.

Houve um pedido de ajuda feito à Junta de freguesia por parte dos pais, que consideram que o filho é muito dependente, introvertido, retraído, com baixa-autoestima, por outro lado os pais referem que, segundo a professora, ele é lento na execução das tarefas escolares, que fez a aquisição da escrita tardia, não se tendo adaptado ao método das 28 palavras. O caso é atribuído a estagiária que partiu para uma triagem feita aos pais, tendo em conta que a lista de espera da Junta de Freguesia, para a psicologia tem sido longa.

Entretanto foi realizada uma primeira entrevista com os pais da criança, pela orientadora e a estagiária, na qual foi possível recolher dados da criança do ponto de vista dos pais. A partir desses dados realizam-se uma anamnese. Após estas primeiras interações deu-se início às sessões com a criança onde foram aplicados seis testes ao longo da avaliação. Nessa avaliação, a estagiária tem o contacto real do uso e manuseio de alguns instrumentos de avaliação, mais precisamente:

- **O Desenho da família**- pode verificar-se que do ponto de vista gráfico; a criança elabora um desenho imaturo, onde faz pouco investimento, desenhando elementos muito concretos, tendo em conta a sua faixa etária. No desenho a criança faz pouca diferenciação entre as figuras, com características que parecem dar conta das suas dificuldades ao nível da separação/individualização. No inquérito ao desenho da família parece dar nos conta da dinâmica familiar, onde a criança relata que ninguém da família é feliz e que o menos feliz da casa é ele e que o seu melhor amigo em casa é o seu gato pois é o único que lhe faz verdadeiramente companhia e o escuta quando este quer falar. Podemos observar a insegurança da criança, o baixo autoestima, o medo de realizar desenho para não ser rotulado por causa dos antecedentes sucedidos, através do desenho, do relato feito pela criança através do desenho e das questões que foram postas a criança logo após o término do desenho.

- Aplicação do **Desenho livre** – nesse desenho, a criança manifesta e expressa verbalmente a sua enorme vontade e desejo que possui em viajar, mas que por outro lado ainda não teve a oportunidade de partilhar com os pais, *“o que eu queria muito era poder viajar de avião, sabes?”*

*Mas nunca disse isso aos meus pais, tenho medo e eles não têm dinheiro para eu viajar, mas tem dinheiro para comprar um telemóvel a minha irmã”* (sic). Nessa sessão a criança refere que a partir de agora, vai partilhar os seus desejos aos pais sem receio, partilhou também que afinal consciencializou que devia partilhar isso com os pais pois eles não conseguem saber se ele não partilhar.

- Aplicação dos testes **projetivos Rorschach e C.A.T. versão animal (ChildrenApperception Test)** - de acordo com os testes projetivos aplicados, foi possível verificar que: quanto ao C.A.T. (ChildrenApperception Test) e ao teste *Rorschach*, a criança acede com facilidade ao conteúdo manifesto, contudo, por vezes tem necessidade de introduzir elementos que não constam nas imagens, como forma de evitamento de alguns conteúdos latentes, que desencadeiam afetos menos elaborados (a sua agressividade e defesas de ordem mais primária). Por vezes também transmite dificuldades nas relações, nomeadamente no que concerne ao seu lugar na fratria, bem como se percebe no sistema familiar. No teste *Rorschach* a criança manifestou uma certa ansiedade em seu término, pois não se sentiu confortável na aplicação do mesmo e demonstra um certo desconforto na sua realização. Quanto ao C.A.T., foi nítida a dinâmica familiar, pois a criança trouxe o quotidiano familiar quando descrevia cada cartão, tendo a necessidade de ir buscar alimento ao vizinho, o que nos leva a hipótese de que o alimento que recebe no seio familiar não é o suficiente.

- Aplicação da **WISC**- a aplicação deste teste teve a duração de cinco sessões. Este teste é composto por treze (13) subtestes. Assim, a criança obtém melhores resultados nas provas que remetem para o meio sociocultural e conhecimento fatural (subescala informação), pensamento abstrato e associativo (s. semelhança), raciocínio verbal, ideias, linguagem (s. vocabulário), capacidade de atenção e concentração (s. memória de dígitos), memória de trabalho rápida execução (s. código), concentração e atenção seletiva (s. pesquisa de símbolos).

As provas em que a criança obteve valores no limite médio inferior, remetem para compreensão e adaptação social (s. compreensão), capacidade de planeamento e compreensão visual (s. disposição de gravuras), coordenação visuo-motora (s. labirintos).

As provas em que a criança obteve pior desempenho, com valores abaixo da média são as que dão conta das suas capacidades de atenção e de discriminar características (s. complemento de gravuras), capacidade de abstração análise e síntese (s. cubos), velocidade perceptível e manipulativa (composição de objetos).

De forma geral, essa criança revela um índice de compreensão verbal dentro da média esperada, bem como o índice de velocidade perceptiva, porém revela um índice de organização perceptiva com valores no geral bastante abaixo da média esperada para a sua faixa etária. Ora, denota-se que os resultados obtidos nas presentes provas, vão ao encontro das suas dificuldades no que respeita a aquisição de conteúdos escolares.

- Para finalizar a avaliação, também foi aplicado o teste **Figura Complexa de Rey-** tendo em conta o desenho da família, onde a criança demonstrou receio em desenhar por medo de avaliação de terceiros, nesse desenho, a criança já não demonstra medo de desenhar, mas sim vontade de realizar o desenho, porém com uma certa ansiedade em fazer sem errar, e demonstrou uma certa dificuldade em reproduzir a memória, *“aí, eu já não lembro, como vou desenhar agora? Podemos deixar só o primeiro desenho que fiz?”* (sic). Na elaboração do desenho, pode-se observar que a criança iniciou o desenho por um detalhe (nº 1) e prosseguiu a cópia pouco a pouco a tentar medir os centímetros, método que conduziu a uma cópia onde esteve ausente algumas partes, principalmente na memória. E quando foi feita a pergunta *“se tivesse de começar o desenho outra vez, começaria por onde?”* A resposta foi; *“eu não mudaria a forma como fiz a primeira vez eu ia fazer igual como fiz agora”* (sic).

## 16. Reflexão do caso de avaliação

Tendo como pilar a observação e a avaliação psicológica; podemos observar uma certa evolução clínica da criança, um certo progresso terapêutico, relativos a alguns aspetos. *“Ele antes não verbalizava aquilo que queria, e eu me enervava com isso, era muito dependente de mim até para acordar e ir às aulas, tinha de ir lá chatear-me com ele para não se atrasar, e em tudo, muito dependente, autoestima lá em baixo...mas temos notado muita diferença desde que ele começou com a doutora, está mais responsável, até já tem um relógio e já controla os seus horários sozinho e diz que vai ser o segundo melhor aluno da sala, algo que até então era impensável. Isso para nós é um progresso muito bom, porque vindo dele é algo que nos surpreende pela positiva, porque ele não tinha iniciativa nenhuma mesmo...”* (sic). Podemos focar-nos por exemplo na autoestima; a criança da primeira sessão manifestou-se uma criança desmotivada sem vontade de realizar os desportos que sempre realizou porque gostava e porque fazia para agradar o pai, mas agora prefere fazer uma pausa. *“Quero fazer uma pausa, não quero jogar, mas também agora não quero falar disso”* (sic). Manifestava uma certa insegurança sobre si, sobre sua aparência, inclusive até manifestava um certo medo de falar, para as pessoas, ou em demonstrar ou expressar aquilo que realmente queria expressar, optando por expressar aquilo que a seu ver poderia agradar as outras pessoas. Na realização do Desenho da família, a criança demonstrou um certo receio em realizar o desenho pois temia a reação ou uma suposta avaliação por parte da estagiária, expressando que não gostava de desenhar, pois sempre que desenhava era alvo de repreensão e gozo. Após algumas sessões, temos, uma criança que antes relatava; *“sou uma criança feia”* e recentemente temos uma criança que expressa que *“eu sou bonito, olha lá no espelho, não vês que sou bonito”* (sic) que verbaliza o que quer e o que não quer, expressando assim a sua vontade e não a vontade de agradar as outras pessoas que fazem parte do seu ciclo quotidiano. Temos uma criança aparentemente mais confiante e seguro de si e das suas atitudes, temos uma criança colaborante que gosta de vir às sessões, que apresenta um aspeto bem cuidado, um discurso fluente e difícil de interromper.

Relacionando o caso com a **Abordagem Centrada na Pessoa**, mais propriamente na Teoria da **Auto-organização e complexidade**, do doutor João Hipólito que inclui também um capítulo sobre o Desenvolvimento Psicoafectivo, que nos traz a noção que o ser em si faz um percurso desde o início (que começa na fase intrauterina) e vai até a morte. Essa teoria faz uso do pensamento de que *“sempre que há vida, há **tendência atualizante**”*, faz com que os organismos se desenvolvam sem precisar de nenhuma intervenção extrínseca, pois o desenvolvimento intrauterino acontece num desenrolar inerente ao organismo, sem haver o

locus de controle extrínseco. O processo acontece com o locus totalmente intrínseco. É um processo baseado numa aglomeração de informações hereditário em que o bebê herda os genes dos progenitores, e o embrião gere o processo de evolução não havendo regulação extrínseca, pois no processo intrauterino o embrião é o único da sua complexificação, possui um locus de controle totalmente integral e dá-se assim a maturação do sistema neurológico. Após o nascimento e de acordo com o crescimento do bebê, é que se vai desenvolvendo na conexão quer com as pessoas consideráveis quer com o meio envolvente em que se insere e vai adquirindo discernimento da sua iminência em relação ao mundo pertencente e dá-se o autoconceito da sua existência (self organísmico); onde tudo é sentido num todo. Entre tantas outras atualizações dentro dessa teoria (Hipólito & Nunes, 2011).

A teoria da Auto-organização e complexidade, Hipólito fundamenta-se nas competências e nas condições de atualização das competências, que se podem atualizar com o desenvolvimento do individuo, concretamente em função das condições ótimas de atualização-Biopsicossocial que se desenrolam num processo sem interrupções que vai até à morte, mas para isso são necessários os três pilares (Hipólito & Nunes, 2011):

1º- Desenvolvimento absoluto das competências;

2º- Pessoa integralmente funcionante;

3º- Self organísmico =Self real e ao Self ideal (Hipólito & Nunes, 2011).

No absentismo dessas condições de atualização ou das potencialidades, pode dar-se o aparecimento de um fator designado **trauma** biológico (doença que tem impacto no feto durante a gestação), podendo existir traumas a nível psicológico, biológico, que é o que nos importa para a reflexão desse caso.

Refletindo esse caso quanto ao trauma, podemos referir que, na realização da anamnese conseguimos observar que houve um trauma biológico, quando a mãe relata o processo de gestação do filho. Trauma esse que levou a mãe a não aceitar o filho no período neonatal, devido ao trauma derivado da incerteza, se o feto sobrevivia ou não, devido ao diagnóstico obtido ainda no processo intrauterino, que levou com que houvesse uma rejeição por parte materna, durante o período de gestação e logo após o parto, que pode ter despoletado outros problemas, tanto para a criança como para a mãe. Então podemos dizer que nesse caso o *Locus* de controlo interno condicionou o desenvolvimento externo.

## 17. Cronograma

Atividades realizadas e atividades por realizar:	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Mai	Jun.
Celebração do contrato de estágio e reunião para inserção e acerto de estágio									
Apresentação do local e início de estágio									
Observação de intervenção terapêutica									
Orientações tutoriais com a Orientadora									
Levantamento de necessidades e recolha de dados									
Pesquisa e manuseamento de documentos									
Caracterização da instituição									
Realização e entrega do projeto de estágio									
Visitas aos parceiros da instituição									
Elaboração de atividades sob orientação da Orientadora									
Assistir e realizar atendimentos institucionais									
Contato com os testes psicométricos									
Implementação das atividades da inclusão social (projeto estágio)									
Entrega do relatório final de estágio									
Termino de estágio									



**Atividades realizadas;**



**Atividades por realizar;**

## Capítulo IV

### 18. Reflexão crítica

Após largos meses de estágio académico na instituição Junta de Freguesia, a estagiária pode refletir e concluir que foram meses de imensos desafios. Porém, foram de imensa aprendizagem para o presente/futuro profissional que a área da psicologia solicita. Este estágio concedeu à estagiária a oportunidade de praticar, desenvolver e adquirir conhecimentos, capacidades, através de um contacto afinado com o contexto de intervenção psicológica e as suas práticas profissionais.

O estágio académico é um momento privilegiado, pois concede ao estagiário uma aproximação inicial ao mundo profissional, possibilitando ao mesmo uma observação mais direta e próxima do individuo através da intervenção psicológica e isso ajuda o estagiário a desenvolver as suas habilidades na área da intervenção psicológica.

A vivência do estágio traz ao estagiário os alicerces que o vão auxiliar na tomada de decisão no processo que se inicia com o estágio, que é ser um profissional capacitado. Também vão auxiliar na formação de relações entre o saber adquirido pelas Unidades Curriculares e o saber constituído pela experiência da prática profissional no campo, dando valor e apreciação na construção que o estagiário vai construir na postura com consciência, na postura crítica e na ética Deontológica.

Este trabalho sofreu todo um processo de evolução, começando pela construção do primeiro projeto de estágio, passando pela prática do estágio até a finalização do relatório final. A formulação das atividades que foram realizadas ao longo do estágio, os casos de acompanhamento e avaliação realizados.

Tendo em conta que o estágio é a variável responsável pelo contato mais direto do estagiário ao campo profissional, houve momentos de muitas inseguranças, sentimentos de incapacidade que estiveram presentes ao longo do estágio, mas considera-se que, sem dúvidas não há aprendizagem e evolução, e aí o seminário de estágio, o contacto com os pares e o apoio da orientação, foram determinantes para a conclusão, com um sentimento de satisfação pessoal.

A existência de casos de *drop-out* neste estágio, revela também que o psicólogo necessita de desenvolver a capacidade de resiliência e de lidar com a frustração. Torna-se por vezes difícil sabendo o quanto a psicologia poderá ajudar o indivíduo e muitas vezes o próprio (ou nestes casos os pais) auto-sabotarem o acompanhamento. Esta foi também uma grande aprendizagem

neste estágio, que também serve para descobrir as próprias fragilidades e aprender a superá-las com os profissionais que acompanham o estagiário.

Não obstante, todas as dificuldades inerentes à inexperiência do estagiário, foi altamente gratificante verificar com os testemunhos dos pais, que estes nomearam melhorias significativas e importantes no seu filho.

Foi notório a importância extrema da supervisão, consolidando as aprendizagens adquiridas a nível académico, assim como também perceber a importância da intervenção, pois com a partilha de conhecimentos, a curva de aprendizagem terá sempre uma evolução positiva.

Uma crítica solidificada, é considerar também, que o estagiário se encontra num processo de transição, da parte curricular teórica à parte prática. Obviamente, ele próprio ainda não consegue sentir-se “capaz” de sozinho solucionar certas questões como: fazer uma avaliação, um acompanhamento isento da apreciação do orientador de estágio, mas também é para isso que esse momento requer o auxílio do orientador, para que o estagiário consiga adquirir essas capacidades que lhe permitam no futuro ser um profissional mais independente e profissionalmente capaz.

Em modo de reflexão, o estágio torna-se num período de *empowerment* para o estagiário pois trata-se de um cenário onde o estagiário aprende, evolui, vai adquirindo capacidades em vários níveis como: interação entre profissionais e/ou com os clientes, de realizar entrevistas, de realizar os acompanhamentos e avaliações, etc. No entanto por outro lado o orientador vê-se condicionado a rever um cenário que já foi o seu e que exige inúmeras atualizações para dar seguimento a esse processo de continuidade formativa e aprendizagem.

Este caminho de continuidade, apesar das naturais inseguranças e incertezas, foi determinante para o estagiário, sentir-se acompanhado para terminar este percurso académico e dar início com mais certezas ao seu percurso profissional.

## 19. Conclusão

Este trabalho resultante do estágio curricular já realizado, visa minuciar a prática e as incumbências que foram experimentadas pela estagiária no prazo em que esta esteve afeto ao estágio realizado numa autarquia em Lisboa. Na ótica da estagiária, o percurso do estágio foi uma vivência de extrema importância, pois serviu para compelir a riqueza resultante de uma fase chamada de curricular/teórica com a fase da prática profissional, que se converteu num momento rico em adquirir saberes em diversos graus.

Partindo do princípio de que para além da fase teórica, o estágio também proporcionou a estagiária a oportunidade de contato e prática direta com excelentes psicólogos clínicos que já possuem anos de experiência na área, e com equipas multidisciplinares, desenvolvendo assim um trabalho cuja vertente é a psicologia, porém os resultados são mais enriquecedores tendo a par uma equipa multidisciplinar como apoio.

Podemos concluir que esse estágio proporcionou a estagiária uma visão holística, tendo em conta que o estágio foi realizado em uma autarquia, possibilita a observação num todo e não só na área clínica, tendo em conta que houve intervenção de uma equipa multidisciplinar, várias reuniões com entidades como a CPCJ, tornando-se num momento de aprendizagem memorável.

A estagiária pode concluir que numa autarquia, a autenticidade dos psicólogos clínicos em dar resposta aos numerosos pedidos de ajuda que lhes chegam são plausíveis, pois muitas das vezes as condições não favorecem, a incongruência está presente, e o psicólogo tem a missão de conseguir contornar as situações tendo uma postura resiliente perante essas controvérsias para conseguir responder de forma eficaz aos pedidos de ajuda, aos acompanhamentos e avaliações psicológicas que chegam a si.

O estágio permite perceber que cada profissional na área da psicologia rege-se/baseia-se num princípio de abordagem. Conclui-se isso, pois a estagiária adquiriu teoricamente um pensamento que se rege no princípio da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), enquanto a orientadora segue o princípio da psicanálise. É considerado um momento rico pois possibilita a estagiária a vivência com as várias abordagens, tendo como opção o livre arbítrio, já em contexto de prática profissional, e contribui para ampliar o seu conhecimento adquirido.

Em modo de conclusão, também é referido o facto de que a realização de uma anamnese, na prática tem o seu grau de dificuldade, pois a escuta ativa faz-se útil e nitidamente são necessárias respostas de compreensão empática. Foram vivenciadas dificuldades no âmbito dos casos, pois nem todos os casos atribuídos deram seguimentos devido às situações referidas na

parte dos casos. Conclui-se que a prática psicológica exige a humanização de quem a pratica, ou seja, colocar-se no lugar do outro é necessário na terapia com a pessoa, tal como as outras cinco condições necessárias e suficientes numa relação terapêutica para um resultado eficaz.

A estagiária pôde concluir que o uso e manuseio dos instrumentos utilizados foram de um grande desafio, porém de crescimento pessoal substancial, pois até então a estagiária não tinha feito a aplicação dos testes, como por exemplo o *Rorschach*, que se trata de um teste com um aparato tão desafiador, pois esse teste exige muita prática, leitura e experiência. Porém tratou-se de um momento de um exigente aprendizado para o presente profissional que se avizinha, para a estagiária.

Faz-se preciso referir o tema que acompanhou a estagiária no seu percurso de estágio, a situação pandémica, A situação da pandemia (COVID-19) trouxe alguns obstáculos, como a alteração na data de início do estágio, como quando alguns colegas do local de estágio contraíram o vírus, inclusive a estagiária, foram entraves que foram contornados sobre a gestão da orientadora do estágio, pois era necessário dar segmento ao acompanhamento e a conclusão da etapa do estágio.

O estágio é um processo de amadurecimento para o estagiário nas várias vertentes, pois o estágio é o primeiro contato direto e iminente com um grupo de pessoas aleatórias dentro do contexto clínico, conduzindo o estagiário a uma vasta performance de conhecimentos.

Verificou-se que ser possível trabalhar em equipas multidisciplinares, num ambiente tão heterogéneo, permite uma melhor sinalização e promoção das várias necessidades dos utentes (clientes) no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Esta heterogeneidade poderá ser um desafio para o psicólogo, pois este terá de ter a sua posição e papel muito bem definido. Em contexto real de trabalho, o psicólogo poderá ter um papel fundamental na ligação com outras instituições e profissionais de outras áreas, lidando com várias problemáticas, sendo estas uma excelente contribuição para um maior enriquecimento pessoal e profissional.

Fazendo um balanço final, sente-se que este estágio contribuiu em muito para um grande desenvolvimento enquanto pessoa e futura profissional. A necessidade constante de rever literaturas, artigos, manter-se informada e atualizada dos estudos atuais, partilhar com a orientadora as inquietações, revelou-se muito produtivo, tendo presente que em Psicologia, a formação deverá ser constantemente atualizada, para que se possa continuar a contribuir para esta ciência tão específica e tão importante e tão precisa para a sociedade.

Em suma, é possível concluir que se não existisse o processo de estágio, tornar-se-ia incompleto a tarefa de ponte e transição do mundo acadêmico/teórico ao mundo prático/profissional, ou seja, o estágio permiteo momento de inserção e primeira experiência no campo profissional do estudante permitindo aplicar no terreno as aprendizagens acadêmicas.

## 20. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1998). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R. M., Almeida-Filho, N. D., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: Uma abordagem epidemiológica. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 606-611. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014>
- Azevedo, A. F., Santos, M. J. S., & Gaspar, M. F. R. D. F. (2012). A perturbação de hiperatividade/défice de atenção em idade pré-escolar: Especificidades e desafios ao diagnóstico e intervenção. *Análise Psicológica*, 30(3), 387-403. <http://hdl.handle.net/10400.12/3321>
- Baptista, I. (2011). Ética, deontologia e avaliação do desempenho docente. *Cadernos do CCAP*, 3. Lisboa: Ministério da Educação – Conselho Científico para a Avaliação de Professores. <http://hdl.handle.net/10400.14/11641>
- Barbosa, D. R., & Souza, M. P. R. D. (2012). Psicologia educacional ou escolar? Eis a questão. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 163-173. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100018>
- Botelho, I. (2001). Dimensões da cultura e políticas públicas. *São Paulo em Perspectiva*, 15(2), 73-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000200011>
- Breitenbach, F. V., Honnef, C., & Costas, F. A. T. (2016). Educação inclusiva: As implicações das traduções e das interpretações da Declaração de Salamanca no Brasil. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 24(91), 359-379. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362016000200005>
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa: Relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23. <https://doi.org/10.25752/psi.6071>
- Cabanillas, P. O. (2008). Acerca del código de ética y deontología del colegio médico del Perú: Fundamentos teóricos. *Acta Médica Peruana*, 25(1), 46-47.

- Carvalho, A., Beraldo, K. E., Pedrosa, M. I., & Coelho, M. T. (2004). O uso de entrevistas em estudos com crianças. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 291-300. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200015>
- Cerejeira, J. & Saraiva, C. B. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Coelho, D. T. (2013). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, disgrafia, disortografia e discalculia*. Areal Editores.
- Correia, L. D. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 22(2), 369-376. <http://hdl.handle.net/10400.12/5967>
- Correia, L. D. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(2), 155-172. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382007000200002>
- Cury, B. D. M., Lopes, L. B., & Linhares, D. P. (2012). Abordagem centrada na pessoa: Diretividade na perspectiva do cliente. *Psique*, 8, 9-35. <http://hdl.handle.net/11144/2721>
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. D. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-versão clínica" traduzida para o português. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(3), 156-159. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008>
- Dias, C., Abreu, R., & David, F. (2015). Código de ética: Uma perspectiva da diversidade em Portugal. *V Congresso dos Técnicos Oficiais de Conta*. pp. 1-18. <http://hdl.handle.net/10314/2329>
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de psiquiatria clínica*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por

- profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812- 820. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500025>
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>
- Freire, P. (2001). Carta de Paulo Freire aos professores. *Estudos Avançados*, 15(42), 259- 268. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142001000200013>
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *ArchivesofClinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(5), 184-188. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500003>
- Fu I, L., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornosafetivos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(2), 24-27. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600007>
- Gomes de Matos, E., Gomes de Matos, T. M., & Gomes de Matos, G. M. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312-318. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>
- Hipólito, J., & Nunes, O. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. EDIUAL. <http://hdl.handle.net/11144/4108>
- Joselevich, E., Quirós, G. B. D., Giusti, E., Heydl, P., Michanie, C., Soprano, A. M., & Vainer, V. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos*. Editorial Paidós.
- Lázaro, A. D. V. (2012). *Perturbações do desenvolvimento na criança: Perspetiva materna do impacto do problema na família e ambiente familiar* [Master'sthesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/7651>

- Lima, I. V. M., Sougey, E. B., & Filho, H. P. V. (2004). Genética dos transtornos afetivos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31(1), 34-39. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000100006>
- Manfredini, V., & de Lima Argimon, I. I. (2010). O uso de testes psicológicos: A importância da formação profissional. *Revista Grifos*, 19(28/29), 133-146. <https://doi.org/10.22295/grifos.v19i28/29.868>
- Matos, P. P. (2009) Perturbações do desenvolvimento infantil: Conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(6), 669-676. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10693>
- Meireles, L. P., & Cameirão, M. L. (2005). As perturbações afectivas: As perturbações bipolares. *O portal dos psicólogos*. 1-27.
- Mendes, E. G., Almeida, M. A., & Toyoda, C. Y. (2011). Inclusão escolar pela via da colaboração entre educação especial e educação regular. *Educar em Revista*, 41, 81-93. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602011000300006>
- Mendoza Gutiérrez, L., Gallardo Salgado, R., Castillo Limachi, D., Castrillo Condori, T., Zamora, A., & Montes Sanchez, F. (2019). Causas e consequências da violência no namoro: um olhar dos jovens estudantes universitários da cidade de Tarija, Bolívia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(2), 283-316
- Miguel, F. K. (2014). Mitos e verdades no ensino de técnicas projetivas. *Psico-USF*, 19(1), 97-106. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100010>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Oliveira, C. B. E. D., & Marinho-Araújo, C. M. (2010). A relação família-escola: Intersecções e desafios. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 99-108. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100012>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2011). Normas de orientação terapêutica.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses. Diário da República, 2ª série, 17931, 17936.
- Primi, R. (2018). Avaliação psicológica no século XXI: De onde viemos e para onde vamos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 87-97. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000209814>
- Ramalho, J. (2010). Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(2), 313-322. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382010000200011>
- Ramírez-Valbuena, W. Á. (2017). Inclusão: Uma história de exclusão no processo ensino-aprendizagem. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (30), 211-230. <https://doi.org/10.19053/0121053x.n30.0.6195>
- Rente, T. A. S. (2019). *Os princípios da abordagem centrada na pessoa em contexto escolar* [Master's thesis, Universidade Autónoma de Lisboa]. Camões - Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/4210>
- Ribeiro, I., Freitas, M., & Oliva-Teles, N. (2013). As perturbações do espectro do autismo: Avanços da biologia molecular. *Nascer e Crescer*, 22(1), 19-24. <http://hdl.handle.net/10400.16/1487>
- Ricou, M. (2011). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia* [Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/20349>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Sartes, L. M. A., & Souza-Formigoni, M. L. O. D. (2013). Avanços na psicometria: Da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200004>

- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2001). Deficiência mental e família: Implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 133-141. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000200005>
- Sousa, P.B. & Torquato Júnior, M.A. (2018). Depressão e outros transtornos de humor. In L.A. Sampaio & F. Neto (Eds.), *Psiquiatria– O essencial* (pp. 51–69). Edimédica
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In Cunha, J. A. (Ed.), *Psicodiagnóstico-V* (pp. 45-56).
- Todorov, J. C. (2007). A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 57-61. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500011>
- Torre, A. R. D. L. (2021). A perspectiva ética levinasiana: Seu significado para a educação. *Praxis & Saber*, 12(30), 82-96. <https://doi.org/10.19053/22160159.v12.n30.2021.11218>.
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. p. 1–24.

### **Outras referências Bibliográficas**

- Ata da Junta de Freguesia;
- (Site Oficial da Instituição);
- Censos 2021;
- Relatórios trimestrais da Junta de Freguesia, 2022;

## Capítulo V

### 21. Anexo 1 – Relatório de Avaliação Psicológica

#### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

- A presente avaliação caracteriza algumas áreas de desenvolvimento desta criança. As informações decorrentes da avaliação refletem o momento em que foi realizada, não tendo um caráter definitivo, na medida em que se considera o desenvolvimento um processo dinâmico.
- Todos os dados são confidenciais, devendo os profissionais que a eles tem acesso manter o sigilo profissional.

J., uma criança do sexo masculino, atualmente com 10 anos de idade e a frequentar o 4º ano de escolaridade que concluiu com êxito numa escola da freguesia, no ano letivo 2021/2022, foi avaliado por uma psicóloga do gabinete de psicologia de Serviço de Intervenção Social entre os meses de abril a agosto.

O J. foi sinalizado pelos pais, porque consideram que o filho é muito dependente, introvertido, retraído e com baixa-autoestima. Por outro lado, os pais referem que, segundo a professora, o J. é lento na execução das tarefas escolares e que fez a aquisição da escrita tardia, não se tendo adaptado ao método das 28 palavras. No passado, foi avaliado por uma psicóloga da escola, pelo que atualmente beneficia das medidas universais e seletivas, de acordo com o decreto-lei nº 54/2018.

Assim, foram realizados ao longo da avaliação, os testes considerados necessários ao diagnóstico e orientação terapêutica: Desenho da família, Desenho Livre, C.A.T. (ChildrenApperception Teste), Rorschach, W.I.S.C – III (Escala de Inteligência de Wechsler), Figura Complexa de Rey, e pudemos verificar que:

#### **No Domínio Intelectual**

O J. obteve nas diferentes provas que constituem a escala de desenvolvimento intelectual utilizada (W.I.S.C. – III) resultados que se situam no geral abaixo da média esperada para a sua faixa etária (Q.I. 80).

Efetuada uma análise diferencial dos resultados obtidos, podemos verificar heterogeneidade Inter-provas, ou seja, pode notar-se uma discrepância entre os subtestes que avaliam as competências verbais e de realização (>10). Verifica-se uma heterogeneidade intra-provas no que respeita as subescalas que avaliam a escala da realização. Por outro lado, verifica-se homogeneidade nas provas que avaliam as competências verbais.

Assim, o J. obtém melhores resultados nas provas que remetem para o meio sociocultural e conhecimento fatural (subescala informação), pensamento abstrato e associativo (s. semelhança), raciocínio verbal ideias linguagem (s. vocabulário), capacidade de atenção e concentração (s. memória de dígito), memória de trabalho rápida execução (s. código), concentração e atenção seletiva (s. pesquisa de símbolos).

As provas em que o J., obteve valores no limite médio inferior, remetem para compreensão e adaptação social (s. compreensão), capacidade de planeamento e compreensão visual (s. disposição de gravuras), coordenação visuo-motora (s. labirintos).

As provas em que o J. obteve pior desempenho, com valores abaixo da média são as que dão conta das suas capacidades de atenção e de discriminar características (s. complemento de gravuras), capacidade de abstração análise e síntese (s. cubos), velocidade perceptível e manipulativa (composição de objetos).

De forma geral, o J. revela um índice de compreensão verbal dentro da média esperada, bem como o índice de velocidade perceptiva, porém revela um índice de organização perceptiva com valores no geral bastante abaixo da média esperada para a sua faixa etária.

Ora, denota-se que os resultados obtidos nas presentes provas, vão ao encontro das suas dificuldades no que respeita a aquisição de conteúdos escolares.

### **No Domínio Sócio afetivo**

O J., é uma criança educada e que aderiu com facilidade as atividades propostas durante as sessões, não obstante, sempre que sente alguma dificuldade ou perante um estímulo desconhecido tende a desistir, verbalizando medo de errar o que remete para a sua insegurança interna. O J. ao longo do tempo da avaliação, revelou-se uma criança que facilmente foi partilhando aquilo que o preocupa e angustia, muito relacionado com o seu autoconceito e com a perceção da sua relação com o outro.

De acordo com os testes projetivos aplicados, foi possível verificar que: quanto ao **C.A.T. (Children Apperception Test)** e ao teste Rorschach, o J. acede com facilidade ao conteúdo manifesto, contudo, por vezes tem necessidade de introduzir elementos que não constam nas imagens, como forma de evitamento de alguns conteúdos latentes, que desencadeiam afetos menos elaborados (a sua agressividade e defesas de ordem mais primária). Por vezes também transmite dificuldades nas relações, nomeadamente no que concerne ao seu lugar na fratria, bem como se percebe no sistema familiar.

Quanto aos testes Desenho livre e Desenho da família, podemos verificar que do ponto de vista gráfico: o J. elabora um desenho imaturo, com pouco investimento, desenhando elementos muito concretos, tendo em conta a sua faixa etária. Faz pouca diferenciação entre as figuras, com características que parecem dar conta das suas dificuldades ao nível de separação/individualização.

### **Algumas Considerações**

O J. é uma criança expressiva, que demonstra ter valores morais (muito investidos nesta fase do desenvolvimento), demonstrando ser uma criança simpática, educada e empática. De acordo com os resultados obtidos podemos verificar que o J. apresenta do ponto de vista cognitivo, valores inferiores à média esperada para a idade. Por outro lado, parece evidenciar fragilidades sócio – emocionais, que quando associadas às dificuldades cognitivas apresentadas parecem explicar as suas dificuldades de aprendizagem.

Assim, tendo em conta os resultados obtidos, seria muito importante que o J. possa dar seguimento ao acompanhamento do contexto psicoterapêutico, pelo que será muito importante dar continuidade ao processo terapêutico já iniciado.

Tendo em conta o grau de exigência da nova etapa escolar que se avizinha, será crucial o acompanhamento psicológico, para que possam ser trabalhadas as suas angústias internas e as competências relacionais, por forma a que aos poucos estes trabalhos permita uma maior disponibilidade para a aprendizagem e assimilação de novos conhecimentos. Por outro lado, seria importante uma melhor compreensão da dinâmica familiar, tendo em vista a possibilidade de uma intervenção a este nível, incluindo a possibilidade de uma intervenção ao nível da terapia familiar.

Tendo em conta estes factos, considera-se muito importante que possa continuar a beneficiar das medidas previstas no decreto-lei nº 54/2018, mais propriamente como o disposto no artigo 9º nº1 e nº2, alínea e).

Atentamente,

Lisboa, 06 outubro de 2022

As Técnicas do Serviço de Intervenção Social

---

Ana Canau  
Cédula Profissional: 19662

---

Paula Ramos  
Estagiária