



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

Intervenção e Acompanhamento Psicológico Em Contexto Escolar

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

Autora: Marina Neida Costa Freire Soares

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número da candidata: 30003560

julho de 2020

Lisboa

Agradecimentos

Este trabalho comprova a minha convicção de que os sonhos se podem tornar uma realidade. E porque os sonhos não têm idade para a sua realização, o foco, a objetividade, a persistência, o interesse e o tornar este curso a minha primordial opção nos últimos anos, permitiram alcançar mais uma etapa deste longo caminho, que apenas se iniciou.

Cada degrau ultrapassado representa um marco, um esforço e este resultado individual foi possibilitado pela parceria de conhecimentos e experiências académicas e científicas de todos os docentes da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e da Universidade Autónoma de Lisboa, que comigo se cruzaram neste percurso. Aos docentes que me acompanharam neste sonho, o meu agradecimento, pois sem eles, não teria iniciado este novo ciclo na minha vida.

À elaboração de um trabalho individual desta dimensão, acresce a disponibilidade de quem nos orienta e aconselha no sentido do seu melhoramento, pelo que não posso deixar de reconhecer e agradecer o apoio incondicional da psicóloga, orientadora de estágio académico bem como da docente, orientadora de relatório de estágio, que prontamente me acolheu e se permitiu ‘olhar’ e acompanhar a estrutura delineada deste relatório, oferecendo as suas sugestões de melhoria para, em conjunto, se chegar a uma concretização e conclusão do mesmo. Agradeço também, a quem prontamente e de coração, se ofereceu para a revisão ortográfica deste longo trabalho, possibilitando a sua melhoria.

Aos amigos que acompanharam este meu percurso, sou grata pela compreensão das minhas ausências, nos momentos em que gostariam da minha presença.

Ao tesouro da minha vida, a minha filha, sou-lhe grata pela sua constante parceria neste percurso, pela motivação e orgulho que tem em mim.

Ao meu pai, que desde a minha juventude me motivou a nunca desistir de concretizar os meus sonhos, dedico este trabalho.

Resumo

A educação inclusiva, que responde à diversidade das necessidades dos alunos promove a participação e a aprendizagem objetiva o direito à educação, bem como à igualdade de oportunidades para toda e qualquer criança, com características específicas que a tornam única, encontra-se proclamada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Convenção dos Direitos da Criança e reafirmada na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e na Declaração de Salamanca. As medidas ao suporte de inclusão à aprendizagem incluem a atuação do psicólogo em contexto educativo, na avaliação de crianças e jovens que apresentem necessidade ou dificuldades específicas, no apoio psicopedagógico a crianças e jovens, no desenvolvimento da sua identidade, pessoal e social, estabelecendo relações ao nível da comunidade escolar, orientação escolar e profissional. A realização de um estágio curricular na área educacional, em contexto clínico, num Agrupamento de escolas da área metropolitana de Lisboa, teve em conta as atividades diversificadas para a aplicação teórica aprendida e a aquisição prática a ser realizada 'in loco', a ser posteriormente descrita em documento apropriado para defesa pública e obtenção do grau de mestre em psicologia clínica e do aconselhamento. A contextualização do local de estágio, o enquadramento teórico e os respetivos casos clínicos e educacionais realizados numa população de crianças e jovens do ensino básico e secundário, ostentará toda a envolvimento, desde a integração e capacidade de adaptação, bem como as atividades desenvolvidas, incluindo intervenção, avaliação e acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: Acompanhamento psicológico; Comunidade escolar; Crianças e jovens; Educação inclusiva; Psicologia clínica e de aconselhamento.

Abstract

Inclusive education, which corresponds to the diversity of student needs, promotes participation and objective learning, the right to education, as well as equal opportunities for each child, with their specific characteristics, is proclaimed in the Universal Declaration of Human Rights, the Convention on the Rights of the Child and reaffirmed in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Salamanca Statement. Among the measures that support inclusion into learning, the role of the psychologist in an educational context, in the assessment of children and young people who have specific needs or difficulties, is advisable. The work of psychologists includes their psycho-educational support, helping them in personal and social identity development when they are establishing relationships at school and community level and also the school and professional guidance. The realization of a curricular internship in the educational area, in a clinical context, in a school group at the Lisbon Metropolitan area, took into account the diversified activities that allow practical application of the theory learned and also the acquisition of knowledge on-site, later described in an appropriate document for public defense and obtaining of a master's degree in clinical psychology and counseling. The contextualization of the internship location, the theoretical framework, and the clinical and educational cases carried out with children and young people at primary and secondary education levels, will show all the involvement, from the integration and adaptation capacity, as well as activities developed, including intervention, assessment, and psychological monitoring.

Keywords: Psychological counselling; School community; Children and youth; Inclusive education; Clinical and counselling psychology.

Índice Geral

Introdução	1
Parte I – Instituição Acolhedora do Estágio	3
Caracterização	3
Atividade do Psicólogo	4
Problemáticas Recorrentes	6
Estágio Académico	7
Parte II – Suporte Teórico	10
Inclusão e Necessidades Educativas Especiais	10
Escola Inclusiva.	10
Decreto-Lei nº54/2018 de 16 de julho.	13
O papel do psicólogo na educação inclusiva	15
Problemáticas	18
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)	20
Perturbação do Espetro do Autismo (PEA)	23
Perturbação Depressiva (PD)	26
Perturbação da Aprendizagem Específica (PAE)	30
Avaliação psicológica	34
Matrizes Progressivas de Raven	36
Figura Complexa de Rey	38
O Teste do Desenho de Família	40
Teste da barragem de sinais de H. Toulouse-Piéron	43
Questionário de Autoavaliação para Jovens YSR (11 – 18)	46
Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças	49
Teste de Aperceção Infantil – CAT-A/H	52
Escala de Conners para Pais/Professores	54
Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar	56
Grelha de Observação da Linguagem – Nível Escolar	57
Saúde Mental e Intervenção Psicológica	59
Parte III – Práticas no Estágio	65
Observação	65
Entrevistas	65
Sessões de Sensibilização	66
Reuniões com a equipa da EMAEI	68
Provas de Orientação Escolar e Vocacional	68

Reuniões Escolares de Final dos Períodos Letivos	69
Intervisão - Equipa SPO do Agrupamento	70
Caso clínico I	71
Identificação	71
Motivo da consulta	71
História clínica	72
Avaliação psicológica	74
Discussão clínica	80
Síntese de acompanhamento psicológico	83
Reflexão do caso	96
Caso clínico II	102
Identificação	102
Motivo da consulta	102
História clínica	103
Avaliação psicológica	105
Discussão clínica	112
Reflexão do caso	115
Acompanhamento e avaliação ao longo do estágio	116
Parte IV - Considerações Finais	127
Discussão e Conclusão	127
Referências	131
Anexos	143
Anexo – Consentimento Informado	143
Anexo – Decreto-lei nº 54/2018 de 6 de Julho	144
Anexo I - Caso Ana – Detalhe e resultados das provas realizadas	145
Anexo II - Caso Rui – Detalhe e resultados das provas realizadas	146
Anexo III - Detalhe e síntese do programa de Orientação Escolar e Profissional	147

Lista de Figuras

Figura 1 - Genograma familiar – Caso Clínico I	72
Figura 2 - Desenho de Família – Caso Clínico I.....	78
Figura 3 - Resultado da Auto-Avaliação para Jovens YSR-11-18	80
Figura 4 - Genograma familiar – Caso Clínico II	103
Figura 5 - Desenho de Família – Caso Clínico II	107
Figura 6 - Prova MPC de Raven	108
Figura 7 - Prova Figura de Rey (A)	108
Figura 8 - Figura de Rey – Prova de cópia	109
Figura 9 - Figura de Rey – Prova de Memória	109
Figura 10 - Prova e cotação - Toulouse-Pierón	110
Figura 11 - Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar – Resultados	111

Lista de Abreviaturas

- ACP – Abordagem Centrada na Pessoa
- AE - Agrupamento de Escolas
- APA - American Psychological Association
- BAPAE – Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar
- CAT-A/H - Teste de Aperceção Infantil
- CEF - Curso de Educação e Formação para Jovens
- CRI – Centro de Recursos para a Inclusão
- ELI – Serviço Nacional da Intervenção Precoce na Infância
- EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva
- FCR - Figura Complexa de Rey
- GOL-E – Grelha de Observação da Linguagem – nível escolar
- MPR - Matrizes Progressivas de Raven
- NEE - Necessidades Educativas Especiais
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
- SPO – Serviço de Psicologia e Orientação
- TDF - Teste projetivo do Desenho de Família
- TP - Teste da barragem de sinais de H. Toulouse-Piéron
- UAL – Universidade Autónoma de Lisboa
- WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças
- YSR - Questionário de Autoavaliação para Jovens (11 – 18)

Introdução

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, optou-se pela via profissionalizante com a realização do respetivo estágio académico perspectivado para decorrer ao longo de todo o ano letivo.

A instituição escolhida para a sua frequência, prendeu-se pela zona geográfica e pela possibilidade de observar, vivenciar, intervir e aplicar os conhecimentos académicos adquiridos bem como alcançar a prática adequada e necessária para interceder em crianças e jovens do ensino básico e secundário.

A instituição promotora do estágio académico profissionalizante situou-se na área metropolitana de Lisboa, na sede de um Agrupamento de Escolas em parceria com a Camara Municipal do respetivo Conselho.

De uma forma geral, as atividades previstas incluíram reuniões semanais da equipa multidisciplinar de apoio à Educação Inclusiva, reuniões de intervisão da equipa do Serviço de Psicologia e Orientação do respetivo Agrupamento, entrevistas semi-diretivas a pais/encarregados de educação e de alunos, observação e intervenção em sala de aula, acompanhamento psicológico, aplicação de um programa de prevenção de comportamento de risco e desenvolvimento de competências sócio-emocionais em contexto de sala de aula, desenvolvimento de um programa de orientação escolar e vocacional com a aplicação e cotação de testes de orientação escolar e profissional e elaboração de respetivos relatórios, a prática da avaliação e acompanhamento individual de vários casos clínicos que me foram atribuídos.

A congruência, a compreensão empática e o olhar incondicional no acompanhamento psicológico nos casos atribuídos, fundamentaram-se na Abordagem Centrada na Pessoa de Carls Rogers, aprendizagem adquirida no decorrer deste mestrado, acreditando-se nos seus

princípios e na capacidade de proporcionar uma mudança terapêutica eficaz através de uma atitude empática, de aceitação e autenticidade.

O relatório de estágio encontra-se estruturado em três partes principais que se subdividem em subtítulos descritos em pormenor.

Primeiramente será abordada a contextualização do local de Estágio com a descrição da instituição, o papel do psicólogo e as dificuldades observadas no Agrupamento, expectáveis no decorrer do estágio académico.

Seguidamente, será exposto o enquadramento teórico adequado à realidade em que o estágio decorreu, desenvolvendo o esclarecimento necessário à inclusão e necessidades educativas, avaliação psicológica, instrumentos de avaliação utilizados, importância da saúde mental e um olhar face às perturbações mais recorrentes neste meio e à intervenção psicológica aplicada.

Por fim, será apresentado, de forma descritiva, todo o trabalho realizado, decorrido durante as atividades em estágio, destacando-se um dos casos clínicos de acompanhamento psicológico e outro de avaliação psicológica.

As considerações gerais serão objeto de uma reflexão pessoal sobre a prática profissional e o decorrer do estágio no seu geral, concluindo assim este relatório.

Parte I – Instituição Acolhedora do Estágio

Caracterização

A instituição promotora do estágio académico profissionalizante situa-se na área metropolitana de Lisboa, na sede de um Agrupamento de Escolas (AE) em parceria com a Câmara Municipal do respetivo Conselho, constituído por mais de nove estabelecimentos de ensino/educação (centros escolares) distribuídos por diferentes freguesias, num total de aproximadamente 2100 alunos inscritos no ano letivo 2019/2020. A sua oferta educativa e formativa engloba o ensino regular e a modalidade de ensino doméstico. Abrange a educação pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos, percurso curricular alternativo (PCA) do 3º ciclo, curso de educação e formação para jovens (CEF) e ensino secundário.

Este AE contempla uma educação inclusiva, permitindo que todos os alunos beneficiem do acesso e de respostas que promovam e maximizem o seu potencial, incluindo-se os serviços de psicologia e orientação num modelo multiorganizacional de medidas para o suporte à inclusão e aprendizagem de acordo com o Decreto-Lei nº54/2018 de 16 de julho.

Este Decreto-Lei inclui as Escolas não agrupadas, os Agrupamentos de escolas, as escolas profissionais e os estabelecimentos da educação pré-escolar e do ensino básico e secundário das redes privada, cooperativa e solidária. Identifica as medidas de suporte e participação nos processos de aprendizagem e inclusão da comunidade educativa, bem como as áreas curriculares específicas e os recursos a mobilizar. Estabelece os princípios e normas respondendo à diversidade das necessidades e das potencialidades de todos e de qualquer aluno.

Os serviços especializados de apoio educativo e técnico estão contemplados neste AE por uma equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva (EMAEI) com uma área específica da psicologia, tendo em conta o contexto educativo e o perfil do aluno à saída da escolaridade obrigatória, contribuindo para a integração plena dos alunos garantindo assim a sua inclusão e o desenvolvimento integral de toda a comunidade escolar.

A EMAEI é composta por professores representantes de cada ciclo de ensino (desde o pré-escolar ao ensino secundário e docentes de educação especial) e conta ainda com um elemento da Direção e o psicólogo do Serviço de Psicologia e Orientação (SPO), com o objetivo de promover e assegurar as condições para uma plena inclusão escolar dos alunos, facilitando-lhes o desenvolvimento da sua identidade pessoal e a construção do seu projeto de vida, de acordo com os Decreto-Lei nº190/91 e Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de Julho. Este Decreto-Lei contempla o apoio psicológico e psicopedagógico, nos termos do ponto 3 artigo 6º do Decreto-Lei nº190/91, a orientação escolar e profissional, nos termos do ponto 5 artigo 6º do Decreto-Lei nº 190/91 e o apoio ao desenvolvimento do sistema de relações da comunidade educativa, nos termos do ponto 4 artigo 6º do Decreto-Lei nº 190/91.

Atividade do Psicólogo

De acordo com Leal (2006) a psicologia tem por valência a observação e análise do comportamento das crianças e jovens, a avaliação psicológica, as limitações e ajustes do sujeito com patologia, sustentada pela investigação científica que a caracteriza. Ainda de acordo com o autor, o desempenho de funções e atividades do psicólogo neste contexto contribui para o desenvolvimento do aluno no processo de aprendizagem afetiva e cognitiva, incluindo a sua identidade pessoal, autonomia e competências de gestão de carreira bem como a promoção ao sucesso escolar, saúde e bem-estar.

Neste AE a ação do psicólogo é constituída por diversas atividades seguidamente detalhadas:

Acompanhamento e intervenção psicológica/ psicopedagógica - Esta intervenção ocorre sempre que sejam identificadas e justificadas as necessidades de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão conforme artigo 20º do Decreto-lei nº 54/2018, 6 de julho. Prende-se com o apoio às dificuldades de aprendizagem, ao comportamento disfuncional em contexto

escolar, à ausência de autoestima, à aprendizagem na gestão de conflitos, à dificuldade na relação social e emocional bem como a outras necessidades que se apresentem.

Avaliação psicológica – Esta intervenção surge no decorrer de um pedido de avaliação quando o professor (es) ou pais e encarregados de educação identificam dificuldades de aprendizagem em termos académicos (leitura, escrita, cálculo) e/ou comportamento disfuncional (cognitivo, emocional, psicomotor) que o aluno apresente no decorrer do seu desenvolvimento. Os testes a serem aplicados são seleccionados de acordo com a problemática apresentada, destacando-se como principais testes utilizados: Figura de Rey, o teste de Toulouse Pierón, Matrizes de Raven, Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças e Jovens - WISC III, Teste de Aperceção Infantil - CAT, o desenho livre, o desenho de família de Corman, entre outros.

Programa de orientação escolar e vocacional aos alunos do 3º ciclo - Esta programa pretende apoiar e promover a integração escolar e psicossocial dos alunos, fomentando o seu desenvolvimento psicossocial, a aprendizagem, a inclusão e sucesso escolar. Consiste na apresentação oral estruturada pelo/a psicólogo/a sobre a estrutura do programa e objetivos gerais das sessões, a avaliação e confronto das expectativas dos/as alunos/as face ao programa, exploração vocacional focada nos interesses e baseada no Inventário *Self Directed Search-R de J. Holland e IPPr*, descrição dos tipos de Personalidade e Carreira segundo *Holland (SDS)*”, apresentação do sistema português e as ofertas educativas e formativas, opções e alternativas para prosseguimento de estudos após o 9.º ano de escolaridade, apoio aos/as alunos/as numa breve análise da sua trajetória escolar/vida e a explorar o estilo de vida desejado, bem como opções em mente no que respeita ao futuro escolar mais próximo, apresentação sumária, por parte do/a psicólogo/a, do processo e resultados da intervenção com cada aluno/ e sessão de informação para pais e encarregados de educação dos alunos do 9.º ano de escolaridade, sobre

Oferta Formativa e o seu papel na Tomada de Decisão. Nesta atividade incluía-se uma visita à Feira das Profissões que não foi realizada devido a pandemia Covid-19.

Programa de prevenção ao comportamento de risco e competências sócio-emocionais - Este programa pretende dar resposta a problemáticas identificadas pelos professores em contexto de sala de aula, que parecem comprometer o desenvolvimento das crianças ou jovens, podendo ser solicitada a intervenção do SPO para tentar minorar as dificuldades comportamentais e promover competências socioemocionais.

São desenvolvidas sessões de sensibilização, partilha e reflexão (e.g. temáticas como o bullying, igualdade de género, namoro, violência e relação saudável, sexualidade e afetos, etc.).

EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva – Reunião semanal – É uma equipa multidisciplinar, que resulta da aplicação do Decreto-Lei 54/2018, de 6 de julho, e que pretende responder às necessidades educativas de todos os alunos do Agrupamento.

A EMAEI analisa e avalia todas as identificações de alunos que apresentem necessidade de uma resposta mais individualizada em qualquer área do seu desenvolvimento, contribui para o planeamento e execução de intervenções ajustadas, participa na elaboração dos documentos necessários à implementação de medidas, apoia e fomenta o desenvolvimento dos sistemas de relações com a comunidade educativa e colabora na monitorização de todo o trabalho desenvolvido pelos professores, com os alunos.

Intervisão com os SPO do Conselho – (reunião mensal) - Esta intervenção tem como objetivo a parceria, partilha, entajuda e supervisão de casos, entre todos os psicólogos dos diferentes agrupamentos deste município.

Problemáticas Recorrentes

Das dificuldades observadas neste Agrupamento, em parceria com o Hospital afeto à área de residência das crianças/jovens e com o Centro de Saúde respetivo, destacam-se as dificuldades ao nível da aprendizagem, do comportamento e das relações

emocionais/familiares. Dentro das perturbações do Neurodesenvolvimento, como mais frequentes nesta população, encontram-se as Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbação do Espetro do Autismo (PEA), Perturbação da Aprendizagem Específica (PAE) e da Comunicação e Incapacidades Intelectuais.

Por se tratar de perturbações do Neurodesenvolvimento requerem um atendimento clínico (médico e psicológico) e a sua intervenção carece de uma equipa multidisciplinar que contemplará não só os técnicos, como também os pais e professores das crianças ou jovens (Cavendish,2013).

Estágio Académico

A realização presencial do estágio académico decorreu ao longo de todo o ano letivo 2019/2020, num SPO de um Agrupamento de Escolas do pré-escolar ao ensino secundário, expectando-se pelo menos 400 horas no trabalho e colaboração de diversas atividades do psicólogo neste contexto, nomeadamente: avaliação psicológica/psicopedagógica (com recurso à aplicação de testes psicológicos, projetivos, semi-projetivos), o acompanhamento psicológico/psicopedagógico de casos devidamente identificados e com critérios para o serviço, orientação escolar e vocacional, dinamização de sessões em contexto de turma para a prevenção a comportamentos de risco e desenvolvimento de competências socioemocionais (bullying, igualdade de género, sexualidade, relação entre pares, entre outras) e demais atividades das quais se destacam reuniões de intervisão pela equipa de psicólogos do mesmo Conselho e reuniões de apoio à educação inclusiva, pela EMAEI.

Após a integração e contextualização no AE que acolheu este estágio, perspetivou-se o acompanhamento e supervisão na aplicação dos conhecimentos obtidos ao longo da formação académica, nomeadamente nas competências de entrevista e compreensão empática, na observação clínica e educacional com o levantamento das necessidades na seleção e aplicação de instrumentos de avaliação, cotação de provas e testes e elaboração de relatórios, com base

na intervenção e acompanhamento psicológico. Perspetivou-se ainda o envolvimento em todas as demais tarefas que surgiram dentro do âmbito profissional, e.g. desenvolvimento de temáticas dentro da área da psicologia, em sala de aula, aplicação de provas de orientação escolar e vocacional, cotação e realização dos respetivos relatórios.

O código deontológico da profissão e as questões éticas relacionadas com a prática clínica estiveram sempre presentes, OPP (2011/2016), nomeadamente o consentimento informado e explícito do encarregado de educação, respeitando-se o princípio ético da confidencialidade e da privacidade nos atos de observação, avaliação, acompanhamento psicológico e registo.

Como objetivo específico e pessoal, pretendeu-se obter o maior conhecimento e prática na aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico:

- a) Aprimorar a congruência, a compreensão empática e o olhar incondicional em acompanhamento psicológico enquanto relação com o cliente (aluno) em contexto escolar, fundamentado na força positiva do crescimento motivado pela tendência atualizante do próprio com o devido respeito pelo ritmo evolutivo do outro, de acordo com as seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica. Seria espectável a realização de acompanhamento psicológico incluindo-se a sua análise e compreensão detalhada em pelo menos dois casos clínicos identificados pela sua necessidade.
- b) Desenvolver e aprofundar conhecimentos que possam servir ao melhor desenvolvimento de competências cognitivo-afetivas quer nas aprendizagens escolares como no comportamento de decisão e exploração e relacionamento interpessoal e do progresso comunitário.
- c) Conhecer, seleccionar e aplicar instrumentos sob supervisão, em pelo menos um caso clínico aplicando-se instrumentos avaliativos como o teste de Toulouse-Pierón, a Figura de Rey,

Matrizes Progressivas de Raven, WISC III, CAT, o desenho de família, o desenho livre entre outros.

- d) Colaborar no desenvolvimento de um programa de orientação escolar e vocacional, com sessões de informação e esclarecimento, desenvolvimento de interesses, conhecimento e exploração individual, oferta formativa e saídas profissionais, com a aplicação de provas de orientação escolar e vocacional, cotação das mesmas e realização dos relatórios finais em pelo menos uma turma do 9º ano de escolaridade.
- e) Estabelecer uma boa integração, cooperação, assiduidade, respeito, simpatia, empatia e empenho nesta unidade, disponibilidade e iniciativa em colaborar nos demais serviços que possam surgir ao longo do estágio.
- f) Cumprir em rigor com o estabelecido no código deontológico da ordem dos psicólogos (OPP 2011/2016).

Parte II – Suporte Teórico

Inclusão e Necessidades Educativas Especiais

Escola Inclusiva.

A educação inclusiva tem vindo a afirmar-se, a nível mundial, enquanto meta a alcançar pelos sistemas educativos. Alicerçada em valores fundamentais, a inclusão enquanto abordagem educativa tem como princípio primordial o direito à educação, proclamado na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), na Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1959) e reafirmada na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2006). De acordo com a Unesco (2009), a educação inclusiva é um processo que visa responder à diversidade das necessidades de todos os alunos promovendo a participação e a aprendizagem.

A inclusão de alunos na educação especial teve o seu início em 1978, com a publicação no Reino Unido de um documento conhecido por Warnock Report. Este documento veio alertar para a exclusão educativa de crianças consideradas ‘diferentes’ e para a importância em se dar menos relevo às deficiências dos alunos e maior foco na criação de programa ou currículo específico para a aprendizagem escolar, tornando-se um modelo educativo.

O conceito de escola inclusiva veio a ser impulsionado através de uma Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais que decorreu em Salamanca, 1994, Espanha. As orientações para a sua concretização foram determinadas nesta conferência e dela surgiu a Declaração de Salamanca que veio a defender o direito à educação e à igualdade de oportunidades para toda e qualquer criança com características específicas que a tornam única. A 10 de Junho de 1994, a Declaração de Salamanca, aprovada por aclamação defendeu:

- Cada criança tem o direito fundamental à educação e deve ter a oportunidade de conseguir e manter um nível aceitável de aprendizagem,

- Cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias,
- Os sistemas de educação devem ser planeados e os programas educativos implementados tendo em vista a vasta diversidade destas características e necessidades,
- As crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades,
- As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa ótima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo, (Unesco, 1994).

Assim, cabe aos sistemas educativos a adaptação às qualidades e necessidades da criança, (Correia, 2010). De acordo com os princípios da igualdade de oportunidades e do respeito perante a heterogeneidade e diferenciação, o processo de inclusão tem por objetivo, sempre que possível, levar o aluno com necessidades educativas especiais (NEE) até às escolas e turmas do ensino regular, disponibilizando os serviços adequados e de qualidade às suas características e necessidades.

Na década de noventa, o sistema educativo regia-se pelo paradigma da integração que tinha por base apoiar individualmente os alunos com NEE, proporcionando-lhes um serviço educacional orientado para a homogeneidade, usufruindo de apoios individualizados que lhe permitiriam a aquisição de competências semelhantes às do aluno sem essas necessidades.

Com a necessidade de resposta ao sistema educativo inclusivo, diversos autores defenderam positivamente a integração de uma escola inclusiva no ensino regular, afirmando a necessidade de mudanças estruturais que permitissem uma educação de qualidade a todas as crianças sem qualquer discriminação seja ela a sua origem, as suas necessidades ou as suas

competências (Ainscow, 1997; Ainscow & Ferreira, 2003; Ainscow & César, 2006; Correia, 2010, 2013; Sanches, 2011).

Tornou-se importante que a escola inclusiva tivesse e que continue a ter, como características fundamentais, o respeito pelas diferenças, a melhoria na aprendizagem interativa, apoio ao aluno em sala de aula, currículo normal adequado à diversificação, colaboração entre os profissionais educativos bem como a participação parental no plano educativo (Frias, 2013; Leitão, 2007).

É da opinião dos autores Leitão (2007) e Frias (2013) que, a criança com NEE integrada no ensino regular, vem potencializar e enriquecer estratégias a serem desenvolvidas que permitiram uma melhor aprendizagem de todos os alunos. Na realidade, torna-se um desafio para os demais profissionais, que os incentiva a repensar e reorganizar, quer no seu método de trabalho, quer na sua estrutura de ensino em sala de aula. Cada escola tem as suas particularidades ambientais que irá influenciar a dinâmica e desenvolvimento da escola inclusiva.

É na escola que os alunos, com ou sem NEE, têm mais condições e tempo para promover a sua socialização e fomentar a cooperação e solidariedade entre si, valorizar a diferença e aprender a aceitar as diferenças. A inclusão propicia o desenvolvimento de atitudes positivas perante as dificuldades, desenvolvendo a compreensão real e adequada perante os colegas, com ou sem deficiência; permite adquirir competências sociais e académicas bem como novas competências por meio de imitação de diferentes modelos; diminui os efeitos negativos proveniente da exclusão; faculta uma educação igualitária de qualidade e de oportunidades levando à comunicação dos profissionais educativos, (Simões, 2000; Santos, 2007; Correia, 2013).

Não menos importante, e porque a comunidade escolar é essencial na inclusão, a comunicação entre a escola e os pais torna-se essencial. Os pais, sendo considerados como

agentes educativos, têm um papel significativo no desenvolvimento e formação das suas crianças, determinando a qualidade da relação que estas têm umas com as outras (Frias, 2013). Decreto-Lei n.º 54/2018 de 16 de julho.

O Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho (DGE, 2018), vem evidenciar o compromisso com a inclusão e enfatiza a dimensão respeitante às práticas educativas, definindo medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, considerando as três dimensões não estáticas que incorpora: os princípios e valores éticos, as medidas educativas e aplicação prática das mesmas.

Este diploma abandona os sistemas de categorização de alunos, e.g. a “categoria NEE” e o modelo de legislação especial para alunos especiais; estabelece respostas educativas e não “categorias” para todos os alunos; perspetiva a mobilização, sempre que necessário e adequado, de recursos da saúde, do emprego, da formação profissional e da segurança social.

Destaca medidas de gestão escolar curricular a desenvolver, constantes no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, com vista ao sucesso educativo de cada aluno, que se descrevem de seguida:

Acomodações curriculares - permitem o acesso ao currículo e às atividades de aprendizagem em sala de aula, pela diversificação e combinação adequada de métodos e estratégias de ensino, com a utilização de diferentes modalidades e instrumentos de avaliação, adaptação de materiais e recursos educativos e remoção de barreiras na organização do espaço e do equipamento, promovendo responder aos diferentes estilos de aprendizagem de cada aluno levando-o ao sucesso educativo (DGE, 2018).

Adaptações curriculares não significativas – são medidas que podem incluir adaptações a nível dos objetivos e conteúdos, através da alteração na sua priorização ou sequenciação, ou na introdução de objetivos específicos de nível intermédio que permitam atingir os objetivos globais e as aprendizagens essenciais, de modo a desenvolver as competências previstas para os alunos à saída da escolaridade obrigatória (DGE, 2018).

Adaptações curriculares significativas - são medidas que têm impacto nas aprendizagens previstas nos documentos curriculares, requerendo a introdução de outras aprendizagens substitutivas e estabelecendo objetivos globais ao nível dos conhecimentos a adquirir e das competências a desenvolver, de modo a potenciar a autonomia, o desenvolvimento pessoal e o relacionamento interpessoal (DGE, 2018).

O Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, no artigo 4º, reforça o estatuto do encarregado de educação no envolvimento educativo da criança considerando que a colaboração entre a escola e a família está intimamente ligada ao sucesso escolar dos alunos. Estabelece um conjunto de direitos e deveres incluindo-se a participação e cooperação ativa na educação, através de melhorias ao nível da comunicação, das atitudes e no envolvimento das famílias na educação dos seus filhos no acesso ao processo individual do aluno no que diz respeito às medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (DGE, 2018).

Este diploma, nos seus artigos 7º a 10º, enuncia um conjunto de princípios, práticas e condições de operacionalização da educação inclusiva que resultam de opções teóricas e metodológicas, designadamente a abordagem multinível e o desenho universal para a aprendizagem (DGE, 2018).

A abordagem multinível, caracterizada como sendo um modelo compreensivo e sistémico de suporte à aprendizagem, está organizada em níveis de intervenção/medidas que variam em termos do tipo, intensidade e frequência das intervenções, determinados em função da resposta dos alunos às mesmas (DGE, 2018).

As medidas universais, generalizadas a todos os alunos, referem-se a práticas ou serviços disponibilizados com o objetivo de promover a aprendizagem e o sucesso de todos os alunos. Não dependem da identificação de necessidades específicas de intervenção. As avaliações de rastreio/despiste são realizadas neste nível de intervenção, no início e em vários momentos do ano letivo, objetivando identificar áreas prioritárias de intervenção para todos e

para os alunos em risco que necessitem de avaliações e intervenções mais intensivas, (DGE, 2018).

As medidas seletivas, incluem serviços dirigidos a alunos em situação de risco acrescido de insucesso escolar ou que evidenciam necessidades de suporte complementar, em função da resposta às intervenções das medidas universais. Podem consubstanciar-se, por exemplo, em intervenções implementadas em pequenos grupos e tendencialmente de curta duração (DGE, 2018).

As medidas adicionais referem-se a intervenções mais frequentes e intensivas, desenhadas à medida das necessidades e potencialidades de cada aluno, implementadas individualmente ou em grupos pequenos, geralmente mais prolongadas. Este nível de intervenção, por vezes, carece de avaliações especializadas (DGE, 2018).

O reconhecimento da necessidade da aplicação das medidas de suporte à aprendizagem e de inclusão é da competência da equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva, através de uma avaliação para a aprendizagem, com destaque para as suas vertentes diagnóstica e formativa. A eficácia destas medidas é monitorizada e avaliada através de um relatório técnico-pedagógico previsto neste diploma (DGE, 2018).

O papel do psicólogo na educação inclusiva.

De acordo com o Decreto-Lei nº190/91 de 17 de Maio e o Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de Julho, um parecer da OPP (maio 2018) vem defender que uma educação que contemple uma escola inclusiva facilita, promove e maximiza o potencial dos alunos, facilitando a sua identidade e construção de um projeto de vida, potencializando o acompanhamento no processo educativo e na identificação das áreas de interesse e dificuldades de aprendizagem. Neste sentido, os diplomas referidos contam com a integração e participação de serviços de psicologia e orientação em contexto educacional.

O serviço de psicologia e orientação é um serviço especializado, da rede pública do Ministério da Educação, que presta apoio educativo e que integra técnicos com formação superior na área da psicologia.

Como membro de uma comunidade educativa, o papel do psicólogo inclui-se no modelo multiorganizacional de medidas ao suporte à aprendizagem e inclusão, prestando apoio psicopedagógico a crianças e jovens, no desenvolvimento da sua identidade, pessoal e social, estabelecendo relações ao nível da comunidade escolar, com apoio psicológico, orientação escolar e vocacional, formação para a comunidade educativa (para pais, professores e/ou funcionários).

Leal (1999) e Guzzo et al. (2012) consideram que o psicólogo contribui para um sistema educativo melhor, procurando o motivo da dificuldade na aprendizagem da criança e problemas de comportamento; pela sua atuação na promoção das capacidades educativas dos alunos e estratégias de orientação escolar e de carreira (em grupo ou individual) com supervisão; pela sua participação na avaliação e intervenção psicológica em processos de avaliação multidisciplinar; pela sua intervenção ao nível psicológico e psicopedagógico em parceria com os encarregados de educação, professores e outras entidades envolvidas no processo do aluno, e.g. centro de saúde, equipas hospitalares, serviço nacional da intervenção precoce na infância (ELI) e centro de recursos para a inclusão (CRI), potencializando as capacidades do aluno na comunidade escolar e familiar, destacando a importância familiar e da comunidade no desenvolvimento da criança, e não menos importante, fomentando ações formativas aos docentes e não docentes e interagindo em projetos educativos e de investigação.

A formação e a orientação dos docentes têm como objetivo transmitir, refletir e consolidar conhecimentos que permitam ajudar a superar as dificuldades de cada aluno, realçando a complexidade e particularidade subjacente aos processos de aprendizagem. Os projetos educativos de carácter preventivo, baseiam-se em temáticas abordadas para fazer face

a contextos adversos como a violência, bullying, igualdade de gênero, sexualidade, relação entre pares entre outros, com o envolvimento de outros agentes da escola (Cordeiro, 2015).

Leal (2006) considera que a psicologia tem por valência a observação e análise do comportamento do aluno, a avaliação psicológica, as limitações e ajustes do sujeito com patologia, sustentada pela investigação científica que a caracteriza. Ainda de acordo com o autor, o desempenho de funções e atividades do psicólogo neste contexto contribui para o desenvolvimento do aluno no processo de aprendizagem afetiva e cognitiva, incluindo a sua identidade pessoal, autonomia e competências de gestão de carreira bem como a promoção ao sucesso escolar, saúde e bem-estar.

Contudo, porque alguns alunos demonstram sofrer grande impacto com os baixos resultados no seu rendimento escolar, com sequelas na sua saúde mental e a predominância de psicopatologias na infância e na adolescência, as escolas têm, para além dos seus psicólogos, de se socorrer de profissionais ligados a outras áreas (Cordeiro, 2015).

Segundo Cordeiro (2015) alguns casos de crianças aplicadas e estudiosas, cujos rendimento escolar não combinam com o seu comportamento, demonstram revolta desencadeando geralmente baixa autoestima e autoconceito e índices elevados de depressão.

O recurso a profissionais com competências psicoterapêuticas parecem favorecer estes alunos, de acordo com os dados identificados, pelos autores Roberts, & Xing, (2007) e Hanchon, & Fernald, (2013), citado por Cordeiro (2015), em doenças mentais detetadas na infância e na adolescência com uma percentagem significativa de crianças cujo rendimento escolar é afetado. Alunos que detenham perturbações emocionais, de comportamento, ou mesmo de psicomotricidade, são também beneficiados pela intervenção clínica (Cordeiro 2015).

A atuação do profissional, detentor de formação académica e conhecimento científico, passa pela avaliação psicológica a crianças no contexto escolar perspetivando obter

informações das diferentes dimensões psicológicas da criança e/ou jovem, nomeadamente as capacidades cognitivas e sensório motoras, as componentes sociais, emocionais, afetivas e motivacionais da personalidade, atitudes, aptidões e valores (Wechsler, 1999). A avaliação psicológica decorre após uma entrevista clínica, também denominada por consulta psicológica, com interação, profissionalismo e competência técnica do psicólogo ao serviço do cliente, bem como a elaboração de relatórios com os resultados e orientações (Leal, 2008).

O psicólogo rege-se pelo cumprimento do estabelecido no código deontológico da Ordem dos Psicólogos (OPP 2011/2016). O foco da sua atuação direciona-se para os problemas de adaptação e ajustamento nas relações que ocorrem em contexto escolar e para os défices de aprendizagem (e.g. dificuldades na leitura e na escrita), bem como para os problemas de comportamento (e.g. atitudes agressivas, apatia, humor depressivo). Deve assegurar o princípio de confidencialidade, não incorrendo no risco do estigma dentro do contexto escolar. As suas intervenções psicopedagógicas devem centrar-se em benefício do aluno para colmatar as necessidades individuais na sua interação interpessoal, familiar e escolar. A orientação e apoio às famílias também faz parte do papel do psicólogo neste contexto.

As características pessoais do psicólogo também têm o seu papel importante para o sucesso da sua prestação nomeadamente, a sensibilidade face aos outros, na empatia, na capacidade de comunicar e argumentar com coerência, bem como gerir conflitos, entre outras (Cordeiro 2015).

Problemáticas

Bronfenbrenner (1996) considera o desenvolvimento humano como o resultado da interação de diferentes fatores individuais e contextuais onde processos de proximidade são importantes e que resultam das interações quotidianas do indivíduo com outros, bem como com objetos e símbolos existentes no ambiente externo, ou seja, o seu microsistema.

Mesmo existindo diferentes perspectivas teóricas sobre desenvolvimento humano na influência do contexto no desenvolvimento do indivíduo, Leusin et al. (2018) consideram as características das relações intrafamiliares como um clima familiar com forte influência nas trajetórias desenvolvimentais. Para estes autores, as quatro dimensões do clima familiar são o conflito (relação agressiva, crítica e conflituosa entre os membros da família), a hierarquia (distinção rígida do poder e das relações intergeracionais na família), o apoio (suporte material e emocional familiar) e coesão (vínculo emocional familiar).

A associação de um clima familiar positivo desencadeia um melhor desempenho nas habilitações sociais e acadêmicas, menor probabilidade de ocorrência de abuso sexual e vitimização, melhor qualidade nas relações interpessoais e menores níveis de problemas emocionais e comportamentais (Leusin et al., 2018).

Apesar das características individuais de cada jovem, como o temperamento, a personalidade, as habilidades cognitivas, entre outras, as relações familiares atuam como importantes fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento dos problemas emocionais e comportamentais na infância. Diversos estudos apontam para a prevalência dos problemas emocionais e comportamentais no desenvolvimento, cujo impacto negativo dificulta a adaptação da criança ao meio ambiente, interferindo no desenvolvimento psicossocial (Leusin et al., 2018).

Leusin et al (2018) referem os problemas emocionais e comportamentais no desenvolvimento como padrões sintomáticos, que se identificam por excessos ou *deficits*, causando prejuízo aos próprios, à família e/ou aos que com eles interagem e classificam como internalizantes ou externalizantes (Leusin et al., 2018).

Preocupação em excesso, retraimento, tristeza e insegurança, enquadram-se nos problemas internalizantes e são manifestados por perturbações depressivas, de ansiedade, bem como queixas psicossomáticas e isolamento social e acontecem em meio privado o que dificulta

a observação pelos intervenientes externos, como e.g. professores e educadores. As manifestações facilmente percebidas enquadram-se nos problemas externalizantes que, por sua vez, se apresentam por agressividade, hostilidade, impulsividade, oposição, hiperatividade, desobediência e comportamentos delinquentes (Leusin et al., 2018).

Torna-se assim, pertinente destacar alguns problemas emocionais e comportamentais frequentes, no âmbito escolar, sujeitas a intervenção.

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) é considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento comum na infância, persistindo, em muitos casos, na idade adulta. Segundo a classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), da Academia Americana de Psiquiatria (AAP), é uma patologia multifatorial e complexa, com impacto no agregado familiar e na sociedade (Marques et al, 2018). Surge pela primeira vez em 1968, enquanto entidade clínica distinta (DSM-II), descrita como distúrbio hipercinético da infância, com atualizações sucessivas conduzidas pela investigação científica (Marques et al, 2018).

A PHDA apresenta três conjuntos de sintomas: hiperatividade (agitação motora excessiva e desadequada), impulsividade (dificuldade em controlar os impulsos e em adiar a recompensa) e défice de atenção (dificuldade na manutenção da atenção e foco na realização de tarefas), persistindo em dois ou mais contextos (e.g. escola e casa), durante seis ou mais meses, com nível de desenvolvimento e idade inconsistentes, interferindo significativamente na atividade diária. Se estes sintomas ocorrerem em outra patologia do desenvolvimento, esquizofrenia, psicose ou doença mental, não se aplica o diagnóstico de PHDA (DSM-5, APA, 2014).

O insucesso académico, a baixa autoestima, instabilidade emocional e tolerância à frustração, a dificuldade na realização das tarefas, isolamento social e predisposição para

situações de risco são outros dos sintomas com impacto para o prognóstico (Marques et al, 2018). A sintomatologia é semelhante na idade escolar, adolescência e idade adulta, mantendo-se a impulsividade e *deficit* de atenção e um decréscimo na intensidade da hiperatividade (Marques et al, 2018).

O PHDA é frequentemente diagnosticado na idade escolar, infância e adolescência, causado por uma maior exigência social e académica, podendo manifestar-se em idades mais precoces mas não antes dos quatro anos, pela dificuldade na identificação dos sintomas associados à patologia ou a comportamentos habituais da idade.

A prevalência no diagnóstico de PHDA estima-se em 5% das crianças e 2,5% nos adultos (DSM-5, APA, 2014) enquanto, devido a critérios mais restritos, o ICD-10 estima uma prevalência de 1% a 2% entre os 5 e os 16 anos de idade, verificando-se o predomínio do sexo masculino. Oliveira et al. (2015) sugerem existir em Portugal, uma taxa de prevalência de aproximadamente 4% a 5%, não sendo dados precisos mas apenas resultantes de alguns trabalhos publicados.

Segundo Banaschewski et al (2017), vários estudos referem alterações da anatomia cerebral (menor volume) e fisiologia do sistema nervoso central (córtex pré-frontal, gânglios da base e cerebelo) com menor disponibilidade dos neurotransmissores na fenda sináptica (dopamina e noradrenalina), na base fisiopatológica da PHDA. Contudo, parece tratar-se de uma patologia de natureza multifatorial, resultante da interação de fatores de risco individuais, familiares e ambientais (APA, 2014).

Associando-se não só ao PHDA mas também a outras perturbações neuropsiquiátricas, destacam-se como fatores de risco individuais, os genéticos, com história familiar de PHDA (irmãos e/ou pai), entre 25% a 90% dos casos; as doenças neurológicas associadas a perturbação do desenvolvimento intelectual (e.g. epilepsia) ou perturbações do espectro do autismo; o período pré e perinatal (com exposição a tabaco, álcool e drogas na gravidez,

prematuridade, baixo peso no nascimento) e fatores pós-natais como o traumatismo crânio encefálico, infecção do sistema nervoso central e exposição a agentes tóxicos. A vinculação insegura e desorganizada, a desorganização familiar (prevalecendo o estilo parental permissivo), a violência doméstica, o conflito intrafamiliar e a privação afetiva, são potenciais fatores de risco familiares assim como o nível socioeconômico e cultural e a numerosidade familiar, com eventual acolhimento institucional como potenciais fatores de risco ambientais (Banaschewski et al, 2017).

Referenciado no DSM-5, APA (2014), os sintomas da PHDA podem também ser especificidades de outras patologias, sendo importante identificar eventuais comorbilidades que podem coexistir tais como: a diminuição da acuidade auditiva e/ou visual, epilepsia, hipertireoidismo, doenças genéticas (síndrome do X frágil, neurofibromatose, síndrome de deleção 22q11), síndrome fetal alcoólico, síndrome de Gilles De La Tourette, perturbação específica da linguagem, perturbação específica da aprendizagem (leitura, expressão escrita ou matemática), perturbação do espectro do autismo, perturbação do desenvolvimento intelectual, perturbação de oposição/desafio, perturbação do comportamento, perturbação de ansiedade generalizada/de separação, perturbação bipolar, perturbação depressiva (persistente/depressiva major), perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação do sono (apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas, distúrbio periódico do movimento dos membros). As perturbações da linguagem e aprendizagem, perturbação de ansiedade, oposição e desafios, surgem no início do desenvolvimento infantil enquanto, as perturbações de comportamento graves, de humor e depressão, apresentam-se no final do ensino básico, com risco acrescido para consumo de substâncias psicoativas e tendência para perturbações de personalidade, onde a PHDA apresenta risco acrescido (Marques et al. 2018).

Marques et al. (2018) constata a importância do diagnóstico e tratamento precoce da PHDA com redução e intensidade dos sintomas e diminuição de outras perturbações que se

associam, prevenindo e obtendo melhores resultados acadêmicos e interação social. A família, escola e comunidade são pilares importantes no sucesso para o tratamento da PHDA, através de uma intervenção multimodal estabelecida no tempo e no espaço, combinada entre a abordagem funcional e a abordagem sintomática, com eventual tratamento farmacológico (e.g. Rubifen, Ritalina, Concerta) - medicado pelo médico da especialidade.

Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

As primeiras alusões ao autismo surgem no início do século XX, em 1911, pelo psiquiatra Eugen Bleuler reconhecendo-o como uma perda do contacto com a realidade, com dificuldade na comunicação e contacto social, considerando-o como um sintoma secundário da esquizofrenia. A primeira definição científica para o autismo, surge em 1943, através de estudo de observação comportamental a crianças com perturbações no contato afetivo realizado por Leo Kanner, em 1944. Em 1943, num estudo de crianças com características semelhantes às de Leo Kanner, diferenciadas apenas por melhores níveis de desenvolvimento linguístico e funcionamento cognitivo, Hans Asperger definiu a PEA como como Psicopatia Autística. Ambas as investigações apontavam para características semelhantes contudo, as crianças de Asperger apresentavam melhores capacidades cognitivas e uma linguagem mais normativa. Mais tarde, em 1981, a psiquiatra britânica Lorna Wing, homenageou Hans Asperger, utilizando pela primeira vez o termo Síndrome de Asperger (Antunes, 2012; Coleta, 2012).

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014) a perturbação do espectro do autismo (PEA) inclui-se nas perturbações globais do desenvolvimento num único diagnóstico de autismo, anteriormente denominado autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, síndrome de Asperger, perturbação desintegrativa da segunda infância ou perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação. O atraso da linguagem não é incluído, como critério de diagnóstico do PEA, por não ser consistente no autismo e poder ocorrer por outras razões.

A nova especificação, de caráter dimensional para o espectro do autismo, veio permitir aos profissionais explicar as variações dos sintomas e comportamentos dos sujeitos bem como o grau de comprometimento, o período em que ocorreu o atraso no desenvolvimento e as características clínicas definidas pelos aspetos comportamental e cognitivo (DSM-5, APA, 2014).

O PEA, frequente na idade pré-escolar, manifesta-se precocemente desde a infância e apresenta déficits persistentes na comunicação e interação social recíproca a diversos níveis (emocional, social e comunicação não-verbal) e no desenvolvimento, manutenção e compreensão dos padrões de comportamentos, atividades repetitivas e restritas e áreas de interesse (Araújo & Neto, 2014).

A PEA, considerada como uma perturbação do neurodesenvolvimento, caracterizada por causas congênicas e/ou predisposição para o desenvolvimento precoce da criança, apresenta uma etiologia multifatorial, com a associação complexa de vários fatores que surgem, segundo DSM-5 (APA, 2014), por fatores genéticos (mutação genética), pré-natais (ocorridos durante a gravidez) e/ou perinatais (ocorridos durante o parto), fisiológicos (presença/ausência da incapacidade intelectual), compromisso na linguagem (mutismo seletivo, comunicação social pragmática), problemas de saúde mental (esquizofrenia) e fatores ambientais (tais como baixo peso no nascimento, exposição fetal a ácido valpróico e/ou avançada idade parental).

As particularidades comportamentais do PEA surgem entre os 12 e 24 meses de idade da criança, mais evidentes no sexo masculino que no feminino, limitando ou prejudicando o seu funcionamento diário, evidentes na primeira infância. Apresentam falta de interesse social no primeiro ano de vida, eventual regressão no desenvolvimento, com deterioração gradual e rápida no uso da linguagem ou comportamento social, frequentemente nos primeiros dois anos de vida. Menos comuns, mas merecedoras de atenção acrescida, a perda do autocuidado, do controlo de esfíncteres e de habilidades motoras, podem ocorrer após o segundo ano de vida

da criança. Estes sinais são alertas, úteis, para a detecção e intervenção precoce, minimizando e estimulando níveis mais adequados em relação ao comportamento adaptativo dessas crianças (DSM-5, APA, 2014).

A aprendizagem, por meio da interação social ou em contextos com os colegas, torna-se problemática e difícil para crianças com PEA, onde a ausência de capacidades sociais e comunicacionais e sensibilidades sensoriais são impedimentos acrescidos na sua evolução. As suas capacidades adaptativas poderão ser acompanhadas de um quociente de inteligência (QI) abaixo da média esperada para a idade, a rigidez no planeamento e organização e a aversão à mudança, causando impacto negativo no sucesso académico, mesmo para alunos cuja inteligência se apresente acima da média (DSM-5, APA, 2014).

Constatam-se, como limitações principais numa criança ou jovem com uma PEA, a comunicação expressiva e não-verbal, a compreensão, concentração e atenção, a generalização, a abstração e simbolismo, a cognição social, a motivação, a empatia, a alteração/gestão de rotinas e imprevistos, a sensibilidade sensorial, as capacidades especiais e interesses restritos, os comportamentos estereotipados e rígidos, as rotinas, as preocupações e rituais, a alteração de sono/vigília, as particularidades alimentares, bem como dificuldades na resolução de problemas, na memorização e na linguagem (Pereira, 2008).

Por outro lado, alunos com autismo de funcionamento elevado apresentam dificuldades no seu desenvolvimento motor (dispraxia), dificultando a sua integração social. A descoordenação motora pode levar ao desinteresse na realização de atividades físicas, causado pelo seu insucesso desportivo e dificuldade na comunicação não-verbal e gestual passíveis de serem ridicularizados pelo grupo de pares (Wainscot et al, 2008).

Na adolescência, alguns indivíduos podem desenvolver alguns comportamentos motores como a lentificação e "congelamento" no decorrer de uma determinada ação,

apresentando sintomas como o mutismo, a perseveração da postura, caretas e hipertrofia muscular, e.g. flexibilidade cérea (APA, 2014).

Num estudo realizado pela Universidade York, Canadá, relacionado com bullying entre crianças e jovens com PEA, constatou que as crianças com autismo apresentam um maior risco de serem vítimas de bullying, mais verbal e social do que físico, apresentando uma reação comportamental e/ou emocional intensa quando vitimizadas, encorajando o agressor a praticar comportamentos agressivos, intensos e discretos, por longos períodos de tempo, causando mais sofrimento do que a agressão física e provocando na vítima a redução na autoconfiança e confiança nos outros (Cappadocia et al, 2012).

Na adultez, a PEA pode apresentar rigidez e dificuldades contínuas em situações novas, comprometendo a sua independência. Mesmo sem deficiência intelectual, o seu funcionamento psicossocial apresenta-se insatisfatório, de acordo com indicadores relativos à vida independente e emprego remunerado destes sujeitos (DSM-5, APA, 2014).

Apesar de existir uma minoria de sujeitos na fase adulta com PEA que trabalham e vivem de forma independente, apresentando uma linguagem e capacidades intelectuais superiores, assim como interesses e habilidades especiais, podem continuar socialmente vulneráveis, com dificuldades na sua organização, sendo propensos à ansiedade e depressão. Quanto ao envelhecimento, as consequências funcionais são desconhecidas, mas acredita-se que o isolamento social e problemas de comunicação poderão ter consequências na sua saúde (DSM-5, APA, 2014).

Perturbação Depressiva (PD).

Ramos (2018) caracteriza a perturbação depressiva com uma sintomatologia afetiva de longa duração, que se apresenta por meio de sinais e sintomas conforme a idade (pré-escolar, idade escolar, adolescentes e adultos), interferindo significativamente no contexto escolar,

social e familiar, podendo comprometer o processo desenvolvimental da maturidade psicológica e social, enquanto jovens.

Os primeiros relatos da sintomatologia depressiva, em crianças e adolescentes, reportam-se ao século XVIII (Ramos, 2018), cientificamente caracterizado, nos dias de hoje, no DSM-5 (APA, 2014) por cinco dos seguintes sintomas de forma sistemática, em pelo menos duas semanas: (1) *Humor deprimido ou tristeza excessiva*; (2) *Acentuada diminuição do interesse nas atividades*; (3) *Perda ou ganho significativo de peso/ redução ou aumento do apetite*; (4) *Problemas de sono*; (5) *Agitação ou lentificação psicomotora*; (6) *Cansaço ou falta de energia*; (7) *Sentimento de culpa excessiva ou de inutilidade*; (8) *Dificuldade em pensar, concentrar ou em tomar decisões*; (9) *Pensamentos recorrentes de morte*.

Segundo a OMS (2017), a depressão ocorre em crianças com idade inferior a 15 anos, aumentando a sua sintomatologia no final da infância ou início da adolescência, diferente da sintomatologia na idade adulta, sendo importante observar a comunicação visual, a expressão facial, postura corporal e gestos (não-verbal), dado que a criança deprimida não apresenta queixas, nem tem consciência da sua excessiva tristeza e dos seus sentimentos e emoções desregulados, contudo alterações de comportamento são notórios no seu dia-a-dia.

A depressão na idade pré-escolar e escolar apresenta sintomas comuns como dores de cabeça e dores abdominais, alteração de sono e de tom de voz, irritabilidade e/ou tédio, tristeza, desinteresse em coisas prazerosas, recusa na atividade escolar, isolamento e atraso no desenvolvimento psicomotor (Ramos, 2018).

Na idade escolar, destacam-se sintomas particulares, tais como a dificuldade nas aquisições de capacidades sociais, ansiedade e fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade e diminuição do apetite. Destaca-se a ausência de capacidade de diversão, fadiga e choro fácil, fraco relacionamento com os pares, baixa autoestima, desempenho escolar fraco, ansiedade de separação, desejo ou fantasias de morte/ideação suicida, sentimentos de raiva e mau humor,

anedonia, falta de interesse para fazer novas coisas, ausência de energia e agitação psicomotora (Ramos, 2018).

Em adolescentes, a depressão apresenta sintomas de irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse, desenvolvimento psicomotor lento, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alterações do sono, isolamento, dificuldade de concentração, desempenho escolar fraco e baixa autoestima, ideias/tentativas de suicídio e problemas graves de comportamento, verificando-se maior tendência destes sintomas no sexo feminino, após o início da sua adolescência (Ramos, 2018).

Ramos (2018) reconhece que a depressão é uma perturbação do humor multifatorial e envolve aspetos afetivos, cognitivos, motivacionais e neurovegetativos, que devem ser considerados na avaliação e no tratamento.

Do estudo realizado por Coutinho et al (2016), com o objetivo de verificar a relação entre depressão e qualidade de vida dos adolescentes em contexto escolar, com uma amostra de 204 adolescentes de escolas públicas e idades compreendidas entre os 12 a 18 anos, maioritariamente do sexo feminino (53,4%), resultou em 8,3% dos adolescentes com indicativos de sintomatologia depressiva com correlações fortes nos fatores relacionados com estado emocional ($r=-0,54$), sentimentos ($r=-0,65$) e família e ambiente familiar ($r=-0,54$). Neste estudo, o autor concluiu que a depressão influencia negativamente a qualidade de vida dos adolescentes. Estes mesmos autores, referem outros estudos (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009; Araújo, Costa & Blank, 2009; Bahls & Bhals, 2002, 2003; Schwan & Ramires, 2011) identificando uma relação direta da depressão em adolescentes com fatores biopsicossociais, tais como a socialização, apoio social e familiar, sintomas psicossomáticos, insatisfação de vida e bem-estar emocional, físico e psicológico. Num estudo realizado em Portugal, por Cardoso, Rodrigues, e Vilar (2004), veio a revelar a existência de 11.2% dos

adolescentes com sintomas depressivos indicadores de sofrimento psicológico e prevalente no sexo feminino.

Merrell (2008b) considera os fatores biológicos, familiares, cansaço psicológico e acontecimentos de vida, bem como os fatores cognitivos e os fatores comportamentais, potenciais predisponentes ao desenvolvimento de sintomas depressivos ou perturbações depressivas. Anomalias biológicas nos neurotransmissores, acetilcolina, norepinefrina, serotonina e neuropeptídeo estão associadas à depressão, possivelmente de herança genética. (Merrell, 2008b). Sintomas depressivos, tais como humor deprimido, dificuldades de concentração e lentificação da fala e do movimento, poderão estar relacionados com as anomalias funcionais de determinadas glândulas endócrinas (Merrell, 2008b). Fatores familiares tais como conflitos intensos na família, padrões comunicacionais pobres, incapacidade na gestão de conflitos, perturbação mental presente na família, poderão também ser potenciais fatores de risco, que possam proporcionar, aumentar e manter a depressão nos jovens, acabando por modular os seus comportamentos, emoções e cognições parentais (Merrell, 2008b). A elevada exposição a eventos psicológicos traumáticos (e.g. morte de um familiar, separação e divórcio, doenças crónicas, abuso físico/sexual) são potenciais fatores de risco no desenvolvimento da depressão em todas as idades (Merrell, 2008b).

O tipo de pensamento desenvolvido pela criança ao longo do crescimento é outro preditor para esta perturbação. De acordo com o *Modelo do Desamparo*, o sujeito pode sentir-se responsável por todos os seus problemas acreditando na sua incapacidade em modificar ou influenciar situações da sua própria vida (Merrell, 2008b). O *Modelo da Triade Cognitiva*, aponta para uma visão negativa de si, do mundo e do futuro, bem como uma baixa autoestima do sujeito associada a sintomas depressivos (Merrell, 2008b). Por fim, o *Modelo do Autocontrolo* sugere uma tendência para uma maior atenção a eventos negativos,

consequências imediatas com responsabilização e eventual punição do seu comportamento e uso de padrões excessivamente rígidos (Merrell, 2008b).

Outro preditor de desenvolvimento depressivo está relacionado com os padrões de comportamento adotados pelos jovens, como o isolamento social e a recusa no envolvimento de atividades com outros adolescentes, originando o reforço da solidão, a baixa autoestima e ausência de apoio social (Merrell, 2008b).

A problemática da depressão em jovens adolescentes tem efeito sobre a idade adulta no surgimento de perturbações mentais na vida futura, tais como: ansiedade, consumo de substâncias, perturbação bipolaridade, ideação suicida, entre outras. Assim, detetar e prevenir eventuais sintomas depressivos nesta fase do desenvolvimento, impedirá uma eventual transformação desses sintomas numa perturbação mais grave na fase adulta (Merrell, 2008b).
Perturbação da Aprendizagem Específica (PAE).

Para Luís de Miranda Correia (2008, p.46), as dificuldades de aprendizagem específicas são definidas pela “(..) *forma como um indivíduo processa a informação – a recebe, a integra, a retém e a exprime -, tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações. As dificuldades de aprendizagem específicas podem, assim, manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices que implicam problemas de memória, perceptivos, motores, de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos. Estas dificuldades, que não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de estes ocorrerem em concomitância com elas, podem, ainda, alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente*”, tornando-se essencial desenvolver competências de leitura e escrita para adquirir as bases necessárias para futuras aprendizagens. A não aquisição de anteriores conhecimentos impossibilitam o seu futuro desempenho,

interesse ao longo da escolaridade, com eventual baixa autoestima promovendo o afastamento gradual do currículo escolar.

Considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento, a PAE, de origem biológica (interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais), tem influências ao nível cognitivo que se associam a manifestações comportamentais e funcionais, afetando a capacidade de perceber e processar informações verbais e não-verbais, com grau de intensidade diferente em cada indivíduo. A exposição pré-natal à nicotina, a prematuridade e o baixo peso no nascimento, são possíveis potenciadores de risco para a PAE, bem como a história familiar com dificuldades de leitura (dislexia) e de alfabetização em parentes de primeiro grau, com dificuldades de aprendizagem (DSM-5, APA, 2014).

Segundo a literatura científica, não existe uma grande diferença de percentagem no género para os portadores de PAE, como a dislexia, pois o processamento da linguagem no género feminino ocorre nos dois hemisférios (direito e esquerdo), enquanto no género masculino, o seu processamento ocorre apenas o hemisfério esquerdo, muito embora, Rafagninet al. (2020) identifiquem ser mais fácil detetar na fase de alfabetização nos meninos, do que nas meninas, que apresentam esses sintomas na aquisição de aptidões académicas, comparativamente a uma fase mais avançada (ensino secundário ou superior).

Segundo os critérios b), c) e d) do DSM-5, o início das dificuldades de aprendizagem e uso das aptidões académicas surgem durante os anos escolares, ou quando as aptidões académicas estão abaixo da média da idade cronológica, afetando o seu desempenho ou atividades quotidianas, não devendo ser explicadas por deficiências intelectuais, défices de acuidade visual ou auditiva por corrigir, por outras perturbações mentais ou neurológicas, bem como pela falta de conhecimento na língua da instituição académica ou devido a uma inadequada instrução educacional. Contudo, se nos anos pré-escolares, se evidenciar atraso da linguagem, na comunicação ou processamento cognitivo prejudicado (e.g. consciência

fonológica, memória de trabalho, capacidade de nomeação) poderá prever uma eventual dificuldade da aprendizagem em leitura e escrita (DSM-5, APA, 2014).

Apesar das dificuldades de aprendizagem surgirem quase sempre, no início do ensino básico, por vezes é na primeira infância, ainda no pré-escolar, que são detetados atrasos ou *deficits* linguísticos, dificuldades para rimar e contar ou dificuldades na motricidade fina, necessárias para a escrita, bem como eventuais manifestações comportamentais (e.g.: comportamento de oposição; resistência à aprendizagem). Dificuldades na fluência e compreensão da leitura, no soletrar, no escrever e na aptidão com números, podem permanecer na vida adulta. A diferenciação da PAE perante a eventual dificuldade de aprendizagem devido a falta de oportunidade, ensino deficiente ou fatores de natureza cultural, deve ser tida em conta (DSM-5, APA, 2014).

O jovem com PAE, em idade escolar, geralmente apresenta lentidão na realização das atividades escolares e, devido às dificuldades acrescidas, tendencialmente não completa as tarefas em sala de aula, nem gosta de as realizar em casa; não lhe é fácil entender mensagens de duplo sentido e pode apresentar dificuldades na coordenação motora e na realização de atividades desportivas coletivas. A adversidade na aquisição e na automatização na leitura pode indiciar um comportamento de medo e ansiedade. Dificuldades na matemática podem ou não ser verificadas. Os idiomas estrangeiros tornam-se um potencial problema principalmente na escrita, acentuando a sua problemática existente na língua de origem (Rafagninet al., 2020).

Estes mesmos autores consideram que a principal dificuldade do PAE (e.g. no caso da dislexia), surge na relação fonológica (relação letra-som) com o reconhecimento das palavras, na sua descodificação e escrita, nas diferenças de processamento visual e/ou auditivo (não diagnosticadas como deficiências), na memória imediata uma vez comprometida (e.g. memorização de sequências, disnomias), bem como dificuldades severas na escrita. Independentemente dos aspetos negativos que a dislexia aparenta ter, os jovens disléxicos são

inteligentes, criativos e com qualidade competitiva para superar os desafios que lhe possam ser apresentados e, quando devidamente intervencionados, as suas dificuldades podem ser superadas (Rafagnin et al., 2020).

A presença de um ou mais sintomas persistentes em pelo menos durante 6 meses, independentemente de terem sido intervencionadas anteriormente, fazem parte do critério a) de diagnóstico:

1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (p. ex., lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (p. ex., pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).
3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (p. ex., pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
4. Dificuldades com a expressão escrita (p. ex., comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza).
5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (p. ex., entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
6. Dificuldades no raciocínio (p. ex., tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos (DSM-5, pág. 66; APA, 2014).

Todos os critérios de diagnósticos referidos devem ser tidos em conta e, quando identificado mais de um dos critérios, a sua descrição deve ser individualmente expressa (e.g. prejuízo na leitura, na expressão escrita ou na matemática), especificando se o nível de gravidade é leve, moderado ou grave (DSM-5, APA, 2014).

Potenciais comorbilidades da PAE, enquadram-se nas perturbações do neurodesenvolvimento (e.g. perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação da comunicação, perturbação do desenvolvimento da coordenação, perturbação do espectro do autismo, bem como outras perturbações mentais, tais como a perturbação da ansiedade ou a perturbação depressiva e bipolar) que dificultam o seu diagnóstico diferencial. A sua avaliação não deve excluir a hipóteses destas comorbilidades, a não ser que exista indicação de outro diagnóstico, que seja responsável pelas dificuldades de aprendizagem, descrita no critério a).

A prevalência da PAE afeta cerca de 5% a 15% das crianças em idade escolar da população mundial, com maior incidência no género masculino, sendo mais conhecida a dislexia - PAE com prejuízo na leitura, seguida da disgrafia - PAE com prejuízo na escrita e a discalculia - PAE com prejuízo na matemática (DSM-5; APA, 2014).

Avaliação psicológica

A prática integrativa da avaliação psicológica assenta na combinação de diversas fontes de informação e diferentes fatores do próprio sujeito, como a família e o meio que o envolve (Soeiro, 2014).

É um processo avaliativo circunscrito no tempo, composto por provas e técnicas cientificamente estudadas, que permitem identificar dimensões psicológicas com referência a conteúdos (Silva, Pasa, Castoldi, & Spessatto, 2010).

A avaliação psicológica decorre após uma entrevista clínica, também denominada por consulta psicológica, com interação, profissionalismo e competência técnica do psicólogo ao serviço do cliente (Leal, 2008).

Nesta prática, considera-se indispensável a verbalização, pelo próprio sujeito, dos dados pessoais e familiares bem como aspetos hereditários relevantes através da descrição da sua história pessoal, referente a toda a vida ou apenas a uma vivência em particular num determinado período (Leal, 2008).

Sendo o cliente uma criança, o procedimento inclui escutar primeiramente o adulto, encarregado de educação ou quem o represente, identificar a problemática expressa pelo mesmo e a interação existente com a criança (caso esta esteja presente), recolher informações clínicas desde o seu nascimento até à data da primeira consulta (anamnese da criança), entrevista semi-diretiva à criança/jovem com recurso a provas projetivas ou semi-projetivas (e.g. desenho de tema livre, família/figura humana) ou outras baterias de testes adequados à problemática identificada, correção e interpretação dos resultados, entrega e devolução dos mesmos (Leal, 2008; Wechsler, 1999)

A avaliação psicológica a crianças no contexto escolar tem por finalidade obter informações das diferentes dimensões psicológicas da criança e/ou jovem, nomeadamente as capacidades cognitivas e sensório motoras, as componentes sociais, emocionais, afetivas e motivacionais da personalidade, atitudes, aptidões e valores (Wechsler, 1999).

Neste contexto, diferentes baterias de testes foram sendo desenvolvidas ao longo do tempo, permitindo assim, avaliar as diferentes dimensões psicológicas da criança, tais como: para a avaliação das capacidades cognitivas do funcionamento intelectual (dificuldades de aprendizagem, défice de atenção, deficiência mental, e inteligência superior) o profissional pode aplicar a Escala de Inteligência de Wechsler - WISCIII, (Wechsler, 2003); para avaliação das capacidades visuo-percetivas e espaciais construtivas, memória visual e o funcionamento, pode aplicar-se a prova Figura Complexa de Rey (Rey, 1999); para a avaliação de um conjunto de funções mentais integradas como o pensamento lógico e a capacidade de abstração, as Matrizes Progressivas de Raven (MPR) são aplicáveis (Raven, 2001); para a avaliação da capacidade de concentração, realização e resistência à fadiga aplica-se o Teste da Toulouse Pierón (Amaral, 1967); para a avaliação da estrutura afetiva e emocional da criança ou jovem e a forma de resolução das problemáticas no seu mundo vivencial, aplica-se o teste projetivo CAT – a perceção infantil facultada a sua interpretação (Bellak & Hurvich, 1965); para a

avaliação da capacidade de aprendizagem de um conjunto de aptidões básicas como a compreensão verbal, aptidão numérica e aptidão perceptivo-visual, é aplicada a Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar - BABAE (Cruz, 1996); para a avaliação de uma perturbação específica da aprendizagem, com défice na leitura/escrita, em crianças com baixo desempenho (exatidão, velocidade e/ou compreensão) de acordo com a sua idade, quociente de inteligência e nível de escolaridade, aplica-se o Teste Exploratório de Dislexia Específica, PEDE (Condemarin & Blomquist, 1989); para a avaliação de problemas relacionados com a PHDA, tarefas sociais e comportamentos de oposição, o profissional pode utilizar as escalas de Conners (Simões, 1998) entre outros instrumentos disponíveis para a avaliação psicológica.

Instrumentos de Avaliação

Pretende-se descrever com mais pormenor, o conjunto de instrumentos usados durante a prática desenvolvida no estágio académico no Agrupamento, em resposta aos pedidos identificados na necessidade de Medidas de Suporte à aprendizagem e Inclusão. (DGE, 2018).

Matrizes Progressivas de Raven.

As Matrizes Progressivas de Raven (MPR), consideradas como um teste de competências e não de velocidade de processamento, isento de influências culturais ou linguísticas, tem o propósito de avaliar um conjunto de funções mentais integradas, denominada por fator g de inteligência (Raven, 2000).

Segundo os autores Amabile, Chamorro-Premuzic & Arteche (2008) e Chamorro-Premuzic, Furnham, & Moutafi (2004), o fator (g) e o fator (gf), são construtos conhecidos como inteligência fluida, empiricamente considerados como construtos equivalentes, onde o fator (gf) retrata a capacidade do sujeito em adquirir conhecimento, pensar sobre conteúdos abstratos e resolver questões sem que estas tivessem sido aprendidas anteriormente.

O teste Matrizes Progressivas de Raven (MPR), inicialmente publicado pela Oxford Psychologists Press, Inglaterra, mede um construto designado de inteligência não-verbal, com

o objetivo de avaliar a aptidão do participante na apreensão das relações entre as figuras, sendo constituído por um conjunto de tarefas não-verbais (itens), que se encontram em cadernos de estímulos apropriados. Assim, esta prova permite avaliar a capacidade de apreender figuras sem significado e estabelecer as suas relações; fazer a inferência da natureza da figura que completa o sistema de relações implícito e o método de raciocínio sistemático aplicado. Sendo uma prova não-verbal baseada em imagens, avalia o pensamento lógico e mede a capacidade de abstração.

O teste surgiu na segunda metade da década de 30. Foi revisto em 1938 tendo ficado conhecido por PM 1938 (Matrizes Progressivas 1938). Aconteceram sucessivas revisões referenciadas pelas siglas PM 47, PM 56 que correspondem a uma dada Matriz. A Matriz Geral (SPM - 1938) de âmbito alargado, abrangia desde as crianças a adultos com diferentes capacidades a nível intelectual. A Matriz Colorida (CPM – 1947) surge para ser aplicada a sujeitos de nível inferior ou crianças. A Matriz Superior (APM - 1956) surge para aplicar a sujeitos com dotação elevada, aplicável em todas as idades e níveis culturais.

O MPR é utilizado na seleção de pessoal, na orientação profissional, no diagnóstico de deficiência mental em criança, na verificação intelectual das pessoas idosas. É aplicado em diferentes áreas como a psiquiatria, a psicologia, a psicopedagogia e em pesquisas transculturais relacionadas com diferenças étnicas ou de aculturação (Raven et al, 2001).

As principais críticas ao instrumento residem na ausência de um número razoável de itens de dificuldade intermédia (Almeida & Primi, 2009). O teste apresenta características psicométricas com valor de precisão e validade aceitável, com poder de discriminação razoável e consistência interna adequada (Raven, 2001).

Caracterização da prova - É constituída por três diferentes versões: a Forma Geral (Standard Progressive Matrices - SPM) composta por 60 itens, (cinco séries A, B, C, D e E, com 12 itens cada) criada em 1938, avalia o desenvolvimento intelectual da população em

geral, utilizada com sucesso para quem não domina o idioma, ou sofre de defeitos físicos, ou intelectualmente subnormais ou em processo de deterioração mental; a Forma Especial ou Colorida (Coloured Progressive Matrices – CPM -1947) constituída por 36 itens (três séries - A, Ab e B - com 12 itens cada) avalia as habilidades intelectuais de crianças dos 5 aos 11 anos e a Forma Avançada (Advanced Progressive Matrices – APM -1956) com 48 itens, divididos em duas séries. A série SET I, tem 12 itens e a série SET II contém 36 itens e avalia as pessoas com capacidade intelectual superior à média (Raven, 2001).

A MPR caracteriza-se como sendo um teste de competência e não de velocidade, sem tempo predefinido para ser realizado. Apesar do tempo efetivo ser uma referência avaliativa que contribui para a objetividade dos resultados não sendo fator decisivo no desempenho do mesmo. Contudo, estima-se que esta prova possa demorar entre 10 a 20 minutos.

Para além da cotação obtida, as pontuações devem-se enquadrar-se também com fatores psicológicos, sociais e educacionais, tais como a disposição motivacional e o padrão de competência assim como em défices e capacidades específicas (Raven et al, 2001).

Figura Complexa de Rey.

A Figura Complexa de Rey (FCR) foi concebida em 1942 por André Rey e padronizada por Osterrieth em 1945. Apresenta-se como uma figura geométrica, complexa e abstrata, composta por várias partes. Permite um diagnóstico diferencial entre a debilidade mental constitucional e o défice adquirido em consequência de traumatismo crânio-cerebral. Avalia a atividade perceptiva e a memória visual, bem como a informação apresentada é apreendida e conservada de forma espontânea pela memória. (Rey, 1999).

Estudos realizados com duzentas e trinta crianças entre os 4 e os 15 anos com dificuldades de aprendizagem e sessenta adultos até aos 60 anos de idade com comportamentos desajustados, permitiram normalizar o teste FCR (Lezak, 1995). Este teste está empiricamente validado na avaliação das funções executivas, apesar de ter sido inicialmente concebido para

medir as atividade preceptiva e a memória visual (Silva, 2017). Versões alternativas como a figura de Taylor, e as quatro figuras complexas do Medical College of Geórgia, foram criadas para avaliações e reavaliações (Lezak et al. 2012; Strauss et al. 2006).

A neurociência refere a FCR, como sendo um dos testes neuropsicológicos mais utilizado que permite avaliar um diversificado conjunto de processos cognitivos, tais como capacidades visuo-perceptivas e espaciais construtivas, memória visual bem como funcionamentos executivos e.g. o planeamento, a organização e a resolução de problemas (Strauss et al. 2006). O desempenho desta prova pode ainda ajudar a interpretar de que forma a tarefa é abordada pelo sujeito, avaliando assim o seu funcionamento executivo., (Lezak et al. 2012).

Segundo Jamus & Mader (2005) a FCR aplica-se tanto na avaliação neuropsicológica de epilepsias como em situações clínicas, como a Depressão, Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade e perturbação Obsessiva-Compulsiva.

Enquanto possíveis limitações na sua cotação, a escolaridade do indivíduo pode ser uma variável a ter em conta e que não faz parte da correção da prova. A perceção desta prova pode também ser condicionada pelo procedimento do técnico, bem como pelo conhecimento da sua aplicação (Rey, 1999 citado por Rodrigues et al. 2006). Não ser dada a devida importância a determinadas estratégias mais inconsistentes e menos metódicas na forma de cotação é outra possível limitação (Silva, 2017). A subjetividade e a natureza vaga das suas normas de cotação têm sido algumas das críticas sobre este instrumento. Apresenta características psicométricas satisfatórias na sua consistência interna, concordância entre juízes e estabilidade temporal (Mós & Espírito-Santo, 2016).

Caracterização da prova - Segundo Rey (2002), a Figura Complexa de Rey de aplicação simples, apesar da complexa interpretação de resultados, apresenta-se como sendo uma figura

geométrica composta por um retângulo grande, bissetores horizontais e verticais, duas diagonais, detalhes geométricos adicionais interna e externamente ao retângulo grande.

A figura geométrica é posicionada horizontalmente (com o pequeno losango, terminal, orientado para a direita com a ponta voltada para baixo) e deverá ser copiada numa primeira fase, para uma folha de papel em branco. De seguida, sem prévio aviso, é pedida a sua reprodução em memória, numa outra folha.

Pretende-se observar a ordem pela qual os elementos são copiados, bem como avaliar a sua capacidade estratégica. Neste contexto, a reprodução da FCR pode ser realizada usando apenas um lápis de cor preta ou por vários lápis de cor. Quando aplicada com lápis de cor, a troca dos lápis obedece à sequência dos elementos copiados. A sequência das cores dos lápis utilizados devem de ser anotados. A mudança do lápis de cor decorre sempre que o sujeito mude das estruturas interiores e exteriores do retângulo. No entanto se a reprodução começa por um detalhe, a mudança de lápis deverá ser feita quando passa a outro detalhe, ou seja, se começar pelo grande retângulo prosseguindo pelas diagonais ou pelo contorno geral da figura até terminar o seu perímetro, deve-se manter o mesmo lápis. Na reprodução da figura por memória, a aplicação dos diferentes lápis de cor podem ou não ser usados. Em cada fase é anotado o tempo de realização da prova. Conhecer e identificar os diversos estádios do processo de cópia torna-se de extrema importância.

O Teste do Desenho de Família.

O teste do desenho de família é usado como instrumento de avaliação psicológica, meio de comunicação ou terapia. Considerado como uma prova projetiva, dentro das baterias de testes existentes em psicologia, é considerado eficaz com crianças e adolescentes. Segundo Chandler (2003), a utilização deste tipo de teste fundamenta-se na hipótese projetiva baseada na tendência de interpretação do mundo pelo ser humano com base na sua experiência refletindo assim, alguns aspetos do Self.

O teste projetivo do desenho de família (TDF), tem por objetivo “*avaliar o estado afetivo da criança e a estruturação da personalidade*”, permitindo “*perceber a sua representação do contexto familiar*”, facultando informação acerca “*da maturidade psicomotora e da formação do esquema corporal*” que a criança representa nos seus desenhos (Corman, 2003, p.7).

Sendo o desenho uma forma de expressão livre, o TDF permite que a criança projete as suas predisposições, recalcadas no seu inconsciente, revelando as suas preocupações. Facilita o entendimento dos seus valores emocionais: os seus afetos positivos (através da demonstração de sentimentos de admiração e de amor onde a criança acaba por dar relevo a uma figura privilegiada) bem como os seus afetos negativos (mostrando sentimentos de ódio e agressividade desvalorizando uma determinada figura no seu desenho). Em alguns casos, pode ser utilizado para conferir alguns problemas de aprendizagem (Corman, 1967, 2003, 2008).

Através da análise detalhada do TDF é possível entender os sentimentos que a criança detém pelos seus familiares, ou cuidadores, e restantes membros da família bem como a sua posição na dinâmica familiar. O detalhe da sua posição no meio familiar permite entender os seus profundos conflitos, sentimentos, desejos, repulsas e atrações. O primeiro elemento da família a ser desenhado, normalmente com mais cuidado e traços bem concluídos, é considerado a personagem a quem dá mais valor e atenção Corman (1967, 1982).

Para o autor, a interpretação do desenho tem por vantagem, as diretrizes de cotação que foram desenvolvidas para este teste, apesar da variável “*subjetividade*” estar sempre presente porque, segundo o autor, “*a criança comporta-se nesta prova como criadora e representa no seu desenho não a sua família, mas a sua representação ou o seu desejo*” e neste sentido, comparar o desenho da família imaginária com o desenho da família real, torna-se importantíssimo, por forma a se verificar até que ponto o “*estado afetivo da criança estará a influenciar a sua percepção do real*”, Corman (2008, p.14). Quando a criança desenha uma

família imaginária tende a desviar a atenção da sua família real, facilitando a sua projeção para a sua realização e procurando obter maior prazer e menos desprazer, indo ao encontro dos seus desejos pessoais, Corman (1982). Quando a representação familiar é real, a criança tende para a racionalidade projetando a imagem que tem sobre a sua família, a sua dificuldade de adaptação ao meio familiar e o mundo exterior.

A subjetividade e rigidez na interpretação do desenho limita o acesso a aspetos constantes das relações familiares e estas são as principais críticas referenciadas por alguns autores, Wright e McIntyre (1982, in Chandler 2003).

Caracterização da prova - O Teste do Desenho da Família (TDF) de Louis Corman (1967, 2003, 2008) é aplicado a crianças e adolescentes desde os 5/6 anos de idade.

Para a sua aplicação apenas se necessita de uma mesa, lápis e papel. A criança é solicitada a desenhar uma família, que não tem de ser a sua. Caso tenha feito uma família imaginária, deverá ser solicitado a realização da sua família, para a posterior comparação e interpretação. É proposto à criança a apresentação das personagens desenhadas, qual o seu papel na família, o nome, sexo e idade de cada personagem, bem como a sua relação com cada um deles (de quem gosta mais, menos, o mais alegre, o mais triste, o mais ou menos feliz, entre outras) são algumas das questões colocadas pelo adulto, objetivando entender o significado dos desenhos realizados (Corman, 2008).

Embora não exista um modo padronizado para a interpretação do TDF, encontra-se alguma concordância entre autores sobre as hipóteses interpretativas.

O autor baseia-se em quatro níveis de análise de interpretação no desenho da família: o nível gráfico (tem em conta a amplitude, a força e o ritmo do traço, a localização da página e o movimento do traçado); o nível das estruturas formais (a representação da figura humana representa o esquema corporal do sujeito, a sua maturidade influenciada pelos aspetos emocionais e cognitivos e a presença de perturbações); o nível de conteúdo (aspetos projetivos

do desenho onde as defesas operam de forma ativa e as identificações regem-se pelo princípio do prazer); e a interpretação psicanalítica (Corman, 2003, 2008).

Outro autor, Font (1978), apresenta uma análise de interpretação do desenho da família mais detalhada, com interesse nos aspetos gerais do desenho (tamanho, colocação, sombreado, borrões, distância entre as personagens); na valorização e desvalorização das personagens (o primeiro e o último elemento a ser desenhado, a sua posição na dinâmica familiar, a supressão de algum elemento da família, a distância ou a proximidade das personagens, a adição de outros elementos) e nos componentes hierárquicos (bloco parental, hierarquia dos irmãos, hierarquia familiar, destrismo e surdez).

Teste da barragem de sinais de H. Toulouse-Piéron.

Em 1904, Toulouse e Piéron propuseram a aplicação de um teste de barragem de sinais para avaliar a atenção e concentração, velocidade e exatidão, bem como a resistência à fadiga. Este teste, também denominado de teste de atenção visual externa ou simplesmente Teste de Toulouse-Piéron (TP), surge no início do século XX (Amaral, 1967).

Segundo Piéron (1955) este teste foi originalmente construído como sendo um quadro com 188 milímetros de largura por 188 de comprimento, com 40 colunas de quarenta figuras, onde cada figura mediria 1,25 milímetros de cada lado e um traço com 1,25 milímetros na parte externa da mesma, que tomaria a posição de uma das oito direções da rosa-dos-ventos (Piéron, 1955).

Atualmente, encontra-se impresso numa folha de papel, cuja superfície de impressão, de cor preta, mede 19,5 cm por 19,5 cm. É constituído por quarenta linhas e quarenta pequenos quadrados por linha, onde cada quadrado mede 1,25 milímetros de lado, com uma pequeno traço na parte exterior, também de 1,25 milímetros. O TP é, possivelmente, um dos testes mais utilizados na avaliação psicológica e neuropsicológica. A sua realização não exige qualificações específicas, apenas as capacidades de atenção voluntária e dirigida. Permite ainda

a possibilidade de se observar o comportamento e respetivo desempenho nas tarefas de esforço mental (Alchieri et al. 2002).

Através de uma amostra de 3122 sujeitos com idade superior a 10 anos, J. Rodrigues do Amaral aferiu este instrumento para a população portuguesa (Amaral, 1967). O seu estudo permitiu obter resultados com excelente discriminação e estabelecer uma desvalorização diferente dos erros e das lacunas (Amaral, 1967). Numa análise de natureza clínica, possibilita estabelecer curvas de eficiência a partir dos períodos de tempo. Os resultados podem ser apresentados sob a forma de percentil.

Diversos estudos têm sido realizados com a aplicação do TP. Costa (2007) e Santos (2005) utilizaram este teste como um dos fatores de eficácia no processamento da informação; num outro estudo, os mesmos autores, investigaram o efeito da prática ou não prática da atividade desportiva na atenção e velocidade percetiva numa população idosa (Baeta & Silvestre, 2005), utilizando este mesmo teste como medida indicativa de alterações do lobo frontal, parte cerebral implicada nos mecanismos atencionais.

Como possíveis limitações, poder-se-á considerar uma prova psicológica pouco atrativa, sendo monótona, exigindo atenção e rapidez de processamento; os participantes portadores de déficits visuais não a poderão realizar, por ser uma condição *sine qua none* para a sua realização, possuir boas condições visuais (Amaral, 1967).

Caracterização da prova - Segundo Amaral (1967), o TP avalia a capacidade de concentração do sujeito (atenção voluntária permanente) e o seu poder de realização, obtendo-se assim o índice de dispersão e o rendimento laboral do sujeito. É aplicada individualmente ou em grupo. Tem duas formas para ser aplicado: com três símbolos, para crianças com 10 anos e adultos e com apenas dois símbolos, para crianças com menos de 10 anos. Tem uma duração de 10 minutos devendo ser cronometrado, marcado na prova e posteriormente cotado, de minuto a minuto.

Os símbolos (quadrados) distinguem-se uns dos outros pela orientação dos traços na superfície externa: em cada símbolo, o traço orienta-se em oito direções possíveis. É pretendido que o sujeito identifique cada um dos símbolos que lhe são indicados no topo da folha, cortando-o na prova, o mais rapidamente possível. Qualquer engano não será obstáculo para a sua continuidade, devendo apenas circular o símbolo considerado engano. Deve realizar esta prova da esquerda para a direita e de cima para baixo, como se estivesse a ler um texto. A identificação dos símbolos no decorrer da linha deve ser feita em simultâneo e não um símbolo de cada vez. Inicialmente é facultado um momento de prática onde o sujeito sinaliza os símbolos na primeira ou na última linha para que possa entender a prova a realizar (Amaral, 1967).

A pontuação direta obtém-se pela cotação dos símbolos corretamente marcados (A), as omissões (O) e os erros (E) por cada minuto. Para o total de 10 minutos, somam-se os acertos, os erros e as omissões, para cada minuto. Com base nestes dados calcula-se o índice de dispersão (ID) ou seja a capacidade de concentração (refere-se às distrações) em que, pela norma geral de interpretação quantitativa, o número de faltas (omissões + erros), não deverá ultrapassar os 10% dos acertos. Os critérios de classificação segundo as percentagens, são os seguintes: 5 % de erros e omissões - *Muito concentrado*; de 5% a 10% de erros e omissões – *Concentrado*; de 10% a 15% de erros e omissões – *Disperso*; mais de 20% de erros e omissões- *Dispersíssimo* (Amaral, 1967).

Na análise quantitativa, o número de erros não deverá ultrapassar dois quintos do número de omissões, caso contrário os resultados devem ser analisados qualitativamente. O rendimento de trabalho (RT), ou seja a resistência à fadiga, é avaliada através da curva do trabalho, realizado minuto a minuto. Ao valor dos acertos são subtraídos o valor da soma dos omitidos e dos errados ($A - (O+E)$). Os critérios de classificação segundo os valores obtidos

para RT são os seguintes: mais de 200 pontos, Muito Bom; entre 141 a 200 – Bom; entre 101 a 140 – Normal; entre 81 a 100 – Lento; menos de 80 – Muito lento (Amaral, 1967).

A base quantitativa da prova é constituída por três variáveis: o índice de dispersão ou poder de realização, a capacidade de concentração e o rendimento de trabalho ou resistência à fadiga. Se o sujeito não corresponder positivamente a estes três requisitos, dever-se-á fazer uma análise qualitativa (Amaral, 1967).

Superando 20% do número de omissões, ou se o sujeito apresentar mais erros do que omissões, poder-se-á considerar que se está perante um caso de debilidade mental, ou fraco grau de inteligência. No entanto, se o número total dos acertos não for superior a 80 %, poderá representar uma inibição do foro psíquico. Contudo, se o sujeito for inteligente, mas pouco concentrado, poderá representar irregularidade afetiva e assume-se como podendo ser passageiro (Amaral, 1967).

Questionário de Autoavaliação para Jovens YSR (11 – 18).

O questionário de autoavaliação para jovens, Yourth Self Report (YSR) de Achnebach (1991, 1994, 2001), que deriva do *Child Behavior Check List* (CBCL), tem numa versão adaptada e traduzida para português pelos autores Fonseca e Monteiro (1999).

O YSR é um questionário autoaplicável, permitindo obter informações sobre os problemas específicos de comportamento em jovens dos 11 aos 18 anos, nos últimos 6 meses. Este questionário foi elaborado de forma a obter a perceção do jovem de si mesmo e sobre as suas competências ou dificuldades individuais ou grupais (Achenbach & Rescorla, 2001).

O instrumento subdivide-se em duas partes: uma escala de Likert com 3 pontos de resposta variando de 0 a 2 (0 - não é verdadeira; 1 - às vezes verdadeira; 2 - muitas vezes verdadeira), num total de 112 itens, que permitem avaliar problemas de comportamento e comportamentos socialmente desejáveis e 7 itens relacionados com competências, atividades e interesses sociais do sujeito (Soares, 2000). Permite avaliar duas grandes dimensões no

comportamento na adolescência: os problemas de internalização e os de externalização, considerados como síndromes de ordem superior (Achenbach & Rescorla, 2001).

Problemas somáticos, depressão, ansiedade, e comportamentos de fuga incluem-se nos problemas de internalização. Comportamentos agressivos e delinquentes incluem-se nos problemas de externalização. Este modelo dicotômico (internalização/externalização) permite avaliar o desenvolvimento normal da personalidade e o desenvolvimento patológico (Campos, Besser, Morgado, & Blatt, 2013).

Fonseca & Monteiro (1999) identificam os comportamentos problemáticos, agrupados em oito categorias, como sendo isolamento social, queixas somáticas, ansiedade, depressão, problemas sociais, problemas de atenção e de pensamento, comportamentos agressivos e delinquentes.

Para estes autores, o isolamento social está associado à evitação na relação entre pares ou mal-estar interpessoal e energia reduzida - dar-se melhor com crianças mais novas, preferir estar só, recusar-se a falar, ser reservado, tímido ou envergonhado, desmotivado, triste e isolado (Fonseca & Monteiro, 1999)

As queixas somáticas estão associadas à tendência para a somatização: e.g. pesadelos; problemas digestivos; tonturas; cansaço; dores, náuseas; problemas de visão e pele; dores de estômago e vômitos (Fonseca & Monteiro, 1999).

A ansiedade e depressão estão associadas a diagnósticos de perturbações de ansiedade e depressivas: e.g. carência, falta de valor, choro, medo generalizado, considerar-se perfeccionista, nervoso, apreensivo, preocupado ou pensamentos de suicídio (Fonseca & Monteiro, 1999).

Os problemas sociais potenciam diversas perturbações como a ansiedade, a depressão, a hiperatividade ou outros, levando à dependência, isolamento, mau relacionamento com outros

adolescentes (problemático, ridicularizado e baixo auto-conceito, preferência por pessoas mais novas) ou problemas de linguagem (Fonseca & Monteiro, 1999).

Problemas de pensamento estão associados a perturbações psicóticas e obsessivo-compulsivas: e.g. magoar-se deliberadamente e beliscar-se, ouvir coisas e ver coisas que não existem, dificilmente se esquecer de situações, ter comportamentos e ideias estranhas, sonambulismo e insónias (Fonseca & Monteiro, 1999).

Problemas de atenção são frequentemente associados a crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: e.g. desatento, impulsivo com dificuldade em seguir regras, não acaba o que começa, confuso, ausente, com fraco desempenho escolar, distraído (Fonseca & Monteiro, 1999).

Comportamento agressivo, quando o comportamento é de desafio aberto: e.g. discussões permanentes levando à agressão em casa, na escola, com terceiros, flutuações de humor, desconfiado e provocador, comportamento explosivo (Fonseca & Monteiro, 1999).

Comportamento delinvente, quando o comportamento é de desafio fechado: e.g. consumo de bebidas alcoólicas, não se sentir culpado, incumprir as regras e mentir, roubar e fugir de casa, consumir drogas e praticar vandalismo (Fonseca & Monteiro, 1999).

Empiricamente, estes autores admitem que as categorias ‘ansiedade e depressão’, ‘isolamento social’ e ‘queixas somáticas’ estão associadas a problemas de internalização (problemáticas centradas na própria criança, conflitos com o *self*), enquanto o ‘comportamento delinvente’ e o ‘comportamento agressivo’ estão associados a problemas de externalização, ou seja problemáticas maioritariamente centradas na relação com os outros e com o ambiente (Fonseca & Monteiro, 1999).

Soares (2000) refere que o YSR tem validade empírica comprovada por diversos estudos onde os valores da sua consistência interna se apresenta satisfatória, variando entre

0.70 e 0.80. As correlações, entre as subescalas portuguesas e americanas apresentam-se elevadas, variando entre 0.65 a 1.00.

Na avaliação do YSR original, os Alphas de Cronbach variaram entre 0,71 e 0,89 (Achenbach, 1991)

Na adaptação do questionário para versão portuguesa, a consistência interna foi considerada satisfatória, com alfas variando entre 0,70 e 0,80 (Fonseca & Monteiro, 1999).

Para os autores, Achenbach & Rescorla, (2001), estudos multivariados foram consistentes na identificação das dimensões do comportamento infantil: internalização e externalização. A externalização (comportamento agressivo e violação de regras de comportamento), a internalização (comportamento ansioso, depressivo e queixas somáticas, atenção a problemas, problemas de pensamento e problemas sociais) encontram-se verificadas pela análise fatorial confirmatória (Achenbach & Rescorla, 2001).

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças.

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), é um instrumento clínico de administração individual, que permite avaliar o funcionamento intelectual em determinados domínios, como as dificuldades de aprendizagem, a deficiência mental, a inteligência superior, a hiperatividade com défice de atenção, em crianças com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses, (Wechsler, 2003).

Esta prova surgiu em 1991, proveniente dum trabalho de equipa de investigadores e consultores coordenados pelo Dr. Aurélio Prifitera, cuja experiência prévia, adquirida em parceria com o autor David Wechsler, assegurou as características da avaliação da inteligência desta escala (Wechsler, 2003). Historicamente, foi em 1939, que David Wechsler publicou a sua primeira escala de inteligência, a W-B (Wechsler-Bellevue), aplicável a adultos e constituída por dois tipos de provas: verbais e de realização. Uma segunda versão da W-B, surge durante a segunda guerra mundial, com utilização exclusiva das forças armadas

americanas. Esta versão é vista como sucessora da WISC por ter facultado a maior parte dos sub-testes e itens que a constituem. As escalas posteriormente publicadas, basearam-se nestas edições (Wechsler, 2003).

Em 1974 deu-se a primeira revisão de atualização desta prova, dando origem à WISC-R e a sua revisão atual (WISC-III) em 1991. O autor também elaborou outras escalas, destinadas a crianças em idade pré-escolar, como a WPPSI em 1967 revista em 1989, a WPPSI-R (Wechsler, 2003).

Após autorização da Psychological Corporation, a adaptação da WISC-III à população portuguesa iniciou-se em 1999 pelo departamento de investigação e publicações psicológicas da CEGOC, com a colaboração de crianças e jovens e de instituições educativas. Incluiu as escalas de inteligência de Wechsler para a idade pré-escolar e primária - WPPSI-R (Wechsler, 2003). Atualmente Portugal dispõe de duas escalas de inteligência de Wechsler que permite avaliar sujeitos com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos e 11 meses, (Wechsler, 2003), sendo uma escala muito utilizada pelos profissionais portugueses na avaliação das capacidades cognitivas (Matoso, 2014).

Característica da prova - A escala WISC-III, com uma duração de aplicação estimada em 90 minutos, encontra-se organizada por 13 subtestes, respetivamente: complemento de gravuras, informação, código, semelhanças, disposição de gravuras, aritmética, cubos, vocabulário, composição de objetos, compreensão, pesquisa de símbolos, memória de dígitos e labirintos; os dois últimos subtestes são opcionais. O subteste código pode ser substituído pela pesquisa de símbolos (Wechsler, 2003).

Os subtestes da WISC-III dividem-se em dois grandes grupos: verbais e de realização. O grupo do subtestes verbais inclui os de informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão e memória de dígitos. O grupo dos subtestes de realização, que avaliam as

capacidades preceptivo-motoras, inclui o completamento de gravuras, disposição de gravuras, código, cubos, composição de objetos, pesquisa de símbolos e labirintos (Wechsler, 2003).

Matoso (2014), constata que os valores obtidos em cada subteste possibilitam o cálculo de determinados quocientes de inteligência tais como a escala completa, a inteligência verbal e de realização bem como os índices de compreensão verbal (obtidos através dos subtestes de informação, semelhanças, vocabulário e compreensão), a organização perceptiva (obtido através dos subtestes completamento de gravuras, disposição de gravuras, cubos e composição de objetos), a velocidade de processamento (com base nos subtestes do código e da pesquisa de símbolos) e um índice adicional, a distratibilidade, com base nos subtestes Aritmética e Memória de Dígitos.

Os valores obtidos em cada subteste são resultados brutos que se convertem em resultados padronizados, disponíveis em tabelas específicas para o efeito no manual da WISC-III, para posteriormente serem convertidos no quociente de inteligência – QI (Wechsler, 2003).

A variável QI permite determinar e classificar défices intelectuais bem como complementar diagnósticos de determinadas perturbações do desenvolvimento (e.g.: autismo, perturbação do défice de atenção e hiperatividade ou as perturbações da leitura e da escrita; Matoso, 2014).

A WSC-III é aplicável em diferentes domínios, nomeadamente em avaliações psicopedagógicas, na identificação de necessidades educativas especiais (dificuldades de aprendizagem, atraso no desenvolvimento, sobredotação), em avaliação clínica e neuropsicológica e em investigação. Este instrumento pode ser utilizado enquanto *Reteste* na eventual necessidade de uma segunda avaliação do mesmo sujeito (Wechsler, 2003).

Zimmerman (1977) considera as Escalas de Wechsler um instrumento bem elaborado e tipificado com uma maior fidedignidade e validade demonstradas, entre as técnicas de avaliação da inteligência. Apresenta resultados padronizados cujos indicadores se encontram

correlacionados com maior fiabilidade. A sua consistência interna é excelente. Os valores médios obtidos para os vários subtestes, escalas e índices variam entre 0.62 e 0.93 (Wechsler, 2003).

Num estudo realizado em diferentes estados do Brasil, com o objetivo de estabelecer os índices de fidedignidade do WISC-III pela concordância entre avaliadores, utilizaram-se os métodos de consistência interna, estabilidade temporal e erro padrão de medida (estimando a variância de erro) e técnicas de análise relacionadas ao próprio teste, concluindo-se que, independentemente do método utilizado, todos os coeficientes se mostraram satisfatórios, pelo que foi considerado um instrumento confiável para estimar a inteligência de crianças e de adolescentes (Araujo & Figueiredo, 2013).

Contudo, a boa aplicação deste instrumento prende-se com a formação e prática de quem a utiliza, de modo a que se evitem alguns erros de cotação mais comuns que se relacionam com o cálculo de resultados padronizados e.g. incorreta utilização das tabelas de conversão e erro de cálculo dos valores brutos (Wechsler, 2003).

Teste de Aperceção Infantil – CAT-A/H.

A utilização de técnicas projetivas, nos mais variados contextos, tem por objetivo compreender os aspetos da personalidade que se encontram encobertos, latentes ou inconscientes, através da análise interpretativa do sujeito, proveniente das suas experiências passadas, permitindo assim refletir o funcionamento psicológico. Neste contexto, o Teste de Aperceção Temática Infantil (CAT-A/H) inclui-se nos instrumentos projetivos, na categoria dos testes temáticos (Silva & Villemor-Amaral, 2006).

O teste projetivo, CAT, descendente do Teste de Aperceção Temática – TAT de Henry Murray, foi desenvolvido por Leopold Bellak e Sonya Sorel Bellak em 1949, baseado no modelo teórico psicanalítico (Bellak & Hurvich, 1965).

A sua criação prendeu-se ao facto dos autores constatarem ser mais fácil para crianças se identificarem com animais do que com pessoas (Bellak & Bellak, 1991). Para estes autores, os animais têm um importante papel nas fantasias e nas angústias infantis (Bellak & Hurvich, 1965).

Os estímulos são apresentados em pranchas, na forma de figuras de animais, a crianças dos três aos 10 anos (CAT-A, Bellack e Bellack, 1949/1991) ou na forma de figuras humanas, a jovens (CAT-H, Bellack e Hurvich, 1965; Bellack e Bellack, 1981).

O Teste Aperceção Infantil CAT-A (figuras de animais) permite avaliar as situações de conflito relacionadas com o ambiente escolar e com o grupo de pares (Bellack, 1966).

Este teste projetivo (CAT) permite assim estudar a dinâmica das relações interpessoais com o ambiente, os conflitos, os desejos, a força e natureza das tendências e impulsos, os mecanismos de defesa, através da fantasia e dinâmica da sua personalidade, pelo que o relato da história efetuado pela criança/ jovem deve de ser transcrito tal e qual como contado, para posterior análise e interpretação (Anzieu, 1981 citado por Silva & Villemor-Amaral, 2006).

A interpretação da história, contada e registada, aos estímulos apresentados com cenas de animais em situações humanas, nas diferentes dez pranchas, possibilita compreender o mundo externo da criança, onde vive, e avaliar o seu mundo interno, ou seja, a sua estrutura afetiva e a forma de resolução das problemáticas (Bellak & Hurvich, 1965).

Bellak e Bellak (1949/1991) identificam no seu manual técnico as principais categorias que permitem analisar as interpretações feitas pela criança a cada história apresentada nas pranchas: O tema principal da história; Herói principal; As principais necessidades e impulsos do herói; Conceção do ambiente; Figuras vistas como...; Os conflitos significativos; A natureza das ansiedades; As principais defesas; Adequação do superego e a integração do ego.

É possível a utilização deste instrumento por diferentes culturas, contudo carece da necessária identificação de temas e histórias próprias dessas populações para estabelecer parâmetros interpretativos apropriados (Alves, 2006).

Numa pesquisa realizada por Villemor-Amaral & Xavier (2007) procurando identificar o grau de concordância e confiabilidade na precisão da interpretação dos diversos indicadores do CAT-A, direcionada para a maioria dos indicadores de relação materna, foram comprovados resultados satisfatórios, pelos juízes independentes com experiência comprovada no atendimento psicológico, em psicodiagnóstico e psicoterapia, com conhecimentos práticos e teóricos na teoria psicanalítica em mais de 10 anos.

Vários estudos encaminham para a necessidade da criação de escalas e sistemas de classificação de respostas para que aumente a credibilidade da utilização do CAT, dado que a interpretação analítica depende da formação e do grau de compreensão do profissional (Villemor-Amaral & Xavier, 2007; Silva & Villemor-Amaral, 2006).

Escala de Conners para Pais/Professores.

A escala de Conners é um dos instrumentos mais usados na avaliação da criança entre os 3 e os 17 anos, para o diagnóstico clínico da PHDA. Também designadas por questionários, são consideradas métodos indiretos de avaliação, contendo descrições identificadoras do comportamento da criança e facilitadoras na fase da avaliação, possibilitando a identificação provisória de problemas relacionados com a PHDA, atenção, socialização e comportamentos de oposição (Simões, 1998).

Diversos estudos têm vindo a constatar a aplicabilidade desta escala na identificação de PHDA. Segundo Lopes (2009) foram realizados vários estudos que permitiram mostrar a coerência nos itens que agrupam as diferentes dimensões - hiperatividade, déficit de atenção e problemas de comportamento. Também em Espanha, entre 2004 e 2007, outros estudos realizados com esta escala apresentaram entre 7% a 8% de crianças com PHDA, em idade

escolar (Castellanos, 2008, cit. Lopes 2009). Na Venezuela, num estudo realizado com alunos entre os 6 e 12 anos, identificaram 7,19 % de casos de PHDA (Montiel-Nava, 2002 cit. Lopes, 2009).

De aplicação rápida, simples e económica, requer pequenas instruções a serem dadas pelo profissional, quer na sua leitura, quer na sua interpretação. Podem ser aplicadas numa fase de diagnóstico e na formulação de hipótese, bem como na implementação de um programa (antes, durante e depois), permitindo acompanhar a sua evolução (Simões, 1998).

A escala de Conners é uma escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, para pais e professores, (Conners Parent Rating Scales Revised e Conners Teacher Rating Scales Revised) em duas versões: completa e reduzida, diferenciando-se na quantidade de itens apresentados. A versão completa desta escala para pais (80 itens) avalia as dimensões de oposição, hiperatividade, ansiedade /timidez, perfeccionismo, problemas cognitivos/desatenção, problemas sociais, problemas psicossomáticos, índice global de Conners, subescalas de sintomas do DSM-5 e índice PHDA. A escala de professores, na versão completa (59 itens), avalia as mesmas dimensões da escala de pais, excepto a psicossomática. A versão reduzida das escalas para pais (27 itens) e professores (28 itens) avaliam as dimensões de oposição, problemas cognitivos/desatenção, hiperatividade e índice PHDA, respeitante às características específicas da PHDA. A participação e comportamento em sala de aula perante os professores e colegas também é avaliada (Lopes, 2009).

Garcia (2001) e Simões (1998) consideram existir algumas limitações na aplicação do instrumento tais como as diferentes respostas de pais e professores na avaliação do comportamento da criança em ambientes diversificados, podendo facultar informações antagónicas sobre as suas características. O possível enviesamento das respostas pode influenciar uma inadequada medicação na criança, perspetivando controlar o comportamento

desadequado e socialmente indesejado, pelo que o resultado deste questionário não deve ser considerado definitivo mas ser conjugado com outros métodos de avaliação.

Simões (1998) constata limitações na fiabilidade deste instrumento, relacionadas com a sua estabilidade interna. Baseia-se nos resultados aferidos no Teste-Reteste em investigações realizadas com a aplicação desta escala em momentos temporais diferentes que permitiram constatar o enviesamento das respostas dadas, por ocultação de problemas de comportamento, alertando assim, para que o intervalo de tempo na aplicação das escalas seja reduzido, permitindo aumentar a sua fiabilidade.

Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar.

A BAPAE, bateria de aptidões para a aprendizagem escolar, foi desenvolvida pela autora M^a Vitoria de la Cruz (1982/85) e adaptada à população portuguesa em 1993 pelo departamento de investigação e publicações psicológicas da CEGOC-TEA. É composta pelo manual, cadernos de itens e grelha para cotação (Cruz, 1996).

Esta prova permite o diagnóstico de dificuldades individuais da criança avaliando um conjunto de aptidões básicas, necessárias à aprendizagem escolar como a compreensão verbal, a aptidão numérica e a aptidão percetivo-visual (Cruz, 1996).

A população alvo reporta-se a crianças entre os seis e os oito anos e superior, do 1^o e 2^o ano do 1^o ciclo do Ensino Básico. Pode ser aplicada individualmente ou em grupo com uma duração máxima de 60 minutos (Cruz, 1996).

Os resultados obtidos não são inalteráveis, pois as aptidões avaliadas são suscetíveis de evolução e dependem do nível de desenvolvimento da criança, permitindo adequar a programação e as tarefas escolares das crianças com quem o profissional/professor trabalha (Cruz, 1996).

Esta prova é composta por cinco subtestes: compreensão verbal; relações espaciais; conceitos quantitativos; constância da forma e orientação espacial. A aptidão percetiva é obtida

pela junção dos subtestes relações espaciais, conceitos quantitativos e orientação espacial (Cruz, 1996).

O caderno de itens apresenta diversos desenhos, que deverão ser identificados pela criança, conforme instruções que serão dadas pelo profissional. Cruz (1996) ressalva a necessidade do conhecimento e prática sobre conteúdo da prova, instruções da aplicação e material a utilizar.

A prova é cotada com apoio das grelhas de respostas que se encontram no material técnico. A pontuação dos subtestes, compreensão verbal, relações espaciais e conceitos quantitativos, corresponde ao número de respostas corretas (Cruz, 1996).

O resultado da aptidão perceptiva, obtida pelos subtestes aptidão numérica, relações espaciais e orientação espacial, deverá ser analisada conjuntamente. As pontuações máximas dos subtestes são de 20 pontos cada (compreensão verbal, conceitos quantitativos, constância da forma, orientação espacial) e 10 pontos para as relações espaciais, totalizando 90 pontos (Cruz, 1996).

Através da pontuação direta é obtido o percentil e o eneatipo, nas tabelas de normas para o nível etário (6 aos 8 anos e superior), bem como para o nível escolar (Cruz, 1996).

Grelha de Observação da Linguagem – Nível Escolar.

A GOL-E, grelha de observação da linguagem, é um instrumento de avaliação da linguagem oral e escrita que permite, de uma forma relativamente rápida, rastrear possíveis perturbações do desenvolvimento da linguagem oral, em crianças entre os 5 anos e sete meses aos 10 anos em idade, para detetar existência de problemas que possam intervir na aprendizagem e conduzir ao insucesso escolar (Kay & Santos, 2014).

A primeira edição, versão portuguesa, surge em 2003 e foi realizada pelas autoras Eileen Sua Kay e Maria Emília Santos. Esta edição abrangia apenas crianças de região de Lisboa e Santarém. Surge uma 2ª edição revista, devido ao interesse demonstrado na sua

utilização, com uma população mais representativa ou seja, com 746 crianças entre os 5 anos e sete meses e os 10 anos de idade, de diversos concelhos de Portugal continental (Kay & Santos, 2014).

O instrumento apresenta uma consistência interna $\alpha = 0.85$, idêntica ao da primeira versão e uma fiabilidade com correlações muito altas nas três estruturas (semântica $r=1.00$, $p=0.01$; Morfossintaxe $r=0.97$, $p=0,01$; Fonologia $t=1.00$, $p=0,01$), podendo-se considerar uma medida fiável para avaliar o desenvolvimento da linguagem relativamente às estruturas implicadas (Kay & Santos, 2014).

As três estruturas linguísticas abrangidas são: semântica (definição de palavras; nomeação de classes; opostos); morfossintaxe (reconhecimento de frases agramaticais; coordenação e subordinação de frases; ordem de palavras na frase; derivação de palavras); fonologia (discriminação de pares de palavras; discriminação de pseudo-palavras; identificação de palavras que rimam; segmentação silábica). A pontuação total da prova inclui pontuações parciais para cada uma das 3 estruturas, obtendo-se no final um correspondente valor de percentil, (Kay & Santos, 2014).

Na estrutura semântica o subteste *definição de palavras* pode ter uma cotação entre 0 e 2, a *nomeação de classes e os opostos*, uma cotação de 0 ou 1. O total máximo para esta estrutura é de 40 pontos (Kay & Santos, 2014).

Na estrutura morfossintática o subteste *reconhecimento de frases gramaticais* pode ter uma cotação entre 0 e 2, a *coordenação e subordinação de frases, ordem de palavras de frases e derivação de palavras*, uma cotação de 0 ou 1. O total máximo para esta estrutura é de 50 pontos (Kay & Santos, 2014).

Na estrutura fonológica, os subtestes *discriminação de pares de palavras, discriminação de pseudo-palavras, identificação de palavras que rimam e segmentação*

silábica, podem ter uma cotação entre 0 e 1 com um total máximo de 10 pontos em cada subteste. O total máximo para esta estrutura é de 40 pontos (Kay & Santos, 2014).

Os resultados finais poderão ser apresentados por meio de pontuação média (média e desvio-padrão) e amplitude de respostas e também em valor percentílico (de P5 a P90), de acordo com a faixa etária (Kay & Santos, 2014).

A sua aplicação é individual, realizada em ambiente calmo, sem elementos stressores ou distratores, com uma duração de 30 minutos (Kay & Santos, 2014).

Saúde Mental e Intervenção Psicológica

Considerada a saúde como um direito fundamental de qualquer sujeito, a mesma torna-se essencial ao crescimento e desenvolvimento económico de uma sociedade. Uma saúde mental equilibrada, mesmo em tempos de crise, possibilita com maior sucesso, a rápida recuperação económica (OMS, 2011).

Influenciada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais, a saúde mental torna-se fundamental para o bem-estar do ser humano (OMS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde define a saúde mental como *“um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”* (OMS, 1948, 2013).

A saúde mental poderá ser influenciada ou ameaçada por três tipos de fatores a considerar: o fator individual - correlacionado com a autoestima, a capacidade de comunicação, a maturidade cognitiva e emocional e a utilização de medicamentos ou substâncias químicas; o fator social - realçado por violência e abusos, nível socioeconómico, nível de escolaridade e situação escolar e profissional, suporte familiar e tipo de intervenção familiar e estilo parental, rede social, satisfação com a vida; e o fator ambiental - relacionado com a igualdade social e

de género, com o nível de integração, segurança física e material, sentimento de justiça social, integração e serviços básicos e essenciais (OMS, 2011).

De acordo com o relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019), a OMS estima existirem 25% de sujeitos com, pelo menos, uma doença mental, neurológica ou comportamental, por vezes sem diagnóstico realizado e tratamento adequado. A consequente mortalidade por suicídio estima-se em cerca de 900.000 pessoas por ano, em todo o mundo.

Segundo Wahlbeck & McDaid (2012) cerca de 20% das crianças e adolescentes, de todo o mundo, sofrem de uma doença mental, podendo esta surgir antes dos 14 anos de idade. Portugal encontra-se no segundo lugar, entre os países europeus, onde as perturbações psiquiátricas apresentam uma prevalência de 22.9%, com a depressão a afetar 10% dos portugueses.

Em 2015, a mortalidade em Portugal por suicídio, consequente de doença mental, estimou-se em 10,9 óbitos por 100.000 habitantes. No estudo de prevalência de depressão realizado em Portugal (2014), de acordo com o nível de escolaridade e respetivo rendimento, a depressão apresentava-se concentrada nas pessoas mais pobres e com menor escolaridade, prevalecendo quanto mais baixo o estatuto socioeconómico (CNS, 2019).

Em outro estudo sobre saúde mental e vitalidade em Portugal, realizado pelos autores Barros, Matias & Moura (2015) citado em CNS (2019), constataram bom nível de saúde mental e vitalidade numa pontuação superior a 50/100 para a população em geral. Contudo, essa pontuação variou ligeiramente para a população desempregada; também os indivíduos mais jovens com um nível de escolaridade mais elevado, reportavam pior saúde mental podendo este facto ser explicado por elevadas expectativas, não satisfeitas, face ao mercado de trabalho nestas camadas mais jovens.

Segundo o parecer da OPP (2018), um em cada cinco crianças/adolescentes portuguesas apresentam perturbações mentais, problemas de comportamento e problemas sociais, cuja

persistência se constitui num dos principais preditores dos problemas da saúde mental na idade adulta com consequências individuais, familiares e sociais significativas, com impacto económico incomensurável. No desempenho escolar, estas problemáticas apresentam grande impacto com uma diminuição do potencial intelectual e emocional do aluno, levando a um desempenho académico inferior bem como os problemas disciplinares (e.g. bullying na escola), absentismo, retenção e abandono escolar.

Segundo a OMS (2011), existem determinados sinais no desenvolvimento da criança/adolescente, que devem ser tidos como alerta e objeto de análise enquanto possíveis sintomas.

Na primeira infância, consideram-se como alerta, a díade mãe-bebé dificultada, o desinteresse por estímulos exteriores e dificuldades de autorregulação, a relação inexistente com o outro e a incapacidade na interação, a perturbação alimentar grave proveniente de razão orgânica não aparente e insónia grave (OMS, 2011).

Na idade escolar, os sinais a ter em conta são: birras sem causa aparente e desadequadas, a ansiedade e/ou agressividade, pesadelos frequentes e dificuldade em adormecer, isolamento social ou interação desadequada com pares, hiperatividade, aprendizagem comprometida com défice cognitivo, medos excessivos, violência, rejeição escolar, somatizações múltiplas e frequentes comportamentos de oposição (OMS, 2011).

Para a adolescência, os sintomas de alarme são: pensamento e percepção alterados, ansiedade generalizada, humor depressivo, alteração ou repetição de comportamentos antissociais, purgativos, autoagressivos, fugas, bem como comportamentos impulsivos (e.g. sexuais e de agressão), idealização e tentativa suicida, insónia persistente, dificuldade em lidar com problemáticas e atividades do dia-a-dia, isolamento social, restrição alimentar e preocupação com o peso sem razão aparente, sintomatologia obsessivo-compulsiva e somatizações múltiplas/persistentes (OMS, 2011).

Segundo a literatura, têm sido realizados diversos estudos, perspetivando compreender as causas associadas aos problemas emocionais e comportamentais na infância/adolescência (Leusin et al., 2018).

Neste sentido, Leusin et al. (2018), destacam a importância da família direta na interação da criança, cuja qualidade de vida pode-se tornar num fator de risco ou de proteção no seu desenvolvimento.

Consideram-se fatores de proteção, as interações familiares favoráveis que permitam um desenvolvimento saudável da criança, independentemente das suas características individuais, (e.g., personalidade, habilidades cognitivas, temperamento). Quando a criança vivencia situações negativas e/ou de tensão e fatores de risco, com exposição a situações com impacto negativo (e.g. agressões, conflitos familiares, abuso de substâncias entre outros), isso pode contribuir para a ocorrência de problemas comportamentais e emocionais na infância (Leusin et al., 2018).

Os autores Souza, Baptista, & Alves (2008) e Rohenkohl & Castro (2012) citado em CNS (2019) consideram que o suporte e coesão familiar positiva, nas dificuldades que as crianças enfrentam na sociedade bem como na aceitação de si mesmas, influencia o bem-estar psicossocial familiar permitindo desenvolver habilidades sociais e emocionais nas crianças. Referem que a coesão familiar é desenvolvida pelo sentimento de pertença na família onde o diálogo, a relação conjugal integrada e a liderança devem ser compartilhados de forma não coerciva permitindo relacionamentos mais funcionais, diminuindo conflitos ou outro tipo de problemas relacionais.

A influência dos pais nos comportamentos das crianças (e.g. papel dos pais, estilos de vida, conflitos familiares, depressão na mãe) tem sido objeto de estudos desses fatores predisponentes na perturbação do comportamento da criança. A evidência científica sugere existir elevada interdependência entre as perturbações de comportamento das crianças e

perturbações mentais dos pais, saúde mental comprometida da mãe, depressão, conflito parental, crenças irracionais familiares, interação familiar diminuída, causada por problemas sociocultural e respetivos estilos de parentalidade (CNS, 2019).

Considerando que os ambientes familiares têm grande influência nas perturbações de saúde mental em crianças/adolescentes, Perelman et al. (2018) citado em CNS (2019) considera-os fatores predominantes para o aparecimento de perturbações de comportamento proveniente da reação/resposta à negativa envolvência familiar. Neste sentido, a realização de intervenções que visem o apoio à família (e.g. terapia familiar) e à criança/jovem (intervenção psicológica) é imprescindível, melhorando assim, as capacidades parentais e a prevenção da saúde mental da criança.

A intervenção e o acompanhamento psicológico, que se inclui em contexto escolar, poderá sustentar-se em diferentes modelos, técnicas e abordagens, que, desde o final da década de 1950 até aos dias de hoje, procuram apoiar alunos no processo de desenvolvimento da sua identidade pessoal e do seu projeto de vida.

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Carls Rogers (1902-1987), psicólogo clínico e psicoterapeuta norte-americano, vem ao encontro do apoio e acompanhamento psicológico. Trata-se de um método psicoterapêutico, inicialmente conhecida como terapia não-diretiva e que se enquadra numa visão holística de abordagem humanista. Considera o sujeito como um todo e possuidor de um impulso nato que o leva a desenvolver as suas potencialidades, no processo de desenvolvimento da personalidade ao longo da vida; acredita na sua capacidade de autorrealização, responsabilidade e liberdade na escolha do seu caminho (Cury, Lopes & Linhares, 2012; Eremie & Ubulom, 2016; Humboldt & Leal, 2012). A ACP fundamenta-se em três pilares principais, respetivamente, o princípio da tendência atualizante (força positiva de crescimento), a não-diretividade (respeito pelo ritmo evolutivo do outro sem o direcionar) e as “seis condições necessárias e suficientes para que

haja mudança terapêutica” (Hipólito, 2005). A congruência, a compreensão empática e o olhar incondicional no acompanhamento psicológico são relevantes para o sucesso da relação terapêutica bem como o contato psicológico, comunicação e compreensão eficaz, em resposta à necessidade vulnerável e incongruente da condição do psicólogo com cliente (Miller, 2012).

Na intervenção psicológica, em contexto escolar, procura-se, por vezes, um apoio terapêutico baseado essencialmente, no modelo cognitivo-comportamental (TCC), produzindo mudanças nos pensamentos e nas crenças (sistemas de significados), evocando uma transformação emocional e comportamental duradoras e não apenas uma diminuição momentânea dos sintomas. Este modelo assume que a doença mental é o resultado de estruturas ou processos cognitivos disfuncionais em determinado momento do sujeito (Wainer, 2002 cit. Petersen, Wainer et al. 2011). Por ser um trabalho em parceria, considera importante a colaboração quer do terapeuta quer do cliente. Segundo os autores Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck (1997) o modelo TCC, agindo como mediador, contribui para a modificação de pensamentos e crenças erráticas onde os comportamentos e sintomas disfuncionais serão cognitivamente mediados e reestruturados. Quando aplicada em crianças, esta terapia deve ser acrescida de entrevistas a pais, professores e observação comportamental direta incluindo a linguagem verbal e não-verbal e respetiva avaliação (Asbahr & Ito, 2008). Numa perspetiva integrativa, as abordagens descritas dão uma boa resposta ao cliente em contexto escolar.

Parte III – Práticas no Estágio

Observação

Num primeiro momento, realizou-se a formalização do estágio, apresentação e familiarização da estrutura escolar, bem como da equipa multidisciplinar, a orientação estratégica das tarefas a desempenhar e a elaboração do consentimento informado orientado para o desempenho do estagiário no SPO do agrupamento.

Ao longo das primeiras quatro semanas, efetuou-se a observação da prática do trabalho diário de um psicólogo neste contexto, análise de pedidos de identificação de medidas ao suporte da aprendizagem e à inclusão, entrevistas com os encarregados de educação dos respetivos alunos identificados, aplicação de testes de avaliação psicológica, elaboração de respostas e relatórios aos pedidos de identificação, assistência às temáticas de prevenção ao comportamento de risco e competências socioemocionais (realizadas em sala de aula), com a participação e intervenção sempre que solicitadas pela orientadora do estágio.

O contato real com a prática profissional bem como com a sua vertente mais burocrática, permitiu adquirir mais conhecimento e aplicação das valências teóricas, adquiridas ao longo do percurso académico.

Os momentos de observação mantiveram-se ao longo de todo o estágio, nomeadamente nas reuniões de equipa multidisciplinar, na intervisão de equipa SPO de psicólogos do agrupamento, nas reuniões de final de período, prestando esclarecimento aos pedidos de identificação de alunos realizados pelos professores, bem como entrevistas de orientação vocacional entre outros momentos inesperados que pontualmente surgissem.

Entrevistas

No decorrer do estágio foi possível observar algumas entrevistas realizadas pela orientadora de estágio depois de previamente informado e estabelecido o acordo por parte dos clientes.

Após recebida a identificação do aluno no SPO, a marcação de uma primeira reunião com o encarregado de educação (com a realização de uma entrevista semidiretiva e anamnese), era a primeira ação do psicólogo.

Observou-se uma primeira entrevista com o pai de um aluno de 12 anos, identificado pela diretora de turma do 5º ano, por este apresentar atitudes agressivas com os seus pares, não mostrando arrependimento e reconhecimento da sua ação. Pretendia-se entender a dinâmica familiar, a história clínica e desenvolvimento do jovem, o eventual conhecimento por parte do progenitor dos seus comportamentos inadequados e as ações tomadas pela família. Pretendia-se assim, disponibilizar a colaboração do SPO para se ultrapassar/minimizar a situação complexa bem como os procedimentos a serem tomados para o acompanhamento psicológico, caso assim se entendesse.

Também foi possível observar as entrevistas de orientação escolar e vocacional dos alunos do 9º ano. Estas entrevistas tinham o propósito de apresentar os resultados obtidos nas provas realizadas durante o programa de orientação escolar e vocacional, permitindo a tomada de consciência dos seus interesses e preferências profissionais para a tomada de decisão no momento da matrícula no novo ano e ciclo escolar.

A presença neste tipo de entrevistas ajudou a desenvolver competências na interação com o público-alvo, tanto com os encarregados de educação, como com os alunos, assimilando a atuação adequada à prática esperada nesta profissão.

Sessões de Sensibilização

Ao longo do ano letivo, em que decorreu o estágio, foram sendo administradas temáticas em contexto de turma, integradas no programa de prevenção ao comportamento de risco e desenvolvimento de competências socioemocionais. Estas sessões de sensibilização abrangiam grande parte das turmas em início de ciclo e eram solicitadas com urgência por parte dos professores ou diretores de turma.

Inicialmente a participação nestas apresentações foi apenas como observadora, sendo posteriormente convidada a participar pela orientadora e a desenvolver algumas ações com as crianças e jovens.

Desde o início do estágio, neste agrupamento, e até à conclusão do mesmo, realizaram-se sessões e ações sobre as seguintes temáticas: igualdade de género, bullying, namoro, violência e relação saudável, sexualidade e afetos e inteligência emocional.

O dia de São Valentim foi marcado com a apresentação de uma sessão sobre o relacionamento interpessoal, a amizade, pressão social, escolhas, sexualidade e afetos e a importância do adulto em situações em que o jovem sinta necessidade de apoio para a resolução de conflitos ou ameaças.

Neste âmbito e a pedido de uma diretora de uma turma de 5º ano, a estagiária desenvolveu o tema ‘O que é o amor?’, numa apresentação em suporte digital, realizada em sala de aula, com a participação e envolvimento de todos os alunos da turma, depois de mostrada e discutida com a orientadora.

Esta apresentação englobou: uma pequena história explicativa sobre ‘o que é o amor?’ dos autores *Davide Cali e Anna Laura Cantone*, lançado em 2011 pela editora Gato na Lua, a definição de amor descrita numa folha de papel sem identificação e posterior apresentação pelos alunos, a visualização de um pequeno filme “Amor segundo as crianças” (<https://www.youtube.com/watch?v=oHEkD5jFiqw>), a explicação dos diferentes tipos de amor, as diferentes fases do namoro, os tipos e fases de violência no namoro, as relações saudáveis e tóxicas e a orientação para a ajuda em momento de rutura.

Com esta intervenção, foi possível desenvolver competências na interação com o público-alvo, com um retorno gratificante, resultante do interesse e participação da turma.

Reuniões com a equipa da EMAEI

Semanalmente, a equipa da EMAEI, responsável pela resposta educativa mais ajustada aos alunos que revelem necessidades específicas, reunia-se em cada um dos centros escolares e na escola sede do Agrupamento. Nesta reunião eram apresentadas e analisadas pelos diferentes elementos do grupo, as identificações recebidas e o encaminhamento das mesmas, de acordo com as necessidades apresentadas e tendo por base as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, conforme artigo 20º do Decreto-Lei nº 54/2018, 6 de julho. Também eram abordados outros assuntos relacionados com a comunidade educativa, planeamento e organização de ações alargadas à família e comunidade.

Nestas reuniões, a presença da estagiária consistiu essencialmente na observação atenta das questões apresentadas, nomeadamente questões relacionadas com comportamentos inadequados e de oposição, dificuldades de aprendizagem, dificuldades de atenção/concentração, memorização, entre outras. Os casos identificados com necessidade de apoio por parte do SPO eram posteriormente distribuídos à orientadora. Alguns desses casos eram acompanhados/avaliados pela psicóloga estagiária.

Estas reuniões facilitaram, por um lado, a inclusão da estagiária na comunidade profissional e escolar e por outro, possibilitaram acompanhar a dinâmica do trabalho do psicólogo neste contexto, assim como a atuação adequada à prática esperada nesta profissão.

Provas de Orientação Escolar e Vocacional

As provas de orientação escolar e vocacional, realizadas todos os anos letivos pelo SPO, têm por objetivo orientar os jovens nas suas escolhas. Trata-se de um programa que é composto por várias sessões, nas quais são organizadas atividades diversas. Durante este tempo, procura-se que os jovens tenham um maior conhecimento dos seus gostos e interesses, estejam mais motivados, confiantes e informados, para tomarem decisões por um curso/área num novo ciclo de ensino.

Neste sentido, foram realizadas provas de interesses e preferências profissionais (IPP-R), provas de raciocínio diferencial (BPRD) - nomeadamente o raciocínio verbal, lógico e numérico e um plano individual de carreira do aluno.

Quinzenalmente, as provas eram aplicadas a todas as turmas do 9º ano de escolaridade, incluindo a turma do curso de educação e formação (CEF).

No programa de orientação escolar e vocacional, a estagiária teve ainda a possibilidade de aplicar provas deste domínio, efetuar a cotação (manual ou online, como o exemplo da prova IPP-R) e realizar os relatórios de síntese do respetivo programa.

Após a conclusão do programa, as psicólogas (orientadora e estagiária) agendaram com os alunos uma sessão individual ou em pequeno grupo para devolução dos resultados e tomada de decisão. Neste momento era apresentado o relatório com os domínios profissionais onde o jovem evidenciava maior interesse, bem como os cursos profissionais ou académicos correspondentes e as escolas em que existia essa oferta educativa.

Todo este envolvimento permitiu adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos, acrescentando mais conhecimento à adequada prática esperada nesta área profissional.

Reuniões Escolares de Final dos Períodos Letivos

No final de cada período letivo, os conselhos de turma reúnem-se para a atribuição de notas, reflexão do trabalho realizado por cada aluno e levantamento de necessidades ou respostas diferenciadas (por exemplo, acompanhamento por parte do SPO, apoios educativos ou necessidade de tutoria). O SPO colabora nestas reuniões dando informação da sua intervenção, no sentido de avaliar as melhorias, mantendo a respetiva confidencialidade estabelecida pelo código deontológico da OPP e o interesse superior da criança/jovem.

Neste sentido, a estagiária foi chamada a participar nestas reuniões, contando com a presença da orientadora. No segundo período, devido ao isolamento social provocado pelo COVID-19, estas reuniões decorreram por videoconferência (ZOOM).

Estas reuniões permitiram obter informação complementar para o decorrer do acompanhamento psicológico dos alunos em causa, pois transmitiam outras perspetivas (de cada professor/disciplina), sobre o comportamento e eventuais dificuldades do aluno em sala de aula, assim como informações complementares da dinâmica familiar.

Pela interação com outros profissionais, esta prestação permitiu acrescentar mais conhecimento a este estágio.

Intervisão - Equipa SPO do Agrupamento

A equipa SPO do Agrupamento reunia-se mensalmente, com os psicólogos dos vários agrupamentos do Concelho, para a partilha de informações, práticas, materiais e abordagens, assim como para a análise e discussão de casos em que cada psicólogo sinta necessidade de orientação e supervisão.

Neste sentido a estagiária participou de reuniões de intervenção, onde foram partilhadas preocupações gerais com casos específicos e efetuada análise conjunta para uma melhor resposta e partilha de materiais no âmbito da intervenção psicoeducacional, psicossocial e emocional.

Entre os vários materiais apresentados e requisitados pelos diferentes SPO, destacam-se: a *Bola Positiva*, desenvolvido pelo "*Positive Growth Project*", composto por questões positivas impressas na sua superfície, que visam estimular o autoconhecimento, a partilha de experiências ótimas e emoções positivas; *Dois Dedos de Conversa*, criado no projeto "*Oceano de Papel*", destinado a crianças e jovens até aos dezoito anos e utilizado em diferentes contextos: em família, em intervenção psicológica individual, em apoio tutorial ou como atividade quebra-gelo em contexto de turma (dependendo dos contextos, poderá ser relevante selecionar o tipo de perguntas à disposição); *Juntos no Desafio*, dos autores Paulo José Costa, Susana Heleno e Carla Pinhal, destinada a pais de crianças e adolescentes com PHDA e perturbação de comportamento; *Aventura dos Sentimentos e dos Pensamentos*, do projeto

“*Crescer e Brincar*”, do autor e psicólogo Paulo Moreira, destinado a crianças dos 7 aos 10 anos para a aprendizagem emocional e ajustamento psicológico que visa ajudar as crianças a (re)conhecerem as suas emoções, sentimentos e pensamentos e a compreenderem as razões de tais comportamentos.

A presença da estagiária nas reuniões de intervisão, permitiu sentir-se mais ambientada e trabalhar com outros profissionais, adquirindo mais conhecimentos para a sua prática profissional.

Caso clínico I

Identificação.

Ana (nome fictício) é uma jovem adolescente, do sexo feminino, caucasiana, que frequenta o terceiro ciclo do ensino básico. A sua mãe tem 43 anos é trabalhadora independente e desempenha a sua profissão no grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (CPP, 2011), tendo concluído um curso técnico-profissional. O pai, de 40 anos, trabalha por conta de outrem e desempenha a sua profissão no grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (CPP, 2011) tendo concluído o 9º ano de escolaridade. Tem um irmão do sexo masculino. Os seus progenitores são divorciados. Ana vive com a mãe, sua representante legal, o irmão e os avós maternos.

Motivo da consulta.

O pedido ao SPO foi solicitado pela diretora de turma. O motivo do pedido reportava-se às dificuldades a nível emocional (inibição, tristeza, isolamento, baixa autoestima e dificuldades de integração com os pares), de comunicação, psicomotoras, interação professor/aluno, académicas (cálculo) e cognitivas (atenção).

Foram realizadas quinze sessões semanais com a duração de quarenta e cinco minutos, iniciadas em novembro de 2019: quatro sessões para avaliação psicológica e as restantes de acompanhamento psicológico.

A intervenção terapêutica teve como suporte alguns aspetos da Abordagem Centrada na Pessoa, estabelecendo-se uma relação terapêutica com base na aceitação e empatia, integrando-se em alguns momentos, técnicas do modelo cognitivo-comportamental sempre que justificável.

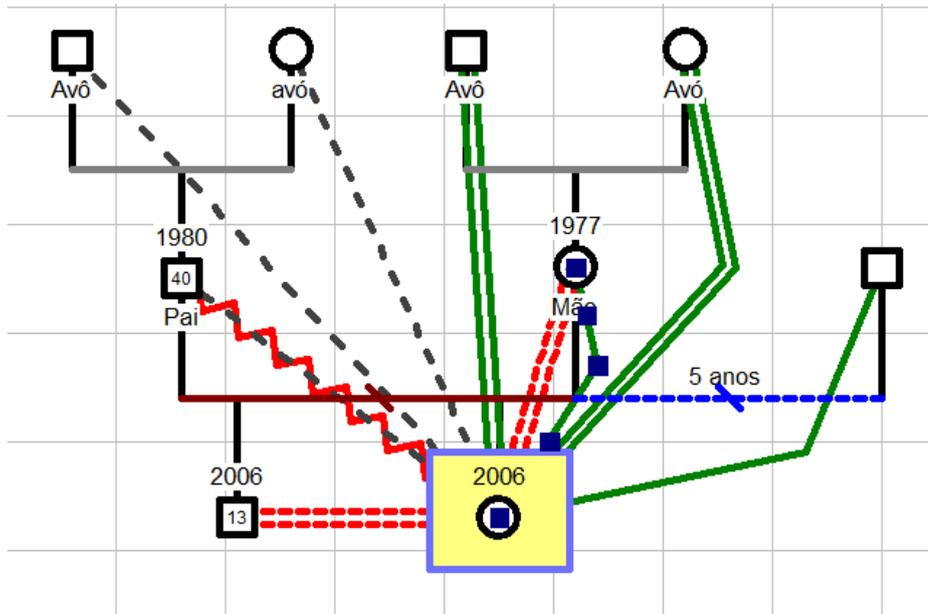


Figura 1 - Genograma familiar – Caso Clínico I

Sintetizando o genograma apresentado, o agregado familiar de Ana constitui-se pela mãe, irmão e avós maternos, cuja relação é de grande proximidade e apoio mútuo. Os progenitores são divorciados, com guarda partilhada (em termos legais). No entanto, existe distanciamento vivencial e relacional por parte do pai. Com os avós maternos, denota-se uma relação harmoniosa, de grande amizade e proximidade. O mesmo não se verifica com os avós paternos. Com a mãe, a relação é harmoniosa embora com alguns momentos de conflito. A relação com o irmão é pautada, maioritariamente, por discórdia, conflito e alguma agressividade.

História clínica.

Realizou-se uma entrevista semi-diretiva com a mãe, encarregada de educação da Ana, para se obter informação relacionada com o seu desenvolvimento.

Aos 6 meses de gestação, a progenitora sofreu um período emocionalmente conturbado, motivado pela separação do cônjuge. Às 34 semanas de gestação, a Ana veio a nascer de parto natural, com peso inadequado, ficando internada até à sua recuperação. O período neonatal decorreu sem problemas. Não apresenta antecedentes hereditários, nem se regista casos de doença grave ou hospitalização posterior. A Ana é asmática, controlada com medicação adequada. Tem *deficit* ocular (*miopia*), controlada pelo uso de óculos. Não apresenta problemas auditivos.

Sobre a sua história familiar apurou-se que os progenitores reataram e coabitaram durante os dois primeiros anos de vida da Ana, acabando por se separar. Após o divórcio, a relação com o pai diluiu-se, quer pelo desinteresse, quer pela distância residencial do próprio, piorando ainda mais nos últimos anos. O agregado familiar direto, mãe, irmão e avós maternos, muda frequentemente de residência e localidade, facto explicado pela procura de melhores condições, segurança em termos do ambiente escolar dos filhos e serenidade familiar.

Não se revelaram alterações ao nível do sono, no entanto apresenta maus hábitos de higiene do sono: adormece sempre com o telemóvel perto de si e agarrada a uma almofada (suporte afetivo). Nem sempre o seu sono é reparador.

A sua alimentação é deficitária, não tem vontade de comer, comendo muito pouco apesar da insistência da mãe, “*é muito magra e difícil de comer (sic)*”.

O seu percurso escolar foi conturbado, pautado por diversas mudanças de escola - referidas anteriormente.

Desde o jardim de infância e até ao 2º ciclo, não queria estudar ou ler. Reprovou no 2º ano do 1º ciclo. Com a mudança de escola e localidade, revelou algum interesse pela leitura, passou a fazer os trabalhos e melhorou as notas.

Entre o 3º e o 4º ano revelou-se mais observadora, com bom raciocínio e com resultados positivos. Nessa altura, a mãe refere que a Ana sofreu *bullying* por parte dos seus colegas, levando-a novamente ao isolamento.

No 5º ano, apesar do percurso escolar ter sido mais normativo, experienciou alguns confrontos com uma colega de turma, deixando-a com sentimento de tristeza. No 6º ano mudou novamente de escola, noutra localidade, onde teve uma boa integração.

Atualmente, o seu aproveitamento escolar revela dificuldade na concentração, não gosta de estudar de uma forma geral, apesar de “*adorar (sic)*” a disciplina de inglês onde tem boas notas.

Socialmente, não faz nem mantém amizades (na escola ou com amigos próximos da família), passando maioritariamente o seu tempo a jogar no telemóvel.

No que se refere a desporto, não pratica nenhuma atividade física extracurricular e quando o fez, desistiu.

Avaliação psicológica.

A presente avaliação caracteriza algumas das áreas de desenvolvimento da criança, decorreu em quatro sessões, com a aplicação de instrumentos, de acordo com o motivo de referenciação. As informações decorrentes, refletem o momento em que a mesma foi realizada, não tendo carácter definitivo, na medida em que o desenvolvimento é um processo dinâmico e evolutivo.

Fisicamente a Ana tem uma estatura frágil, demasiado magra. Apresentava-se cuidada e limpa, vestindo roupas largas e escuras, escondendo a sua cara através dos seus longos cabelos escorridos que tocavam os seus óculos, inclinava ligeiramente os ombros e braços de forma a ficar com cabeça descaída. Apresentou alguma timidez no primeiro contato, comunicando verbalmente com facilidade embora com alguma reserva. Nesta entrevista descreveu a sua família direta - a mãe, irmão e avós maternos.

Segundo a Ana, a mãe aparentava estar sempre muito zangada, irritada, dando-lhe sermões, provocando desentendimentos e atitudes inesperadas por parte da Ana, que acabava por ser castigada: “*só quero ser uma pessoa normal e não estar triste, até já pensei em fugir de casa (sic)*”. Demonstrava preocupação pelo fato da sua mãe estar sempre muito *stressada*, partilhando que “*a mãe quer que eu seja como ela quer; preocupa-se com o que os outros dizem (sic)*” e “*não tenho que viver assim (sic)*”, considerando que a mãe não lhe batia porque “*sou muito magrinha (sic)*”.

O irmão não lhe dava muita atenção, implicando com as suas dificuldades, o que a deixava triste, sentindo-se por vezes gozada, sozinha e “*pisada (sic)*”. Contudo, revelava gostar do irmão, preocupando-se por este ser diabético e asmático.

Sempre gostou muito dos seus avós maternos, em especial da avó, considerando-a muito simpática e disponível para estar com ela. O avô materno levava diariamente os netos à escola. Por vezes conversava com o avô, que lhe fazia perguntas que a incomodavam, como saber se já namorava, mas sabe que as fazia só para a ouvir reclamar.

A Ana, mãe e irmão, estavam a viver em casa dos avós, aguardando que a casa para onde iriam viver, ficasse pronta. A Ana demonstrou contentamento pela nova casa e em especial, com o seu novo quarto. A casa era no mesmo espaço que a dos avós.

Sobre o seu pai, a Ana dizia que “*está sempre a ralhar comigo, ele é mau (sic)*”, não lhe dava atenção, nem do seu dia de aniversário se lembrou. O único período de férias que passou com o pai (aos 11 anos) foi desagradável, tendo pedido para regressar a casa, “*só a avó paterna me tratou bem (sic)*”.

Quando se sentia triste, por vezes pensava que nem queria viver, justificando estar sempre a ser chateada e a receber sermões da mãe (e.g. ‘*estou farta de viver, a vida é má (sic)*’), por vezes os avós estavam de acordo com a mãe outras vezes, o avô no meio dos sermões dizia

“lá começa outra vez (sic)”, e acrescentava “ não confio em ninguém nem mesmo na família (sic)”.

Fisicamente sentia-se sempre muito cansada, com sono e com muita preguiça, descrevendo a preguiça como *‘não fazer o que é preciso fazer, não fazer o que me pedem..., não fazer nada (sic)’*. Considera deitar-se cedo, pelas 21/22 horas, mas não consegue adormecer e/ou desperta durante a noite, acabando por acordar com sono.

A alimentação diária era complicada. Ana referia não gostar de comer, comia sem agrado e pouco, desde muito nova, *“ quando vou comer penso em coisas tristes e é por isso que não como. A minha cabeça bloqueia, tenho pensamentos tristes, memórias más (sic)”*. Segundo a Ana, os pensamentos tristes estavam relacionados com a perda de pessoas e/ou animais, contando um episódio que a marcou, *“um dia cheguei a casa e o meu pássaro, estava de patas para o ar, morto, fiquei triste (sic)”*. Quando era mais pequena e não queria comer, colocava o alimento no guardanapo para deitar fora no WC, até a mãe se aperceber. Deixou de deitar a comida fora. Gosta de comer só com o garfo na mão direita. A mãe queria que usasse faca mas Ana não gostava de a utilizar explicando que considerava ser *“uma arma perfeita para fazer crimes (sic)”*

Não gostava de estudar, nem da escola que frequentava *“odeio esta escola (sic)”* e opinava *“estudar ou vir à escola é uma perda de tempo (sic)”*. Preferia passar o seu tempo a jogar Roblox, jogo interativo onde criava personagens; não se dava a conhecer mas considerava ter com quem interagir em inglês. Jogava em média uma hora e meia por dia, depois das aulas.

Sobre o sentimento de “ódio” que dizia ter sobre esta escola, a Ana explicava que não percebia a matéria nem os professores, que também ralhavam e falavam mal para os alunos, faltavam muito e não davam a matéria toda, tinha muitos trabalhos para fazer em casa, levantava-se cedo e acordava sempre cansada, a comida na escola *“sabe mal (sic)”*, os miúdos atiravam-lhe com a bola, não tendo ninguém para falar (uma menina apenas), *“ pessoas não*

me vêm e dão-me encontrões (sic) “ e finalizou dizendo “*pessoas que falam dos outros e fazem bullying (sic)*”.

Verbalizou ter sentimentos de raiva e tristeza. A sua raiva estava relacionada com o episódio de *bullying* a que foi sujeita, incluindo comportamentos agressivos, que os colegas tiveram consigo “*fui agarrada pelos meninos para que outro se senta-se em cima de mim, (sic)*”. Na turma tinha um colega que, segundo a Ana, “*chama-me nomes, nunca está quieto na sala, faz barulho e o professor não faz nada (sic)*”.

Na relação com os pares, apresentava dificuldade de integração, não se relacionava com a maioria, porque a achavam estranha, explicando “*porque não me rio quando os outros acham graça e eu não, ou fazem coisas que eu não quero fazer (sic)*”, acrescentando “*não sou sociável, prefiro estar no telemóvel (sic)* “. O telemóvel ou o computador eram uma forma de distração para a Ana que dizia “*estou distraída e não penso em coisas más (sic)*”. As “*coisas más (sic)*” a que a Ana se referia e que mencionou de uma só vez: “*A vida é curta, morres depressa (...) O sol vai explodir (...) Há pessoas que sofrem de bullying, podem sofrer e dar suicídio (...) Pessoas que precisam de ajuda e morrem (...) Mundo pode acabar com poluição (...) Assassinos, tiroteios, e agora a doença dos chineses (sic)*” e terminou dizendo “*A vida é bué má, porque se estraga tudo (sic)*”.

Chorava quando algum colega a perturbava, “*Quem fala mal comigo, eu choro (sic)*”. Considerava que a acham uma pessoa estranha e por isso refugiava-se por detrás do seu cabelo colocando-o à frente dos olhos, de forma a tapar a sua cara (“*não gosto de dar nas vistas; escondo-me no cabelo porque não sou sociável. A mãe gosta de fazer rabo-de-cavalo mas eu não gosto (sic)*”).

Apesar de não fazer desporto fora do horário escolar, fez natação entre os 10 e 11 anos, desistindo devido ao professor da atividade ralhar constantemente com o irmão; experimentou

o Karatê desistindo por não apreciar a modalidade e frequentou aulas de dança, mas por ser muito envergonhada deixou, “*tenho vergonha que me estejam a ver (sic)*”.

Desenho da Família (Corman).

A aplicação desta técnica, que permite avaliar o estado afetivo (sentimentos, desejos, temores, atrações e repulsas), decorreu num ambiente acolhedor e sem distratores, com boa adesão à tarefa, por parte da Ana. Foi-lhe sugerido que desenhasse uma família, que identificou como sendo a sua família direta, e sobre a qual se analisou o respetivo desenho conforme as linhas orientadoras para a entrevista (e.g. quem manda mais, quem manda menos, quem é mais simpático, quem é menos simpático, quem é mais feliz, quem é menos feliz, um dos filhos não se portou bem, qual deles foi, se pudesses mudar alguma coisa, o que mudavas).

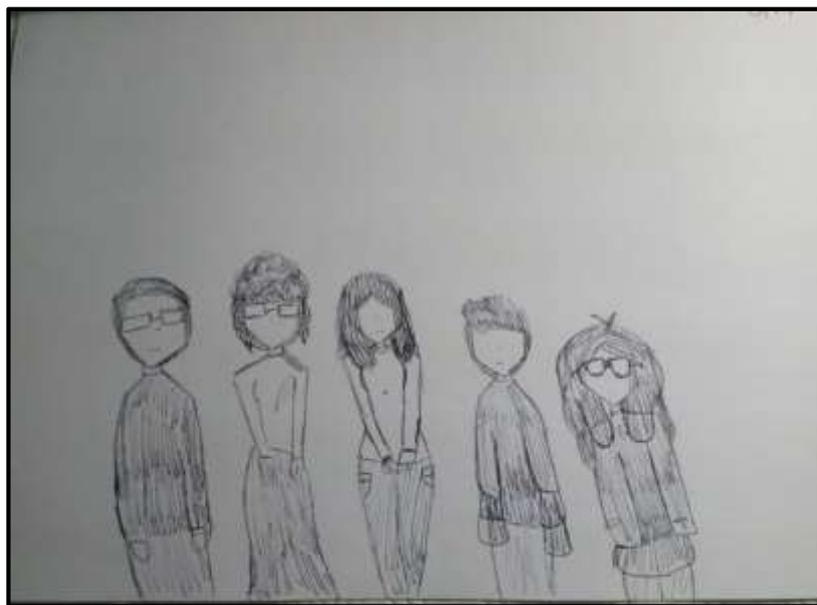


Figura 2 - Desenho de Família – Caso Clínico I

Conforme as linhas orientadoras do autor para a interpretação desta prova, pode-se constatar alguma maturidade na Ana. A estrutura formal do desenho, considerado racional, sugere alguma repressão emocional associada a ambiente demasiado rígido ou exigente. O posicionamento do desenho pode sugerir cansaço, astenia ou depressão. Quanto ao nível de

conteúdo, o desenho sugere investimento em si própria. Os elementos desenhados aparentam dificuldades de relacionamento e comunicação.

Apresentou uma postura de negação face à figura parental, cuja ausência se torna geradora de sofrimento. De uma forma geral, analisando as características gerais do desenho, aparenta eventual reação a pressões ambientais com atitude agressiva, alguma tendência depressiva, insegurança, necessidade de apoio e dependência excessiva, eventuais conflitos emocionais como angústia, ansiedade e eventual expressão de dificuldade de contacto induzindo a perturbação nas relações interpessoais. Em anexo I encontra o detalhe desta prova e sua interpretação.

Teste de Aperceção Infantil – versão Humanos (CAT-H).

Na prova CAT-H, que permite a avaliação de diversos aspetos da personalidade (e.g., impulsos, emoções, sentimentos, conflitos, etc.) em situações clínicas e em situações normais, a Ana revelou-se muito descritiva o que pode remeter para uma defesa contra a depressão e desorganização emocional ou psicose, com bizardrias. Revelou falta de segurança e sentimento de abandono parental, com dificuldade em estabelecer relação, sem afetividade e autonomia. Em anexo I encontra-se o detalhe da prova e interpretação.

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens YSR 11-18.

Foram recolhidas informações adicionais com recurso ao Questionário de Auto-Avaliação para jovens YSR 11-18 (Achenbach). Os dados obtidos a partir da análise das respostas destacaram as dimensões relacionadas com problemas de isolamento social (62,5%) e ansiedade e depressão (59.1%) como mais significativas. Em anexo I encontra-se detalhe da prova realizada.

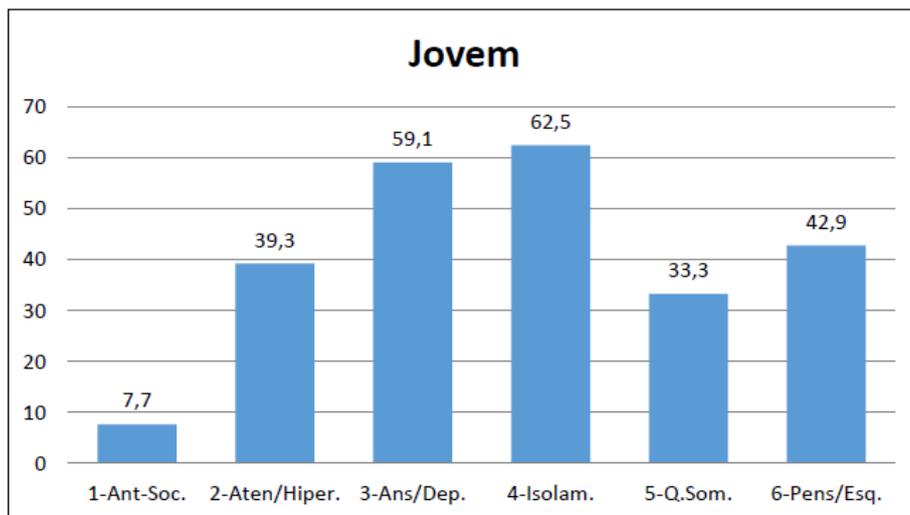


Figura 3 - Resultado da Auto-Avaliação para Jovens YSR-11-18

Discussão clínica.

Durante a avaliação a Ana mostrou-se tranquila e participativa, mostrando um nível da linguagem e vocabulário adequado, com boa organização de ideias mas com bizarras no seu discurso e pensamentos.

O desenvolvimento de problemas psicológicos em crianças e adolescentes podem decorrer de fatores de risco, precipitantes, de manutenção e protetores. Os fatores predisponentes ou de risco, predisõem as crianças a problemas psicológicos, os fatores precipitantes desencadeiam o aparecimento ou agravamento acentuado de dificuldades psicológicas, os fatores de manutenção perpetuam os problemas psicológicos uma vez desenvolvidos e os fatores de proteção previnem o agravamento dos problemas, com implicações para o prognóstico e para a resposta à intervenção (Carr, 2014, pág. 49-82).

De acordo com o historial desta adolescente, aos 6 meses da sua gestação, a progenitora sofreu um período emocionalmente conturbado até ao seu nascimento, que decorreu às 34 semanas de gravidez, sem complicações durante o parto mas apresentando um peso inferior a 2 quilogramas, implicando o seu internamento por um período superior ao esperado.

Segundo Carr (2014), quando os bebês nascem prematuros e com baixo peso, o desenvolvimento saudável do feto pode estar comprometido e particularmente suscetíveis a lesões cerebrais durante o nascimento. Segundo Carr (2014), as lesões neuronais sofridas por bebês prematuros no período perinatal são geralmente associados, mais tarde, a problemas de atenção e de hiperatividade. Contudo, com assistência médica, cuidados maternos e estimulação adequada, estes problemas são recuperáveis antes de iniciarem a escola.

A asma, doença crônica diagnosticada na jovem, constituiu-se como stressor biopsicossocial podendo vir a interferir na adaptação psicológica e nas exigências adaptativas da própria e da família (Carr, 2014).

De acordo com a classificação de temperamento das crianças, resultante de um estudo longitudinal ao longo de 25 anos, realizado por Chess e Thomas (1995), citado por Carr (2014), a jovem enquadra-se no temperamento-difícil, com dificuldade em estabelecer rotinas regulares de alimentação e higiene sono, com tendência para evitamento a novas situações com reações emocionais negativas perante a mudança. Segundo estes autores, estas crianças apresentam mais conflitos com os pais e os seus pares, desenvolvendo problemas comportamentais desadaptativos. Segundo Carr (2014), a jovem também se enquadra no temperamento inibido, caracterizado pela timidez, vergonha e evitação de novas situações, podendo estas características serem um fator de risco para perturbações de ansiedade e de humor durante a infância.

As opiniões avaliativas de si e as emoções associadas, apresentadas pela jovem, sugerem uma baixa autoestima, com adaptação negativa, podendo incorrer como fator de risco para perturbações emocionais e comportamentais (Carr, 2014).

As crenças sobre suas competências e autorregulação, são fatores psicológicos na manutenção dos problemas. O fracasso nas tarefas académicas, sociais, doenças crónicas e feedback negativo dos pais e/ou professores poderá ter promovido desânimo aprendido e um

estilo atribucional depressivo desenvolvendo nesta jovem a crença de que, apesar dos seus esforços, não consegue ser bem-sucedida, com tendência para o fracasso (Carr, 2014).

Uma vinculação segura entre a jovem e os progenitores não parece ter sido desenvolvida, motivada pelo comportamento depressivo da progenitora, desintegração familiar e desinteresse paternal. Segundo os *Padrões de Vinculação* sugere-se que esta jovem possa ter desenvolvido um estilo de criança ansiosa/ambivalente, atualmente com sentimentos de rejeição e revolta. (Carr, 2014).

A exposição a problemas parentais em idade precoce, também é um fator predisponente ao desenvolvimento de dificuldades psicológicas. Nos seus primeiros anos de vida, com a desorganização familiar, decorrente da separação dos seus pais e a reduzida identificação com o pai e consequente instabilidade emocional materna, esta jovem incorreu na possibilidade de desenvolver uma variedade de problemas, nomeadamente problemas de comportamento e depressão (Carr, 2014).

Como acontecimento de sua vida, salienta-se o episódio de *bullying* que ocorreu aos 7/8 anos de idade, tornando-a vulnerável ao desenvolvimento de problemas emocionais e comportamento, como sentimentos negativos expressos por raiva e tristeza, fator precipitante para o surgimento de algum problema psicológico (Carr, 2014).

A mudança constante de residência e localidade do agregado familiar sujeitou a jovem a frequentar diferentes estabelecimentos de ensino, tendo de travar novas adaptações sucessivas. Tratando-se de um fator de manutenção, esta situação poderá ter incorrido no desenvolvimento de problemáticas na interação social, escolar e até familiar (Carr, 2014).

Ao longo da avaliação desta jovem, foi possível identificar eventuais conflitos emocionais como a angústia e tristeza, que perduram há algum tempo, com alterações de comportamento e flutuações de humor, ansiedade generalizada, diminuição de apetite e de energia, alterações de sono, isolamento social e dificuldade nas relações interpessoais,

associados a uma conduta de insegurança e dependência excessiva, com menor disponibilidade e interesse para se envolver no meio ambiente escolar e familiar, focada em aspetos negativos de si e do mundo, vindo a interferir com a sua capacidade de lidar e se adaptar no dia-a-dia. Estes sintomas enquadram-se nos critérios de diagnóstico das perturbações depressivas (DSM-5, APA, 2014), podendo estar a condicionar o seu sucesso pessoal e educativo.

Por suspeita de eventual desenvolvimento de uma perturbação depressiva e bizarras ao nível do pensamento, o Serviço de Psicologia e Orientação do Agrupamento encaminhou a adolescente para uma consulta de Pedopsiquiatria (conforme anexo I).

Por revelar um discurso disponível para a mudança iniciou acompanhamento psicológico, com periodicidade semanal.

Síntese de acompanhamento psicológico.

A Ana compareceu no gabinete do SPO, à hora marcada. Apresentei-me, começando por me identificar enquanto técnica e partilhar com a Ana o motivo pelo qual tinha sido encaminhada para o SPO. Foi explicado o funcionamento do serviço e como iriam decorrer as próximas sessões, aproveitando para explicar questões de confidencialidade e partilha de informações, obtendo a sua concordância.

A Ana mostrou-se conhecedora dos motivos que motivaram a sua referenciação pela diretora de turma, demonstrando disponibilidade e vontade em colaborar, apesar de apresentar, inicialmente, alguma timidez, escondendo-se por detrás do seu cabelo caído sobre a sua face justificando, ao longo da sessão que o fazia porque “Escondo-me no cabelo porque não sou sociável. A mãe gosta de fazer rabo-de-cavalo mas eu não gosto (sic)”. Referiu não gostar de estudar nem se sentir bem na turma em que se encontrava classificando-a como “bagunçada (sic)”, porque os colegas faziam muito barulho. Admite passar o seu tempo em jogos interativos onde, sem se identificar, consegue falar com pessoas em inglês, língua do seu interesse. Não tem amigos entre os colegas da escola, nem interage com os colegas de turma, dizendo “não

me apetece brincar com os meus colegas, eles chegam ao pé de mim, perguntam se estou bem e vão-se embora, e deixam-me sozinha (sic)”. Afirma “Eu não sou sociável, prefiro estar sozinha no meu canto (sic)”. Relata ainda as atividades extracurriculares que frequentou mas de que desistiu por não ter interesse ou porque “tenho vergonha que estejam a olhar para mim (sic)”. Utilizando uma escuta ativa e empatia pelo seu relato, esperei que a Ana terminasse para solicitar a sua colaboração em desenhar uma família, numa folha branca ao seu dispor. Apesar de achar que não tem muito jeito para desenhar, agarrou no lápis e começou a sua tarefa, perguntando se era para desenhar a sua família? - ao qual respondi que poderia desenhar a família que quisesse. Enquanto a Ana desenhava, anotei os pormenores conforme instruções de aplicação do Teste de Família de Corman. Quando terminou, foi identificando cada personagem desenhada, explicando a relação com cada um deles. Identificando, assim, o seu agregado familiar. A Ana considera ter uma boa relação com os avós maternos, gosta e preocupa-se com a mãe, mas por vezes zangam-se. O seu irmão entra em conflito com ela, com frequência, o que a deixa muito triste, apesar de gostar dele. Demonstrou zanga com o pai, pelo facto deste não a procurar, não lhe dar atenção nas poucas vezes que esteve com ela, dizendo “o pai é mau, nem os parabéns me deu no meu aniversário (sic)”. No final da sessão a Ana despediu-se e saiu sorridente relembrou o horário da próxima semana, parecendo ter-se sentido num momento e espaço que lhe deu alguma segurança e confiança para falar das suas preocupações e dificuldades.

Segunda sessão

Nesta sessão a Ana apareceu bem-disposta. Começou por contar como decorreu a sua semana e os novos amigos que fez no jogo virtual - ROBLOX. Aproveitando para perceber quanto tempo despendia diariamente a jogar. Sugeri que me descrevesse um dia da sua semana, desde que acordava até se deitar, o que permitiu verificar que a higiene do sono se encontrava entre 8 a 9 horas de descanso, despendendo, aproximadamente, duas horas diárias a jogar.

Considerou-se preguiçosa ao fim de semana, dormindo até à hora de almoço. Neste contexto, mencionou não gostar de comer “Quando vou comer, penso em coisas tristes, e é por isso que não como. A minha cabeça bloqueia, tenho pensamentos tristes, memórias más (sic)”. O motivo dos seus pensamentos estavam relacionados com perder algo ou alguém, explicados pela morte de um animal de estimação que a deixou triste, verbalizando sentir raiva e tristeza, ligando estes sentimentos ao episódio de bullying a que foi sujeita - “fui agarrada pelos meninos para que outro se sentasse em cima de mim (sic)”.

Por fim, a Ana falou sobre a relação que mantém com os avós maternos (bastante contentora e gratificante) e a relação mais conturbada com sua mãe, que considera estar sempre muito “stressada”, “a mãe quer que eu seja como ela quer; preocupa-se com o que os outros dizem (sic)”. Antes de terminar a sessão, solicitei o preenchimento do questionário de Auto-Avaliação para Jovens - YSR (11-18), explicando o seu propósito. A Ana colaborou prontamente.

Terceira sessão

A Ana apareceu muito zangada com a mãe, nomeadamente, como se sente tratada, quer pelo irmão quer pela mãe. Considera que o irmão implica permanentemente com o que faz ou que possa estar incorreto na opinião da mãe e dá um exemplo “ (...) peço ajuda à mãe para escolher a roupa, porque tenho medo de não saber escolher conforme o tempo e a minha mãe não me ajuda, mas se for o meu irmão já o faz (sic)”. Achava que a mãe andava demasiado irritada, zangando-se com frequência, mas a Ana não percebia o motivo. Em permanente choro acabou por dizer que “não tenho de viver assim (sic)” e acrescentou “a mãe não me bate porque sou muito magrinha senão era capaz de me bater (sic)”.

Fui acompanhando o discurso da Ana sem a interromper. Oferecendo lenços e apercebendo-me da sua inquietação por estar a chorar, tranquilizando-a ao lembrar que estava num espaço seguro e confidencial, que poderia chorar o tempo que necessitasse até se sentir

melhor. Limpou os olhos e por fim começou a rasgar o lenço, dizendo que apetecia-lhe fazê-lo. De seguida, já mais calma, explicou não ter feito uma tarefa que tinha sido pedida pela mãe acabando por ficar de castigo, sentada à mesa, durante 3 horas dizendo, “só quero ser uma pessoa normal e não estar triste (sic)”, revelando ter pensado numa forma de fugir de casa.

No restante tempo da sessão, abordou-se a hipotética fuga avaliando as vantagens e desvantagens, tendo a Ana chegado à conclusão que não teria grande benefício em concretizar esta ideia. Sugeri que ficasse mais disponível para colaborar com a mãe e verificar se esta não ficaria menos zangada ou irritada com ela, podendo ser uma estratégia para melhorar a relação de ambas e nesse sentido motivei a sua capacidade de organização utilizando dois quadros de registo: “O meu plano diário “ e “O meu plano semanal”, do livro “Juntos no Desafio”, de Paulo José Costa, Susana Heleno e Carla Pinhal de 2013, explicando a forma de utilização, solicitando a sua colaboração para colocar em prática até à próxima sessão. Quando a sessão terminou, a Ana aparentava estar mais calma e motivada para a mudança.

Quarta sessão

Nesta sessão a Ana pareceu bem-disposta, com um sorriso nos lábios, esclarecendo que a situação com a mãe tinha ficado resolvida e que a semana tinha corrido bem - “ Agora está tudo bem (sic)”.

Para esta sessão, estava planeado realizar o teste projetivo CAT-A. Neste sentido introduzi o tema, explicando os procedimentos, solicitando a sua colaboração e concordância para a aplicação do mesmo. Terminada a prova, a Ana revelou alguma preocupação com a mãe, contando um episódio ocorrido nesse dia, antes de sair de casa para a escola. A mãe tinha deitado sangue pelo nariz, demonstrando aflição, ao ponto de afirmar não querer morrer porque ainda quer cuidar dos seus filhos, acabando por dizer “ A mãe anda sempre muito nervosa, stressada e deprimida (sic)”. Contudo, a Ana não pareceu ficar emotiva ou assustada, sorriu e transmitiu que a ideia da mãe pensar que ia morrer não fazia sentido. Antes de terminada esta

sessão, a Ana voltou a referir que está a sofrer de bullying, por parte dos colegas de turma, que estão continuamente a implicar com ela, contando “o menino que se senta ao meu lado na aula, atira borrachas a todos os colegas, esfarela as borrachas e depois manda para cima de mim (sic)”, dizendo que a professora não repara, nem diz nada quando se apercebe e reforça “Só quero que me deixem em paz (sic)”. Pedi-lhe que falasse com a professora, eventualmente pedir para mudar de lugar ou de colega de carteira, caso a situação permanecesse. Após terminada a sessão, a Ana saiu sorridente.

Quinta sessão

Ana apareceu com um sorriso tímido, sentando-se de lado e permanecendo assim toda a sessão. Aparentava estar cansada, cansaço justificado por estar a estudar para muitos testes e pelo peso dos livros que trazia na mochila todos os dias, transportada às costas. Estava desiludida e considerava injusto, ter sido obrigada a limpar a sala de aula independentemente de não a ter sujado, mas como castigo aplicado a toda a turma. Em conjunto analisou-se a estratégia aplicada pela professora, ou seja, se por um lado estaria a punir os meninos que não foram corretos, por outro lado, estaria a pedir a colaboração da restante parte da turma nessa tarefa, motivando assim para a necessidade de bom comportamento geral em sala de aula e cooperação, estratégia entendida e aceite por parte da Ana. De seguida, referiu não ter com quem brincar porque os seus colegas a acham estranha e explica “ porque não me rio do que eles acham engraçado, porque eu não acho e porque não faço coisas que não quero fazer (sic)”. Com um semblante um pouco mais triste diz “eu não confio em ninguém, nem mesmo na minha família (sic)”. Aparenta desilusão, porque a sua família (e.g. mãe e avós) está sempre a gritar e a zangar-se com ela e diz que “ por vezes sinto-me triste e penso que nem quero viver (sic)”. Sente-se constantemente aborrecida, a ouvir “sermões”, que acabam por lhe tirar a vontade de fazer o que lhe pedem e termina a dizer que “ também sou preguiçosa (sic)”.

Em conjunto, avaliamos a importância da família na sua vida e o suporte e a confiança que estes lhe poderiam oferecer, desmistificando o pensamento de não querer viver. Tentando motivá-la para se organizar, a Ana acordou em utilizar “O meu plano semanal” e decidir três tarefas a cumprir durante a semana (fazer a cama, arrumar a roupa e deitar-se às 22h), bem como a participação da sua mãe, na colocação de smiles (contente ou triste), de acordo com a sua participação.

Ainda antes de terminar a sessão, a Ana contou que estava a comer um pouco mais, mas que não gosta de usar a faca, apesar da insistência da família para aprender a usar corretamente os talheres, justificando o que a faca significava para ela - “uma arma perfeita para fazer crimes (sic)”, ou seja, considerava que usar a faca é muito perigoso, apesar de nunca se ter cortado ou magoado com a sua utilização. A sessão estava a terminar e a Ana saiu aparentemente bem-disposta.

Sexta sessão

Nesta sessão, a Ana queixou-se da dificuldade em ver para o quadro, apesar de estar na mesa da frente, mesmo usando óculos desde os seus 11 anos e com mudança anual de graduação. Segundo a jovem, a mãe desconhecia a dificuldade atual. Sugeri que informasse a mãe para marcar uma nova consulta e retificar a sua graduação.

O ambiente em casa da Ana melhorou, desde que passou a usar o plano semanal dizendo “ a mãe já não ralha tanto comigo (sic)”, o que permitiu constatar uma melhoria ao nível relacional, com a mãe. Porque o período letivo estava a terminar, a Ana mostrou-se preocupada com os resultados achando que não teria grandes notas, na sua maioria seriam negativas, mesmo com o apoio tutorial a algumas disciplinas.

Passadas seis sessões, fui orientada para solicitar a permissão da Ana para se realizar a próxima sessão, com a presença da mãe, e assim, avaliar-se a evolução do acompanhamento. Ana aceitou, contudo pediu para não ser referido os possíveis resultados escolares desse

período, por achar que não seriam muito bons, pedido esse que foi aceite, em conformidade com a ética profissional. Para além deste propósito, o SPO considerou necessário sensibilizar e entregar à mãe da aluna, uma carta (confidencial) a encaminhar a Ana para uma consulta de Pedopsiquiatria, independentemente de continuar a ser acompanhada, justificada por apresentar alterações no sono, ansiedade generalizada, flutuações de humor e humor depressivo, associados a uma conduta de insegurança, dependência excessiva, eventuais conflitos emocionais como angústia e tristeza e dificuldade nas relações interpessoais.

Sétima sessão

Pela primeira vez, a Ana apareceu com um sorriso bem aberto, na companhia da mãe. Explicado o propósito da sua presença, a mãe da Ana revelou notar diferenças na filha, mais faladora e menos fechada para com a família, procurando interagir com o irmão e partilhando com a mãe os acontecimentos passados na escola.

O plano semanal foi elogiado pela mãe como tendo sido uma ótima estratégia para a melhoria da sua relação com a Ana. Como o período de férias estava a chegar, estabeleceram-se novas tarefas a realizar, conjuntamente com a mãe, aproveitando o tema alusivo ao Natal, para procurar realizar algumas atividades fora de casa, para motivar a Ana a não se isolar no seu quarto.

Terminada a sessão, e sem a presença da Ana, entregou-se a carta de recomendação, explicando o motivo e esclarecendo as dúvidas que entretanto pudessem aparecer, tendo sido reconhecida, pela mãe da Ana, a necessidade de apoio psicológico, em abono do bem-estar de ambas.

Oitava sessão

A sessão ocorreu no início do segundo período letivo. A Ana conta não ter cumprido com as atividades acordadas na sessão anterior para o período de férias. Na primeira semana ainda colaborou em algumas, mas na segunda semana passou a maior parte do tempo no sofá

explicando que “ tinha preguiça (sic)”. Pedi-lhe para me explicar o que significava, para ela, ter preguiça respondendo: “é não fazer o que é preciso fazer, não fazer o que me pedem, não fazer nada, (sic)), mesmo sabendo que a mãe fica zangada por não colaborar e fazer o que lhe pede. Logo de seguida, explode dizendo que “tenho ódio da escola (sic)”.

A Ana pareceu-me incomodada e, nesse sentido, expressei a minha compreensão, referindo-lhe que me parecia estar muito zangada com o que se passava na escola e que esse sentimento a incomodava, respondendo com uma série de motivos, relatados todos de seguida, “não percebo o que os professores dizem; os professores ralham e falam mal, não consigo perceber a matéria; a comida da escola sabe mal; as pessoas não me vêem e dão-me encontrões; não tenho ninguém para falar ou quase ninguém a não ser a J. e mais ou menos a M.; vejo pessoas que falam dos outros e fazem bullying; ter de me levantar cedo, porque durante a noite não consigo dormir e fico a pensar que tenho de ir para a escola e não consigo dormir; mandam muitos trabalhos de casa; os professores faltam e não dão a matéria toda e os miúdos atiram a bola para cima de mim (sic)”. A Ana acaba por descrever o seu “ódio”, dizendo que sente desprezo e raiva ao mesmo tempo e porque não gosta de fazer e/ou ver determinadas coisas que a fazem sentir triste.

Demonstrando entender toda a sua zanga, refletimos sobre a hipótese de que havia algo de bom na escola, respondendo afirmativamente e enunciando “gosto de falar com a psicóloga, comer a comida que trago de casa, passear na escola, ver o meu irmão na escola, ficar a brincar no telemóvel e também adoro o professor de físico-química e história (sic)”, explicando que fica triste porque tem poucas pessoas com quem falar, preferindo que sejam as pessoas a falar com ela, por não gostar de tomar a iniciativa para o fazer.

A sessão terminou e a Ana despediu-se com alguma melancolia, dizendo que ia almoçar para depois ir ao apoio ao estudo.

Nona sessão

Assim que a Ana chegou, sentou-se e disse que tinha ido ao médico de família com a mãe. A mesma médica que a atendeu também atendeu a sua mãe, que acabou por ser medicada. No seu caso, a médica fez-lhe perguntas que a Ana considerou serem estranhas, tais como: se ouvia vozes (tendo respondido “ouço vozes quando me sinto triste (sic)”), se pensava em se matar (respondendo “tentei-me matar uma vez com uma faca mas sem sucesso (sic)”, explicando ter sido motivado por uma grande discussão com a mãe, avó e irmão). Por fim, a Ana foi encaminhada para uma consulta em Pedopsiquiatria, no hospital atribuído à sua área de residência, não tendo sido medicada. Os pensamentos tristes que surgem quando vai comer, voltaram a ser abordados pela Ana nesta sessão.

Em conjunto, avaliamos a definição de “comer” e a sua necessidade fisiológica (porque comemos – motivo), levando-a a refletir sobre o tema. Após ter verbalizado a necessidade de se comer para não ter fome, não ter energia, não ficar doente ou morrer e assim não adoecer e ter mais energia, levei-a a pensar no que teria acontecido para que esses pensamentos surgissem quando comia. A Ana começou por contar que, entre o 1º e o 6º ano, tinha sido um período complicado, mas não o descreveu e completou a sua reflexão com a dificuldade em fazer novos amigos, sentir-se ignorada pelos poucos amigos que tem, colegas e mesmo pela própria família, nomeadamente a mãe e o irmão, dando como exemplo “quando me chateio com o meu irmão por causa da NET, ele muda o difusor de quarto e eu fico sem acesso, a mãe e o meu irmão, não me ligam nenhuma (sic)”.

Ao terminarmos a sessão, sugeri à Ana para continuar a utilizar “O meu plano semanal” e assim conseguir uma melhor relação com a sua mãe.

Décima sessão

A professora, diretora de turma da Ana, aproveitou a sua chegada junto á porta do gabinete, para a abordar sobre o não cumprimento das tarefas escolares nomeadamente não passar do quadro, não colaborar, não demonstrar interesse nas aulas.

A Ana foi apanhada de surpresa, mas em alguns momentos reagiu, sobre os trabalhos de casa que eventualmente traz feitos. Confrontada sobre o seu horário, não sabia dizer que aulas tinha tido nesse dia, nem quis mostrar os cadernos que tinha na mala. Foi constrangedor.

Quando finalmente iniciamos a nossa sessão, a Ana demonstrou-se muito aborrecida dizendo “ não gosto nada da escola, estudar ou vir para a escola é uma perda de tempo. Quero mesmo é trabalhar (sic)”. Apercebi-me que a Ana desconhecia da obrigatoriedade e dever em estudar até aos 18 anos ou até ao 12º ano, pelo que avaliamos em conjunto os pontos positivos e negativos da sua vontade em deixar de estudar, motivando-a para a possibilidade de tirar um curso profissional que lhe proporcionasse uma profissão no seu futuro.

Procurando motivar a melhoria de notas e a seu empenho, escolheu três das seis disciplinas problemáticas para, em compromisso, se aplicar, procurando passar os trabalhos do quadro e fazer os seus trabalhos de casa. A Ana concordou e demonstrou vontade em se empenhar.

Décima primeira sessão

Ana chegou com muita vontade de falar, dizendo que tinha coisas boas e coisas más para contar. Demonstrando empatia, aguardei a partilha. No fim-de-semana zangou-se com a mãe e disse-lhe que ia sair de casa. Demonstrou admiração pela mãe não a ter impedido de sair. Estava a chover e por isso ficou à porta de casa durante algum tempo. Acabou por regressar e entender-se com a sua mãe, que se mostrou preocupada com a sua atitude, acabando por fazer o que tinha sido pedido pela mãe, ficando tudo bem entre ambas. Em conjunto, analisaram-se os motivos da sua tomada de posição e eventuais proveitos, tendo a Ana concluído não ter ganhado nada com a sua atitude.

Depois, mudando de assunto, passou à ‘coisa boa’. A mãe tinha terminado uma relação recente com uma pessoa de quem a Ana não gostava, considerando ser uma pessoa má, que se dirigia verbalmente de forma brusca e violenta para a sua mãe. A Ana assumiu não gostar dessa

pessoa tal como os avós, que também não gostavam. A mãe tinha concluído não ser a pessoa certa para ela, o que deixou a Ana feliz. Na escola, esforçava-se para se dar com os colegas, estar mais atenta nas aulas e a passar para o seu caderno, os apontamentos escritos no quadro.

Demonstrei contentamento pela sua melhoria aproveitando para reforçar a importância de escrever como facilitador para memorizar a matéria permitindo não ter de estudar tanto, o que a deixou pensativa integrando a informação. Em casa estava aplicada a colaborar com a mãe, fazendo o que lhe era pedido para assim poder jogar de seguida.

Exploraram-se atividades que poderiam ajudar a sua socialização e a hipótese de se inscrever na atividade extracurricular de teatro, demonstrando interesse em se informar dos horários disponíveis. Terminou-se a sessão e a Ana saiu bem-disposta.

Décima segunda sessão

A Ana apareceu com um sorriso tímido, dizendo não conseguir dormir. Quase todas as noites, pelas duas da manhã estava acordada, adormecendo com dificuldade. De manhã acordava muito cansada. Sensibilizei-a para a importância de ter uma noite bem dormida, e continuando essa situação, deveria falar com a mãe, para ir ao médico. A Ana confirmou não ter ainda tido consulta de pedopsiquiatria, por ser um hospital público.

De seguida partilha alguma tristeza pois, na semana anterior, o seu irmão tinha tido uma enorme zanga com a sua mãe ao ponto de pegar numa faca e ameaçar matar-se. A mãe acabou por bater no irmão, impedindo-o de pôr em prática a sua ameaça e colocando-o de castigo em casa dos avós maternos, acabando por dizer “não sei o que esta família tem (sic)”. A Ana assistiu a toda esta situação, gritando com a mãe e com o irmão e explica que grita porque “estou cansada de ouvir a mãe e os avós a ralhar comigo, (sic)”.

Na opinião da Ana, a mãe era demasiado nova para ter filhos, dizendo “a mãe não consegue cuidar dos filhos, (sic)” e conta “A mãe pergunta-me se é má mãe. (sic)”. Acha a sua mãe demasiado cansada, a precisar de ajuda e desde que deixou de tomar os medicamentos,

anda muito mais exaltada. Mais calma, disse estar a esforçar-se para melhorar as suas notas, apesar de não gostar de estudar mas gostava de ser detetive forense no futuro, dizendo que a sua mãe achava que tem jeito para essa profissão.

Terminada a sessão, a Ana saiu mais calma.

Décima terceira sessão

A Ana apareceu zangada pois a mãe tinha-a colocado em casa dos avós, depois do castigo dado ao seu irmão. Confessou ter chorado bastante, queria dormir na sua casa e ficar perto do telemóvel e computador que a mãe não a deixou levar, mas percebeu que até está a gostar de estar com os avós, pois tinha mais atenção e era melhor compreendida.

A avó fez uma ‘reza’ e passou com ‘água oxigenada (sic) não percebendo o que se estava a passar. A sua avó achava que a Ana precisava de ajuda, que estava doente. A avó acabou por arranjar um computador o que deixou a Ana ficar mais distraída, dizendo que assim, não pensava em coisas más porque “são problemas da minha cabeça (sic)”.

Demonstrei entender que esses problemas a incomodavam, o que a motivou a nomeá-los “ A vida é curta, morres depressa; o sol vai explodir’; há pessoas que sofrem de bullying, podem sofrer e dar suicídio’; há pessoas que precisam de ajuda e morrem’; o mundo pode acabar com poluição’; assassinos, tiroteios, e agora a doença dos chineses (sic)” e terminou dizendo “A vida é bué má, porque se estraga tudo (sic)”.

Refere sentir-se triste por causa da sua mãe contando “ a mãe culpa-me e diz que tenho o DNA do meu pai (sic)” porque a mãe diz-lhe que o seu comportamento é igual ao do seu pai.

Na tentativa de desmontar a negatividade que a Ana apresentava, procuramos refletir em conjunto, nas coisas positivas e boas que se poderiam encontrar e que eram nossas conhecidas, pegando como exemplo, o sol e os seus benefícios.

Terminada a sessão, ficou a sensação de alguma tranquilidade por parte da Ana, após aquele momento de partilha.

Décima quarta sessão

A Ana apresentou-se muito cansada, voltando a dizer que não dormia bem, “só quero mesmo é dormir (sic)”. Tinha regressado a casa, depois da semana em casa dos avós, partilhando que sua mãe não parava de a comparar com o irmão e falava mal com ela dizendo “Sinto-me ser culpada pelo irmão (sic)”.

Gostou de estar em casa dos avós, que tudo tinha corrido bem, a avó dava-lhe chá de camomila para dormir e de manhã acordava calmamente pelo avô. Contudo referiu não querer ficar em casa dos avós porque não levava consigo o seu computador e explicou “preciso do PC para me descontraír e não pensar em outras coisas”; estou farta de viver, a vida é má; sou uma experiência, nasci, agora vivo e um dia morro, sou uma experiência normal, não vale a pena (sic)” concluindo “Os meus problemas estão relacionados com eles (sic)”.

Reformulei dizendo parecer-me que os seus problemas estavam relacionados com alguém ao que a Ana respondeu “ sim, a família, a mãe (sic)”. E continua dizendo “ sinto-me que me culpam, falam mal para mim, a mãe anda muito stressada, foi demasiado nova para cuidar de crianças, a mãe não me ajuda também, só me complica a vida (sic)”. Dizia não ter apetite para comer e apenas comia sem vontade. E continuou dizendo “ Também sei que faço a vida complicada há minha mãe; eu também complico a vida da mãe; a mãe não me bate porque sou magrinha, (sic)” mostrando os seus braços que se apresentam magros e continuou “acho que a mãe precisa de ajuda. A mãe não tem ainda trabalho, vende coisas de casa que já não fazem falta (sic)”.

A Ana foi verbalizando todos os seus sentimentos e preocupações, mantendo a compreensão empática e o olhar incondicional perante o seu relato. Em conjunto, fomos percebendo a forma como surgem os pensamentos, a sua relação com as emoções e sentimentos e conseqüentemente a geração de comportamentos, procurando encontrar e desmistificar os pensamentos negativos em positivos.

Por fim, apesar de entender a diferença, acabou por dizer “Não estou nem aí para o que está acontecer neste momento, (sic)”. Respeitando o seu momento, e já com a sessão a terminar, expliquei-lhe que, a sua mudança apenas poderia acontecer, desde que estivesse disponível, sendo necessária a sua vontade.

A Ana perguntou, com um sorriso e de forma direta, se está mesmo doente. Respondi dizendo que seria necessário perceber o motivo pelo qual não conseguia dormir, causando-lhe cansaço e tirando-lhe a capacidade de concentração na escola bem como na sua relação diária com a sua família. Acabou saindo, dizendo que iria pedir à mãe para a levar ao médico.

Restantes sessões

As sessões foram interrompidas com o aparecimento da pandemia Covid-19, contudo, ainda a meio do terceiro período, a família solicitou apoio ao SPO, motivado pelo desinteresse e oposição por parte da Ana, em acompanhar as aulas dadas pelos professores, numa plataforma específica para o efeito, correndo o risco de não passar de ano.

O apoio por videoconferência, ocorreu durante quatro semanas, tendo as sessões sido acompanhadas pela orientadora de estágio. Contudo, não houve grande sucesso, pela falta de colaboração da Ana, que apresentava desmotivação, dificuldade em contornar as dificuldades criadas por si própria, acrescido de desinteresse para todas as alternativas que lhe eram apresentadas, para assim, terminar o ano com sucesso.

Reflexão do caso.

A abordagem centrada no cliente assenta na confiança por excelência, da pessoa, que depende da sua tendência atualizante para crescer, para se desenvolver, para realizar as suas potencialidades. Confia que o ser humano usufrui de um fluxo direcional construtivo que o direciona a um desenvolvimento complexo e completo, (Rogers, 1986, p.198).

Hipólito (2011, p.147) refere que um dos conceitos chaves desta abordagem está sustentada pela tendência formativa, sendo esta ‘sempre atuante em direção a uma ordem

crescente e a uma complexidade interrelacionada, visível tanto no organismo inorgânico como orgânico’.

No livro *Tornar-se Pessoa* (1961; 2009) de Carls Rogers, observa-se a sua crença no poder que existe em cada pessoa, e que o leva a sua autorrealização e auto-atualização. Segundo o autor, o cliente é a pessoa que mais sabe de si, considerando-o como sendo o verdadeiro especialista da sua pessoa, sendo conhecedor da sua dor e o do que lhe causa a magoa, tendo a capacidade de descobrir o caminho que lhe proporcionará libertar-se e dar continuação à sua vida.

Neste sentido, a análise ao caso da Ana, vai no sentido da aplicabilidade conjunta.

Através da *teoria da Personalidade e da Conduta de Rogers* (2003, p.485 – 537), nas suas dezanove proposições (Prop.), procura explicar-se a dinâmica do comportamento observado e da personalidade da Ana.

Ana demonstra o mundo que experiencia e do qual é o centro sendo conhecedora de como percebe a sua experiência no seu campo fenomenal, contudo limitada ao seu mundo privado, “*não gosto de dar nas vistas; escondo-me no cabelo porque não sou sociável, (sic)*” ; “*só quero ser uma pessoa normal e não estar triste, (sic)*”; “*tenho vergonha que me estejam a ver, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop.1, pág. 487.

Ana adapta-se ao modo como percebe a sua realidade: “*Quando vou comer penso em coisas tristes e é por isso que não como. A minha cabeça bloqueia, tenho pensamentos tristes, memórias más, (sic)*”; Na turma, Ana tem um colega que “*chama-me nomes, nunca está quieto na sala, faz barulho e o professor não faz nada, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop. 2, pág. 488.

O organismo da Ana é um sistema total organizado em que a alteração de qualquer uma das partes provoca alteração nas outras partes, com vista a um objetivo específico: Ana chora

quando algum colega a perturba, “*Quem fala mal comigo, eu choro, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop. 3, pág. 490.

Verifica-se que o organismo de Ana tende para se conservar a si mesmo, comportando-se defensivamente face à ameaça (socializar), realizando a sua autoconservação, autorrealização e autonomia: “*Não sou sociável, prefiro estar no telemóvel, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop.4, pág. 492.

Devido às tensões emocionais sentidas pela Ana, o comportamento vem no sentido de reduzir a tensão, “*Quando vou comer penso em coisas tristes e é por isso que não como, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop.5, pág. 495.

Ana sente emoções desagradáveis mas procura acompanhar o esforço do seu organismo no sentido de superação e desenvolvimento: “*um dia cheguei a casa e o meu pássaro, estava de patas para o ar, morto, fiquei triste (...) até já pensei em fugir de casa, (sic)*”. A mãe de Ana anda sempre zangada e irritada, desencadeando desentendimentos entre ambas, acabando por a Ana ser castigada, referindo; “*só quero ser uma pessoa normal e não estar triste, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop. 6, pág. 497.

O seu quadro de referência interno, leva-a ao sentimento de tristeza e por vezes pensa que nem quer viver, justificando estar sempre a ser chateada e a receber sermões da mãe, “*Estou farta de viver, a vida é má, (sic)*”, conforme Rogers (2003), Prop.7, pág. 498.

O seu EU (Self) vai no sentido da tomada de consciência de ser e de agir, “*Não confio em ninguém nem mesmo na família, (sic)*”, Rogers (2003), Prop.8, pág. 501.

A Ana percebe as suas experiências como negativas, resultantes de interação com o ambiente e com os outros, sentindo-as como ameaças que não a defendem nem a desenvolvem, de acordo com a estrutura do self. Tem sentimentos de raiva devido a comportamentos agressivos que os colegas acabam por ter consigo “*fui agarrada pelos meninos para que outro se senta-se em cima de mim, (sic)*”, na sua relação familiar, relacionamento com o seu irmão,

em que sente não ter a sua atenção, e implicância com as suas dificuldades deixando-a triste, sentindo-se sozinha, gozada, e “*pisada, (sic)*”; quanto ao pai refere “*está sempre a ralar comigo, ele é mau, (sic)*”, não se lembrando sequer do seu dia de aniversário, (Rogers (2003), Prop.9, pág. 502).

No caso de Ana, a experiência de bullying, que foi simbolizada e percebida pela Ana, não satisfaz a necessidade do seu self, tornando-se distorcida e inconsistente na estrutura do self. Os comportamentos agressivos dos colegas, fizeram com que a Ana fosse “*agarrada pelos meninos para que outro se senta-se em cima de mim, (sic)*”, implicando o seu afastamento e isolamento perante os pares (Rogers (2003), Prop. 11, pág. 509).

O organismo da Ana luta para satisfazer a sua necessidade no mundo tal como a experiência, ou seja, sendo a escola um espaço onde se sente insegura na interação com seus pares, o seu comportamento orgânico apresenta-se com desinteresse e rejeição ao ambiente escolar, com permanente cansaço físico, que se transforma num fator de defesa ao seu conceito de self. (Rogers (2003), Prop. 12, pág. 512)

Surge uma discrepância entre as experiências do organismo da Ana e o conceito do seu self, exercendo uma influência determinante e de desadaptação sobre o seu comportamento, refletindo-se no ambiente escolar e familiar. A Ana diz ser considerada estranha pelos colegas “*porque não me rio quando os outros acham graça e eu não, ou fazem coisas que eu não quero fazer, (...) não sou sociável, prefiro estar no telemóvel (..) estudar ou vir á escola é uma perda de tempo, (sic)*”. Demonstra preocupação pela constante irritação, *stress* e zanga e consequentes sermões da mãe, que a levam a comportamentos desadequados com a Ana e castigos; “*só quero ser uma pessoa normal e não estar triste, até já pensei em fugir de casa, (...)*“*a mãe quer que eu seja como ela quer; preocupa-se com o que os outros dizem (...) não tenho que viver assim, (sic)* “. (Rogers (2003), Prop. 14, pág. 514).

A defesa do self de Ana, traduz-se num comportamento defensivo em resposta à ameaça, cujo objetivo é a permanência da estrutura do self. Como as experiências percebidas ou antecipadas são incongruentes com a estrutura do self, a resposta afetiva à ameaça traduz-se em ansiedade onde a defesa implica uma rejeição ou distorção da experiência percebida, para reduzir a incongruência entre a experiência e a estrutura do self. O seu comportamento defensivo aumenta a suscetibilidade à ameaça pelas percepções repetidas que podem ameaçar, negar ou distorcer os acontecimentos experienciados podendo surgir uma simbolização distorcida com maior possibilidade de ser percebida como ameaçadora. As ‘coisas más’ a que a Ana se refere nomeadamente “*A vida é curta, morres depressa*”, “*O sol vai explodir*”, “*Há pessoas que sobrem de bullying, podem sofrer e dar suicídio*”, “*Pessoas que precisam de ajuda e morrem*”, “*Mundo pode acabar com poluição*”, “*assassinos, tiroteios, e agora a doença dos chineses*” (...) *A vida é bué má, porque se estraga tudo (sic)*”. A Ana expressa um sentimento de ódio relativamente à sua escola, entre outros motivos anteriormente apresentados, referido “*pessoas não me vêem e dão-me encontrões, (sic)*” e finalizando, dizendo “*pessoas que falam dos outros e fazem bullying (sic)*”, (Rogers (2003), Prop. 16, pág. 519).

Segundo a teoria de Desenvolvimento Humano na perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa, Hipólito (2011, capítulo 12, 147-162) constata que o Self orgânico da Ana experiencia a sua realidade, ou seja, vivencia um ambiente familiar rígido e exigente e de alguma forma conflituoso e um ambiente escolar com alguma perturbação nas relações interpessoais e académicas, criando-lhe alguma dissociação das condições de valor percebidas na sua infância.

A sua tendência atualizante e o locus interno de controlo decorreram desde o momento da sua formação enquanto embrião até ao nascimento, contudo o seu organismo foi sujeito a um período emocionalmente conturbado que decorreu aos 6 meses de gestação, proveniente da

separação dos seus progenitores, tendo nascido com 34 semanas e com pouco peso permanecendo, hospitalizada até atingir o peso ideal.

Após o seu nascimento, a percepção das fronteiras (limites) do seu self orgânico decorreram com tomada de consciência das fronteiras com o mundo exterior, nomeadamente a separação com a figura paterna proveniente da separação dos seus progenitores, a constante mudança residencial da família materna bem como o comprometimento na adaptação e integração escolar académica e seus pares.

Em paralelo à percepção dos limites do self, Ana desenvolve a percepção do outro significativo designado por condições de valor, onde se destaca a sua necessidade de ser valorizada pelo seu irmão, entendida por parte da sua mãe e aceite pelos seus pares, do qual depende para sobreviver.

Perante as condições de valor da Ana, a percepção do outro significativo, dificulta-a na modelação das percepções de acordo com os parâmetros de aceitação do outro, evitando a sua interação social com os pares (colegas e amigos próximos da família) e família direta, neste caso refugiando-se constantemente nas tecnologias (telefone e computador). No decorrer do tempo, as condições de valores por si percebidas entraram em contradição tomando consciência e experienciando o conflito entre o seu locus controlo interno (o sentimento interior do ser) e o locus de controlo externo (as decisões dos outros mesmo que digam respeito a si enquanto ser), dando-se assim uma dissociação cognitiva e emocional cujos aspetos experienciados não se integram na sua percepção, dando origem a sintomas somáticos e psicológicos (tristeza, ódio, choro, revolta, insónias, cansaço físico, falta de apetite e desinteresse alimentar) colocando em causa o equilíbrio orgânico na manutenção do seu funcionamento.

As suas condições de atualização bio psico social estão comprometidas não permitindo a sua evolução orgânica associada à tendência atualizante, ou seja, em função da sua

experiência, as suas potencialidades carecem de atualização para que proporcione a consciência da realidade e a modificação das suas condições de valores e tomada de decisão no sentido da evolução e auto-realização de desenvolvimento psico-afectivo.

Caso clínico II

Identificação.

Rui (nome fictício) é um jovem com 7 anos, do sexo masculino, caucasiano, com nacionalidade de um país da América do Sul. Frequenta o segundo ano do ciclo básico. A mãe tem 29 anos, doméstica e concluiu o equivalente ao 12º ano de escolaridade, e o pai, de 33 anos, desempenha a sua profissão no grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (CPP, 2011) e tem o equivalente ao 12º ano de escolaridade. São casados. O Rui tem um irmão com 12 anos e uma irmã com 1 ano e 6 meses.

Motivo da consulta.

A Identificação da Necessidade de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão do aluno foi solicitada pela professora titular de turma, por revelar dificuldades de aprendizagem, comunicação e compreensão. O Rui apresentava-se tímido, pouco comunicativo e com dificuldades ao nível de organização do discurso oral e do cálculo mental, raciocínio matemático e conhecimento dos números.

Revelava grande nível de desatenção, parecendo não entender a mensagem dada pela professora, ou não compreender o que lhe é transmitido. Não concluía as tarefas no tempo previsto e o seu ritmo de trabalho era muito lento.

Foram realizadas quatro sessões que se iniciaram a 28 de janeiro de 2020 e terminaram a 02 de março de 2020, interrompidas pelo período de três dias de férias calendarizadas no período escolar (Carnaval).

As sessões foram realizadas numa periodicidade semanal, com a duração de aproximadamente uma hora. A avaliação psicológica decorreu em ambiente calmo, sem distratores e em colaboração prestativa por parte do aluno.

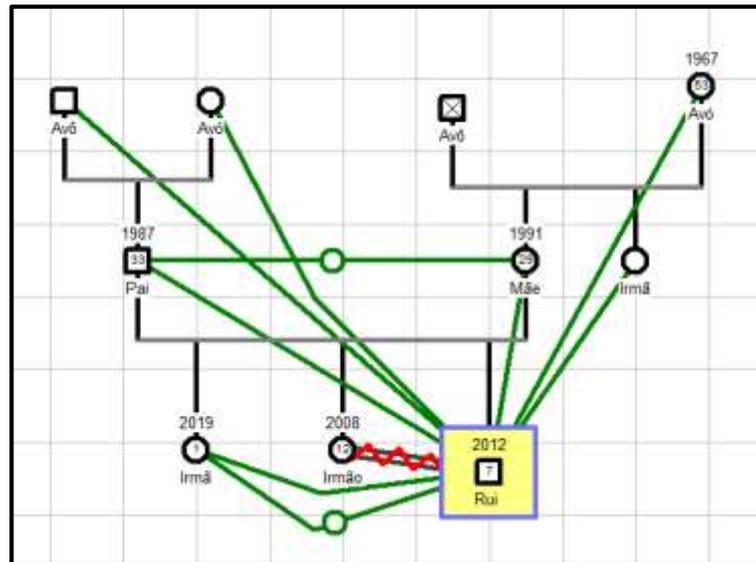


Figura 4 - Genograma familiar – Caso Clínico II

O agregado familiar do Rui constitui-se pelo pai, mãe e dois irmãos. Os seus progenitores são casados, têm uma relação harmoniosa e de amor enquanto casal bem como com os seus filhos. O Rui é muito apegado à sua irmã, enquanto com o irmão tem uma relação próxima-hostil, mantém uma relação harmoniosa com a mãe e o pai. Com os avós (maternos e paternos) e tia materna tem uma relação harmoniosa apesar de estarem ausentes.

História clínica.

Realizou-se uma entrevista semi-diretiva com a progenitora e encarregada de educação, para se obter informação sobre o Rui. A gravidez decorreu dentro da normalidade, contudo com períodos de alguma instabilidade relacional e emocional com o cônjuge, já restabelecida, sem dificuldades no parto, sem complicações acrescidas.

O período neonatal do Rui decorreu dentro da normalidade com um desenvolvimento psicomotor normativo.

Da sua história médica, não apresenta antecedentes hereditários nem se registam casos de doença grave ou hospitalização. Segundo a progenitora, o Rui tem alergia ao pó, com melhorias significativas desde que chegou a Portugal. É muito comum estar constipado, com dores de barriga ou febre, situação desvalorizada pela mãe.

Foi-lhe diagnosticado miopia, usando óculos com uma graduação elevada. Ao nível auditivo, não apresenta problemas identificados em consulta previamente realizada.

Dorme sozinho, com luz de presença associado a medo do escuro. Também tem medo de aranhas, provocando-lhe crises de choro. Partilha o quarto com o irmão com camas individuais. A higiene de sono decorre entre as 22h/22h30m, levantando-se pelas 8h para se preparar para a escola.

Tem uma alimentação regular, com 6 refeições diárias.

O percurso escolar iniciou-se no seu país de origem onde frequentou creche até aos 3 anos e jardim-de-infância até aos 5 anos. Ao chegar a Portugal, no início de 2018, não se matriculou no centro escolar, ficando com a mãe. No início do novo ano letivo, desse ano foi inscrito no 1º ciclo, na escola básica correspondente à sua residência.

Ao longo do seu percurso escolar não foi identificado qualquer apoio em intervenção precoce nem terapias complementares. Encontra-se com apoio educativo desde o 1º ano com medidas universais implementadas.

Atualmente, o seu aproveitamento escolar revela dificuldades de aprendizagem, comunicação e compreensão, com dificuldade ao nível de organização do discurso oral bem como ao nível do cálculo mental, raciocínio matemático e conhecimento dos números. Apresentava grande nível de desatenção, parecendo não entender/compreender a mensagem dada pela professora. Não concluía as tarefas no tempo previsto e o seu ritmo de trabalho apresentava-se muito lento.

Segundo a progenitora, o Rui é muito tímido, muito distraído, com dificuldade em concentrar-se, não entende o abecedário e troca as letras, não gosta de ler e leva algum tempo a realizar as tarefas. Reconhece o pai com maior autoridade, acatando as suas orientações.

Socialmente, não se isola dos seus pares sendo comunicativo no recreio da escola. Por vezes os seus colegas entram em conflito com o Rui originando brigas de onde sai magoado mas não conta a ninguém. A mãe considera-o alegre e muito '*sentimental sic*', chorando com frequência.

No que se refere a desporto, não tem nenhuma atividade física extracurricular, gosta de jogar futebol mas não durante muito tempo.

Nos tempos livres vê filmes no Youtube e/ou joga Minecraft – Jogo de construção. Não consegue ficar muito tempo a fazer a mesma atividade.

Avaliação psicológica.

A avaliação decorreu em quatro sessões, nas quais foram aplicados instrumentos de avaliação de acordo com o motivo de referenciação. As informações decorrentes desta avaliação refletem o momento em que a mesma foi realizada, não tendo carácter definitivo, na medida em que o desenvolvimento é um processo dinâmico e evolutivo. Durante a avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos:

Fisicamente o Rui tem uma estatura frágil e pequena. Apresentou-se cuidado e limpo, vestindo roupas adequadas à sua idade. É um menino muito tímido comunicando verbalmente em tom muito baixo e com reserva. Apresentou dificuldade na articulação de sons e verbalização de palavras que, por vezes, não se compreendem, mesmo quando repetidas. Apresentou dificuldade em entender o que lhe era dito.

Nos primeiros segundos/minutos de cada sessão, eram visíveis tremores musculares (como se estivesse com frio), acalmando-se de seguida e cooperando nas tarefas solicitadas.

Para desbloquear a ansiedade mostrada nesta primeira sessão, entregou-se uma folha branca e incentivou-se a realização de um desenho de uma família.

Iniciou o desenho carregando muito no lápis, apagando e voltando a desenhar, retificando determinadas figuras (irmão, pai e mãe), dando cor a camisola do pai e ao sol que desenhou no canto superior direito. Apresentou lentificação na elaboração desta tarefa.

Descreveu a sua família direta: a mãe, o pai e os irmãos.

Na opinião do Rui os pais dão-se bem, mas também se zangam o que o deixa triste.

A mãe leva-o todos os dias para a escola mas chega sempre atrasado. Também leva a sua irmã para o jardim-de-infância, e de seguida vai para o seu trabalho. Gosta muito da mãe mas na sua opinião, às vezes zanga-se com ele, mas o Rui não sabe porquê.

Sobre o pai, não referiu grande sentimento, identificou-o como tendo sido profissional de futebol no seu país de origem mas atualmente trabalha “*a fazer casas, (sic)*”.

A irmã mais nova tende a bater no Rui mas quando vai dormir, dá-lhe beijinhos. Sabe que a irmã tem um ano de idade e quando questionado “quando a mana chora o que fazes? Responde, “*não sei, (sic)*”.

Vê o irmão mais velho como uma pessoa grande que tem notas baixas na escola. Gosta mais ou menos do irmão, às vezes brincam juntos mas também se zangam; depois ficam bem. Sabe que o irmão tem 12 anos.

Gosta muito dos seus avós de quem tem saudades, com quem passou férias em Portugal.
Desenho da Família (Corman).

A aplicação desta técnica, que permite avaliar o estado afetivo (sentimentos, desejos, temores, atrações e repulsas), decorreu num ambiente acolhedor e sem distratores com boa participação por parte do Rui. Das 4 etapas que esta prova contém, nomeadamente desenho e entrevista da família imaginária e real, apenas se aplicou a prova sobre a o desenho da família e a respetiva entrevista analisando o desenho conforme as linhas orientadoras para a entrevista

(e.g. quem manda mais, quem manda menos, que é mais simpático, quem é menos simpático, quem é mais feliz, quem é menos feliz, um dos filhos não se portou bem, qual deles foi, se pudesses mudar alguma coisa, o que mudavas).



Figura 5 - Desenho de Família – Caso Clínico II

Conforme linhas orientadoras para a interpretação do desenho, de acordo com o autor da prova, pode-se constatar que o Rui desenhou a família nuclear, sugerindo existir bom relacionamento entres os diferentes elementos. Contudo, apresenta uma valorização egocêntrica e traços de alguma rivalidade fraterna. O traço forte e marcado do desenho deixa transparecer alguma agressividade e impulsividade. Por outro lado, o seu investimento no desenho revela alguma maturidade e reflexo de imaginação. Em anexo II encontra o detalhe desta prova e sua interpretação.

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.

Nesta prova de raciocínio lógico, isenta de influências culturais ou linguísticas e independente do nível de conhecimento e aprendizagens prévias, revelou uma capacidade intelectual de acordo com a idade cronológica, acima da média ($P_c=95$).

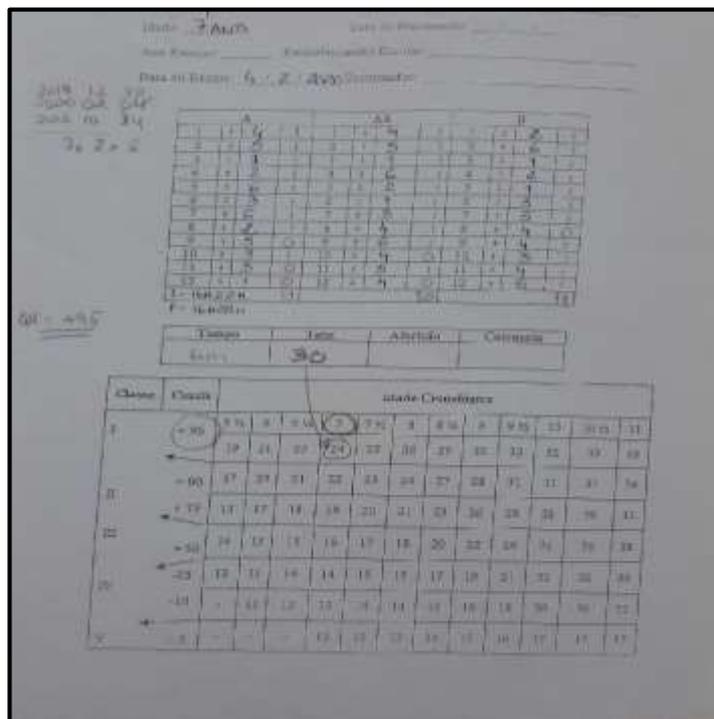


Figura 6 - Prova MPC de Raven

Figura Complexa de Rey (forma A).

Nesta prova, realizada com justaposição de detalhes, mostrou alguma dificuldade ao nível da reprodução de estruturas visuais e organização perceptiva (Pc=10/20) com melhor desempenho ao nível da memória visual (Pc=80).

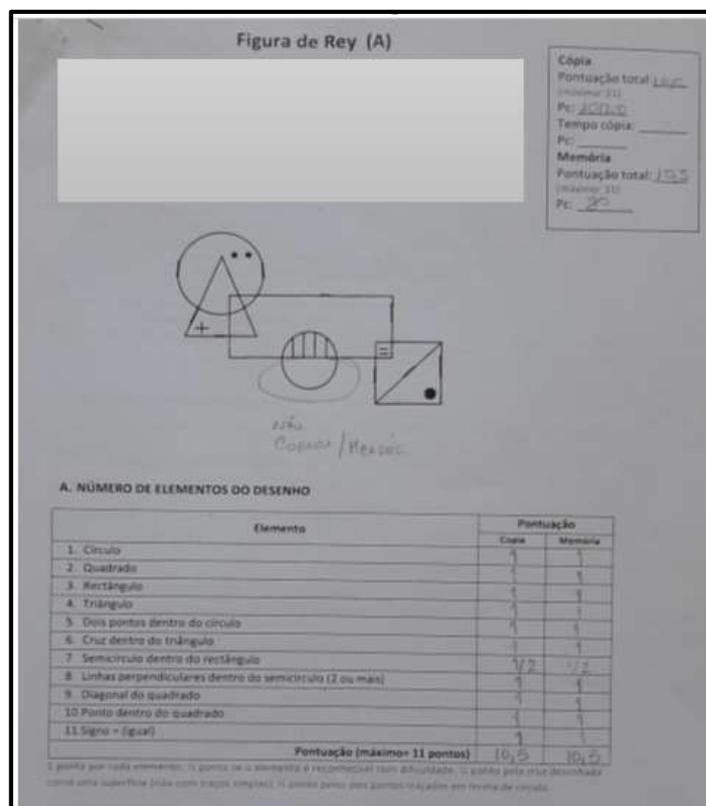


Figura 7 - Prova Figura de Rey (A)

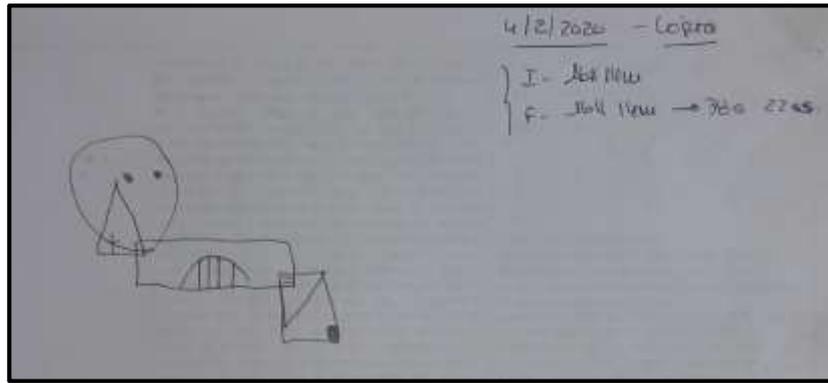


Figura 8 - Figura de Rey – Prova de cópia

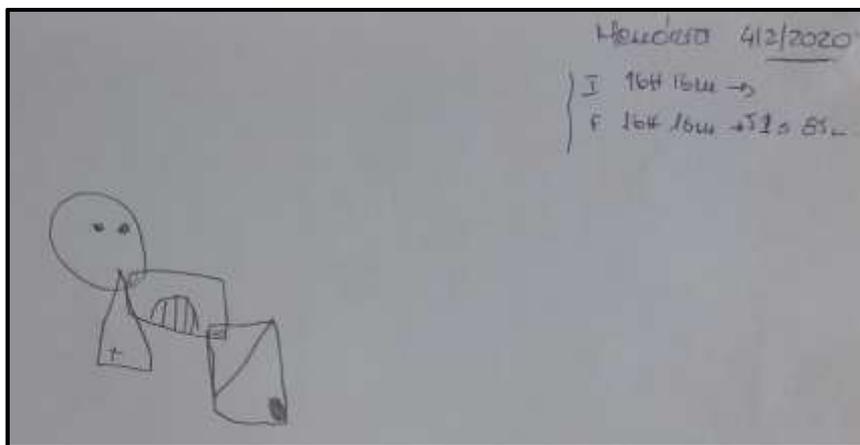


Figura 9 - Figura de Rey – Prova de Memória

Teste Toulouse-Pierón.

Para a avaliação da capacidade preceptiva e atenção, aplicou-se o Teste Toulouse-Pierón, apresentando uma capacidade de concentração tipificada como muito disperso (mais de 20 % de erros ou omissões na tarefa realizada) e um poder de realização lento ($P_c=20$).



Figura 10 - Prova e cotação - Toulouse-Pierón

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por).

Com recurso ao Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por), foram recolhidas informações adicionais aos pais e à professora do Rui. Os dados obtidos a partir da análise das respostas dos pais indicaram não existir qualquer risco nas subescalas referentes a sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pro-social; quanto aos problemas de relacionamento com colegas os valores apresentam-se limítrofes. As respostas da professora titular de turma não identificam dificuldades significativas nas subescalas referentes a sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e relacionamento com colegas; quanto aos comportamentos pro-social os valores apresentam-se também limítrofes. Em anexo II encontra-se o detalhe das provas realizadas.

Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar – BAPAE.

Através desta prova, avalia-se as aptidões da criança em idade escolar. Os resultados desta bateria são suscetíveis de evolução e dependem do nível de desenvolvimento da criança e da estimulação a que ela é sujeita. A aplicação desta bateria teve por objetivo detetar as

dificuldades ao nível da compreensão verbal, relações espaciais, aptidão numérica, constância da forma e orientação espacial.

Os seus resultados em percentis são os seguintes:

BAPAE	POR IDADE (7 anos)	POR ANO ESCOLAR (2º ano)
Compreensão Verbal	65	60
Relações Espaciais	99	99
Aptidão Numérica	50	35
Constância da Forma	45	15
Orientação Espacial	40	35

Figura 11 - Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar – Resultados

Em anexo II encontra-se o detalhe das provas realizadas.

Grelha de Observação da Linguagem (GOL-E).

Aplicou-se a Grelha de Observação da Linguagem (GOL-E), prova que pretende avaliar a capacidade linguística da criança ao nível escolar. Nesta prova revelou alguma dificuldade ao longo da prova com resultados significativos na estrutura semântica (Pc= 10/25), na estrutura morfosintática (Pc=20/25) e fonológica (Pc=10). Em anexo II encontra-se o detalhe das provas realizadas.

Leitura e Escrita.

Através da aplicação de diferentes provas formais e informais, verificam-se, relativamente ao diagnóstico informal da leitura (leitura oral), dificuldades acentuadas ao nível do processamento fonológico (consciência, codificação e nomeação), com uma velocidade leitura muito aquém do esperado para a faixa etária (14 palavras/minuto para 80 palavras esperadas), encontrando-se numa fase muito inicial do processo, com dificuldade na

descodificação de letras e sílabas, leitura de palavras regulares, irregulares, frequentes e pouco frequentes, sem momentos de autocorreção e dificuldade de compreensão do texto lido. As dificuldades estão também presentes ao nível da ortografia, com a presença de muitos erros ortográficos (erros fonológicos, gramaticais e de concordância, omissões, adições e substituições). Em anexo II encontra-se o detalhe das provas realizadas.

Discussão clínica.

As informações refletem o momento em que a avaliação foi realizada. Não têm carácter definitivo, na medida em que o desenvolvimento é um processo dinâmico e evolutivo. Durante a avaliação o Rui mostrou ser um menino muito tímido, comunicando num tom muito baixo e com reserva, por vezes demonstrando alguma ansiedade. A comunicação verbal não se apresentava adequada a sua faixa etária, com dificuldade na articulação de sons e palavras bem como na interpretação do que lhe era devolvido. Apesar dos constrangimentos inicialmente encontrados, o Rui colaborou nas provas apresentadas com interesse e empenho na sua realização.

As dificuldades comunicacionais identificadas no Rui, ou seja, *“a forma como um indivíduo processa a informação – a recebe, a integra, a retém e a exprime -, tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações”* Correia (2008, pág. 46), levantaram por hipótese, uma eventual perturbação de aprendizagem específica, conforme Correia (2008) a define *“(..) As dificuldades de aprendizagem específicas podem, assim, manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices que implicam problemas de memória, preceptivos, motores, de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos. Estas dificuldades, que não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de estes ocorrerem em concomitância com elas, podem, ainda, alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente”*,

(..). Neste sentido, realizaram-se provas que pudessem identificar eventual compromisso cognitivo, déficit de atenção, emocional, social ou comportamental que pudessem contrapor a hipótese formulada.

Com base no seu desempenho durante a prova de Raven (2000), que permite avaliar um conjunto de funções mentais integradas (fator g de inteligência), o Rui não pareceu revelar nenhum compromisso cognitivo, apresentando um desempenho superior nesta prova, que apela ao raciocínio lógico, revelando uma capacidade intelectual de acordo com a idade cronológica, acima da média.

Pelos dados obtidos através do questionário de Conners (1997) preenchidos por pais e professores, a informação obtida não foi antagónica resultando uma pontuação dentro do padrão normal, não tendo sido identificados problemas relacionados com PHDA nas dimensões referentes a sintomas emocionais, problemas de comportamento, problemas com os colegas, hiperatividade e/ou comportamento pro-social.

Por outro lado, os fatores de risco que predispõem a eventuais sintomas, os fatores precipitantes que desencadeiam ou acentuam os sintomas e fatores de manutenção que perpetuam os sintomas, podem desencadear problemas psicológicos nas crianças, influenciando o prognóstico e a resposta à intervenção (Carr, 2014, pág. 49-82). Avaliando o desenvolvimento biopsicossocial do Rui, no decorrer da sua gestação, este foi sujeito à instabilidade emocional e relacional da progenitora. Estes acontecimentos são fatores predisponentes a eventuais prejuízos para o desenvolvimento infantil, predisposição para doenças mentais, alergias e asma, segundo os estudos de diversos autores, referenciados por Rodrigues & Svhiavo (2011) no seu artigo original “*As fases do stress de primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto, correlacionando-as à ocorrência de depressão pós-parto*”. Verifica-se que na história clínica relatada pela progenitora, o Rui tem alergia ao pó com melhorias significativas desde que chegou a Portugal.

O período neonatal decorreu dentro da normalidade com desenvolvimento psicomotor normativo, não apresentando antecedentes hereditários nem registos de doença grave e/ou hospitalização, história familiar com dificuldades de leitura (dislexia) e de alfabetização ou parentes de primeiro grau com dificuldades de aprendizagem (DSM-5, APA, 2014).

O percurso académico do Rui foi iniciado no país de nascimento até aos 5 anos. Com a mudança para outro país, iniciou a escolaridade após 6 meses da sua chegada, permanecendo no seio familiar, sem interação com a nova realidade cultural, linguística e pedagógica de Portugal. Segundo Carr (2014, pág. 52), as transições de ciclo de vida e a mudança de residência ou país bem como o défice na aquisição de competências básicas na educação pré-escolar podem ser considerados potenciais fatores precipitantes a eventuais prejuízos no desenvolvimento psicológico das crianças com repercussão em toda a vida da criança.

Dada a dificuldade na comunicação fonológica e capacidade de nomeação com eventual falta de conhecimento na língua da instituição académica ou a uma inadequada instrução educacional, as provas realizadas indicaram dificuldades acentuadas na área da leitura e da escrita, para a sua faixa etária e ano de escolaridade em que se encontra, com iguais dificuldades na área da matemática, assim como de atenção/concentração, sugerindo uma eventual dificuldade da aprendizagem em leitura e escrita, específica da dislexia (DSM5, APA, 2014).

Ao nível comportamental, psicológico e emocional, não foram realizadas provas para despiste de alguma eventual perturbação a identificar, dado que a Identificação da Necessidade de Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão apresentava preocupações no âmbito da dificuldade na aprendizagem.

Em simultâneo, solicitou-se uma avaliação em terapia da fala cujo relatório se aguardava para completar o diagnóstico final. Aos pais foi sugerido a manutenção das consultas de otorrino e oftalmologia e aos professores a aplicação de Medidas Universais, conforme o Decreto-Lei nº54/2018, de 6 de Julho e a criação de um plano de intervenção ao nível da leitura

e expressão escrita (apoio especializado e interventivo para a melhoria da consciência fonológica e produção escrita), perspectivando-se reavaliação no próximo ano letivo, após intervenção.

Reflexão do caso.

Segundo a teoria de Desenvolvimento Humano na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, Hipólito (2011, capítulo 12, 147-162) constata-se que o Self organísmico do Rui vivencia um ambiente familiar saudável entre todos os elementos da sua família apesar de algumas rivalidades com o seu irmão mais velho.

A sua tendência atualizante e o locus interno de controlo, sem interferência do meio exterior, decorreram desde o momento da sua formação enquanto embrião até ao nascimento. No decorrer do desenvolvimento foi sujeito a um período emocionalmente conturbado durante a gestação, devido a alguma instabilidade relacional e emocional da progenitora, mas que equilibrou antes do seu nascimento.

Após o nascimento, o self organísmico do Rui foi percecionando os limites e tomada de consciência do seu mundo exterior, ou seja a sua realidade e as condições de valor de um dos países da América do Sul.

Aos 5 anos de idade, com a mudança de residência e de país pelos progenitores, a sua percepção da realidade foi sendo alterada, onde o seu sentimento interior do ser (locus interno) e as decisões tomadas pelos seus pais a respeito de si enquanto ser (locus externo) parecem manifestar uma possível dissociação cuja tensão pode dar origem a sintomas.

A dissociação neste caso pode estar relacionada com a mudança de país e cultura, dificultando e comprometendo a atualização biopsicossocial e as condições de valor mínimas perante uma diferente comunidade.

A dificuldade na aprendizagem, comunicação e compreensão, ao nível de organização do discurso oral bem como ao nível do cálculo mental (raciocínio matemático e conhecimento

dos números), são sintomas que surgem, provenientes do desequilíbrio do seu organismo por falta de autorregulação.

As condições de atualização bio psicossocial estão comprometidas, dificultando a sua evolução orgânica associada à tendência formativa pois, em função da sua experiência, as suas potencialidades carecem de atualização para que proporcione a consciência da realidade e a modificação das suas condições de valores e tomada de decisão no sentido da evolução e autorealização de desenvolvimento psicoafectivo.

Acompanhamento e avaliação ao longo do estágio.

No decorrer do estágio, foram muitos os casos identificados pelos professores responsáveis para o SPO, destinados avaliação e/ou acompanhamento psicológico.

Apresenta-se de uma forma resumida, cada um desses casos, o que motivou o seu encaminhamento e a ação tomada. A identidade e confidencialidade de cada criança/jovem encontra-se protegida por nomes fictícios (*)¹ onde qualquer semelhança será mera coincidência.

O menino Gonçalo*, do 1º ciclo, com 6 anos de idade, masculino, apresentava no momento da sinalização, alguns comportamentos desajustados e dificuldade na relação, dificuldade na manutenção da atenção/concentração, bizarras e estereotípias. A professora titular de turma pretendia compreender as dificuldades e necessidades da criança, para assim conseguir implementar medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão mais ajustadas ao perfil do aluno. A identificação estava acompanhada de um relatório clínico, com o resultado de uma avaliação e acompanhamento psicológico (2018-2019), onde era explicado que o Gonçalo* revelava um comportamento instável, de oposição e agressividade, na relação com adultos e pares, com dificuldade na aceitação de regras em sala de aula/grupo. Este relatório concluía

(*)¹ - Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

que o aluno apresentava uma evolução positiva ao nível de comportamento, nos diferentes contextos, melhoria da atenção e concentração e maior investimento na realização das atividades. Porém, revelava ainda uma inconsistência na capacidade de gerir/regular emoções negativas (oscilação entre agredir/reparar, destruir/construir), dificuldade em tolerar situações de frustração e lidar com a agressividade, com necessidade de mediação por parte do adulto. Assim, foi sugerido um acompanhamento de proximidade e monitorização relativa à adaptação do aluno, pela professora titular. Este aluno apresentava, ainda, um relatório de terapia da fala, com progressos mas necessidade de continuidade. Para dar resposta ao pedido da professora titular, foi feita uma observação ao comportamento do aluno, em contexto escolar (sala de aula), e solicitado o preenchimento da escala de despiste de autismo infantil, CARS (Schopler and al., 1988), uma vez que a professora relatava preocupação face ao comportamento do Gonçalo por comportamentos atípicos, nesta área. Porém, a cotação obtida no questionário CARS (CT = 21) sugeria ser uma criança que não apresentava comportamentos identificativos deste síndrome. Durante a observação realizada, foi possível verificar que o aluno estava atento ao movimento do professor, mas sem estar envolvido na realização da tarefa (sem o apoio da professora), entretido a brincar com lápis, sossegado no seu lugar, sem perturbar a sala de aula. Não revelou ansiedade ou hipersensibilidade, nem descoordenação motora. A comunicação verbal era reservada e em voz baixa. Não preenchendo os critérios para uma PEA (suspeita da professora), apenas comportamentos sugestivos de uma PHDA - subtipo desatenção. Tendo em conta a idade da criança e o Gonçalo tendo integrado um novo ciclo de ensino e uma realidade escolar diferente, com novas exigências e padrões de funcionamento, foi sugerida uma reavaliação passado este período de adaptação.

O menino Francisco*², também do 1º ciclo, com 9 anos de idade, masculino, apresentava, no momento da sinalização, um contexto familiar abandonico (nomeadamente a

²(*)

figura paterna), resultando num comportamento de evitamento social e familiar, com momentos de agressividade e rejeição de regras referentes à família, bem como dificuldade no reconhecimento da sua estrutura familiar. Perante estas dificuldades e necessidades, a professora titular de turma do Francisco solicitou ao SPO acompanhamento psicológico para a criança.

Este aluno também tem acompanhamento em Pedopsiquiatria, tomando Risperidona. Foram realizadas oito sessões de acompanhamento psicológico, com periodicidade quinzenal. Este acompanhamento foi interrompido devido pela situação pandêmica (COVID-19).

Durante as sessões, o Francisco* apresentava uma resistência inicial que, após momentos de “quebra-gelo” (e.g., desenho livre, jogo das emoções), era diluída, acabando por aderir ao acompanhamento psicológico, sendo possível trabalhar questões mais internas da criança. Para trabalhar algumas destas questões, nomeadamente questões relacionadas com a família, a psicóloga estagiária recorreu a narrativas e programas (ajustados à idade da criança), como *As famílias não são todos iguais*, de Tango Books (2010), “*Juntos no Desafio*” de Costa et al. (2013) – destinado aos pais de crianças e adolescentes com PHDA e perturbação de comportamento. Foi abordado o conceito com a encarregada de educação e o aluno para em conjunto, estabelecer um compromisso de aceitação e compromisso procurando uma melhor gestão comportamental com a colaboração da criança/jovem.

O menino Augusto*³, do 1º ciclo com 9 anos de idade, masculino, foi sinalizado para o serviço de psicologia e orientação pela professora titular de turma, por revelar dificuldades na leitura e escrita (inversões, substituições, omissões, junções, erros fonológicos), cálculo mental atenção e concentração, apresentando grande nível de desmotivação, com baixas expectativas familiares no percurso escolar, que se reflete no aluno.

³(*) Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

Foram realizados testes de avaliação psicológica para estimar o funcionamento cognitivo através pela *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)*; a capacidade de organização perceptivo-motora, a atenção e a memória visual imediata pela prova *Figura Complexa de Rey (forma B)*, ao nível da leitura e da escrita através da aplicação de diferentes provas formais e informais, avaliou-se o nível de processamento fonológico (consciência, codificação, e nomeação), velocidade leitora, compreensão de texto lido e o nível da ortografia (erros fonológicos, gramaticais e de concordância, inversões, omissões, adições e substituições), avaliação de aspetos de personalidade com recurso ao *Teste de Aperceção Infantil – versão com Animais (CAT-A)* e o estado afetivo com a aplicação do teste do *Desenho de Família (Corman)*, (sentimentos, desejos, temores, atrações e repulsas).

Com base no seu desempenho durante a avaliação, o aluno não revelou compromisso cognitivo, apresentado um QIEC=98, com um perfil homogéneo face ao esperado para a sua faixa etária, sem diferença estatisticamente significativa entre o QI de Verbal (QIV= 94) e o QI de Realização (QIR= 103) ambos com nível médio. Contudo foram encontradas, na área da leitura e da escrita dificuldades acentuadas, não realizando uma leitura e escrita adequada à sua faixa etária e ano de escolaridade em que se encontra. Apresentou igualmente grandes dificuldades na área da matemática, assim como de atenção/concentração. No relatório, foi sugerido avaliação em terapia da fala, acompanhamento em psicologia, de forma a trabalhar as questões emocionais e promover os seus níveis de atenção/concentração, aplicação de Medidas Universais, conforme o Decreto-Lei nº54/2018, de 6 de Julho, plano de intervenção ao nível da leitura e expressão escrita (apoio especializado com o desenvolvimento de um plano de intervenção para a melhoria da consciência fonológica e produção escrita) e matemática com reavaliação no próximo ano letivo, após intervenção.

A menina Isabel*⁴, do 1º ciclo, com 9 anos de idade, sexo feminino, foi sinalizada para o SPO, pela Diretora de Turma, por revelar dificuldades na memorização e aquisição de conteúdos. Revelava maiores dificuldades na escrita, ortografia, raciocínio lógico e matemático e cálculo. A falta de concentração, dificuldades em memorizar conceitos e dificuldade em focar a atenção estavam a dificultar a sua progressão.

Foi avaliada em exame psicológico com recurso à *WISC III - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças*. Revelou um Quociente de Inteligência médio (QIEC=101), com um perfil homogêneo face ao esperado para a sua faixa etária, sem diferença estatisticamente significativa entre o QI de Verbal (QIV= 99) e o QI de Realização (QIR= 105) ambos com nível médio. Analisando os Índices Fatoriais que esta prova permite avaliar, verifica-se o Índice da Compreensão Verbal (ICV= 103), com nível médio, e o Índice da Organização Perceptiva (IOP=84) com nível médio inferior. A Velocidade de Processamento (IVP=103) encontra-se no nível médio, comparativamente com a sua faixa etária. As provas onde obteve resultados mais baixos apontam para dificuldade na aritmética, informação e disposição de gravuras. As provas onde revelou melhor desempenho remete para o código e memória de dígitos.

Foi avaliada com as *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPC)* revelando uma capacidade intelectual de acordo com a idade cronológica, acima da média (Pc=90).

Para a avaliação da capacidade perceptiva e atenção, aplicou-se o *Teste Toulouse-Pierón*, revelando uma capacidade de concentração tipificada como muito dispersa (mais de 20 % de erros ou omissões na tarefa realizada), revelando um poder de realização lento (P10/20).

Ao nível da leitura e da escrita, verifica-se, relativamente ao diagnóstico informal da leitura (leitura oral) adequada mas sem expressividade na leitura e com uma velocidade leitora

⁴ (*) - Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

ligeiramente abaixo do esperado para a faixa etária. As dificuldades presentes ao nível da ortografia foram ao nível dos erros ortográficos (erros fonológicos, gramaticais, omissões, adições e substituições). Foram recolhidas informações adicionais, com recurso ao teste do *Desenho de Família* (Corman). Nesta prova representou a família de forma idealizada, não apresentando o agregado familiar atual, com valorização da figura materna. Na representação da figura paterna apresentou pouco investimento. A colocação dos irmãos, mais novos, parece representar algum conflito, indicando possível rivalidade fraterna. Individualmente apresentou alguma fragilidade e timidez, contudo com espontaneidade na realização de tarefas.

Foram recolhidas informações adicionais com recurso ao *Questionário de Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade (EDAH - professores)* e ao *Questionário de Diagnóstico de Hiperatividade, Défice de Atenção e Problemas de Comportamento (Conners, versão reduzida)* para pais e professores. Os resultados foram sugestivos da existência de um risco elevado nas subescalas referentes à Hiperatividade /Défice de atenção e problemas cognitivos/desatenção. Os dados fornecidos pela progenitora ao *Questionário de Diagnóstico de Hiperatividade, Défice de Atenção e Problemas de Comportamento, de Conners*, sugeriram dificuldades significativas (borderline) na subescala referente a problemas cognitivos/desatenção. Com base no seu desempenho, durante a avaliação realizada, foi possível concluir que a aluna não revela compromisso cognitivo. As dificuldades encontradas foram na área da escrita. Realizou uma leitura compreensiva mas ainda com necessidade de melhoria para a sua faixa etária e ano de escolaridade em que se encontrava. Apresentou, ainda, dificuldades na área da matemática, assim como de atenção/concentração, indo ao encontro das dificuldades identificadas pela professora titular de turma. No relatório, foi sugerido acompanhamento psicológico, de forma a trabalhar as questões emocionais e promover os seus níveis de atenção/concentração; Aplicação de Medidas Universais, conforme o Decreto-Lei nº54/2018, de 6 de Julho; Plano de intervenção ao nível da leitura e expressão escrita (apoio

especializado com o desenvolvimento de um plano de intervenção para a melhoria da consciência fonológica e produção escrita) e matemática e reavaliação no próximo ano letivo, após intervenção.

O menino João*⁵ do 2º ciclo, com 10 anos de idade, masculino, apresentava no momento da sinalização, períodos de ausência, abstração e alheamento, falta de autoestima com pouco progresso na aprendizagem e recusa para o diálogo. Este processo era acompanhado de um relatório psicopedagógico, datado de 2015, identificando uma sintomatologia depressiva e retraimento emocional, com dificuldades ao nível da atenção/concentração e impulsividade, sugerindo condicionar a sua aprendizagem. Foi encaminhado para consulta de Pedopsiquiatria, psicoterapia e apoio pedagógico. Foi sugerida a implementação de estratégias para trabalhar a atenção/concentração; um outro relatório clínico, datado de 2017, que após a aplicação da WISC-III, apresentou um nível cognitivo abaixo da média, relativamente ao esperado para sua faixa etária. Com um QI Total na banda muito inferior, um QI Verbal, na banda médio inferior e QI Realização, na banda muito inferior, evidenciando maior orientação para a reflexão do que para a ação. Revelou baixa capacidade de atenção e concentração e de coordenação visuomotora, com interferência na sua aprendizagem. Este jovem iniciou acompanhamento psicológico semanal, posteriormente passou a quinzenal, perspetivando-se trabalhar as dificuldades ao nível da atenção/concentração. No início do acompanhamento, o João apresentou resistência face à relação terapêutica e na colaboração das atividades propostas. Ao longo das sessões (nove) foram sendo realizadas atividades de quebra-gelo, criatividade e reconhecimento de emoções (do próprio e dos pares) procurando estabelecer uma relação terapêutica empática.

⁵ (*) - Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

Nas últimas sessões, o aluno despertou algum interesse por atividades que mais dirigidas à descodificação de símbolos e semelhanças, apelando à concentração e a um trabalho mais individual, em todo semelhante ao aplicado no teste Toulouse-Pierón, o que permitiu trabalhar a área da atenção e concentração. Ainda no segundo período, surgiu a necessidade duma reunião alargada com a equipa multidisciplinar para revisão das suas medidas de apoio à aprendizagem implementadas e que não estavam a ser eficazes.

Não foram desenvolvidas mais sessões, nem atividades, pelo fecho das escolas motivado pela pandemia (Covid-19).

A Mafalda*⁶, do 2º ciclo, com 11 anos de idade, sexo feminino, foi sinalizada para o serviço de psicologia e orientação pela Diretora de Turma, por revelar falta de autoestima e frustração relativa ao seu desempenho escolar. Com falta de confiança na relação que estabelece consigo própria e na criação de objetivos de estudo, não sendo capaz de apresentar resiliência face aos obstáculos a superar. As principais dificuldades identificadas foram a atenção/concentração, hábitos de trabalho e estudo e na aplicação das aprendizagens/conhecimentos.

Durante a avaliação, foi aplicada as *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPC)*, prova de raciocínio lógico, isenta de influências culturais ou linguísticas e independente do nível de conhecimento e aprendizagens prévias, onde revelou uma capacidade intelectual de acordo com a idade cronológica, acima da média ($P_c=90/94$). Na prova *da Figura Complexa de Rey (forma B)*, apresentou alguma dificuldade, utilizando a justaposição de detalhes, tanto ao nível da reprodução de estruturas visuais e organização perceptiva, como ao nível da memória visual (onde as dificuldades foram mais significativas), com um poder de realização/execução abaixo do esperado para a faixa etária. Para a avaliação da capacidade perceptiva e atenção,

⁶ (*) - Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

aplicou-se o *Teste Toulouse-Pierón*, revelando uma capacidade de concentração tipificada como concentrado (menos de 10 % de erros ou omissões na tarefa realizada), contudo, o seu poder de realização revelou-se lento (P10/20). Foram recolhidas informações adicionais com recurso ao *Questionário de Auto-Avaliação para jovens YSR 11-18 (Achenbach)*. Os dados obtidos indicaram alguma tendência nas dimensões referentes a problemas de isolamento, queixas somáticas e problemas de atenção / hiperatividade. Foram ainda recolhidas informações, com recurso à prova *Teste do Desenho de família (Corman)*, que permitiu avaliar o estado afetivo da Mafalda (sentimentos, desejos, temores, atrações e repulsas). A análise desta prova sugeriu existir dificuldade de relacionamento ou pouca relação familiar, alguma rivalidade, conflitos ou negação fraterna. Individualmente aparenta alguma fragilidade, timidez, pouca maturidade, retraimento, ausência de energia/cansaço e fantasia, associados a uma auto-imagem fragilizada, sentimentos de inferioridade ou resposta a pressões ambientais. No relatório final foi referido que a aluna não revelou nenhum compromisso intelectual, não apresentando fragilidades cognitivas, com uma capacidade de concentração dentro da média para a sua faixa etária, apesar do seu poder de realização revelar-se lentificado. Apresentou alguma dificuldade na reprodução de estruturas visuais e organização perceptiva, com um maior destaque para a memorização visual. Foi sugerido acompanhamento psicológico, de forma a trabalhar as questões emocionais e promover os seus níveis de atenção/concentração, bem com a aplicação de Medidas Universais, conforme o Decreto-Lei nº54/2018, de 6 de Julho.

A Maria*⁷, aluna do 2º ciclo, com 12 anos de idade, sexo feminino, apresentava, no momento da sinalização, dificuldade em gestão de conflitos (emocional) com os pares, assumindo, por vezes, uma relação de interdependência com prejuízo na sua autonomia e dificuldade de relacionamento, com consequência no seu comportamento e participação em

⁷ (*) ⁷ - Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

sala de aula e vida diária. Assim, a diretora de turma solicitou ao SPO acompanhamento psicológico para a Maria.

O acompanhamento psicológico teve uma periodicidade semanal e posteriormente passou para quinzenal. À semelhança dos casos anteriores, a continuidade do acompanhamento ficou suspensa devido ao encerramento das escolas pelo COVID-19.

A Maria revelava grande necessidade de ser ouvida e compreendida, foi sendo estabelecida uma relação terapêutica onde a compreensão empática e o olhar incondicional no seu acompanhamento permitiram uma comunicação e compreensão eficaz, em resposta à necessidade vulnerável e incongruente da condição da aluna no que diz respeito à sua autonomia e a aceitação de luto.

O Manuel*⁸, aluno do 3º ciclo, com treze anos de idade, do sexo masculino, diagnosticado com PEA, apresentava dificuldades de gestão de conflitos com a sua família, com repercussões no aproveitamento e ambiente escolares. A diretora de turma solicitou o acompanhamento psicológico do aluno.

Durante o acompanhamento, o aluno revelou necessidade em ser compreendido na sua preocupação com a dinâmica familiar do momento, assim como na orientação face ao seu percurso escolar e futura escolha profissional. Durante as sessões, o Manuel revelou uma grande imaturidade em termos emocionais, com um discurso pautado por algumas bizarras e interesses restritos. Revelou muito interesse e enfoque nas tecnologias e preocupações familiares, evocando respostas de resolução e intervenção. Demonstrava alguma apetência para um perfil de hipocondria (pessoal e familiar). O seu discurso era fluente com taquifémia (conversação muito rápida), por vezes atabalhado, nem sempre linear, mudando de assunto repentinamente.

⁸ (*) - Os nomes de cada criança/jovem são nomes fictícios respeitando a sua identidade e confidencialidade, qualquer semelhança será mera coincidência.

Foram iniciadas, outras avaliações psicológicas (alunos do 6º e 8º ano respectivamente), mas não concluídas devido ao Covid-19. Um dos alunos, do 6º ano, masculino, apresentava uma atitude pouco apropriada e grande agitação durante as aulas, falta de concentração e conflitos com os pares. O aluno do 8º ano, do sexo masculino, apresentava dificuldade na compreensão leitura e escrita e raciocínio lógico, matemático e cálculo, com momentos de impulsividade e instabilidade emocional. Nestes dois casos, apenas se realizam as entrevistas clínicas com os encarregados de educação e respetivos alunos (anamnese e entrevista semi-diretiva).

No decorrer do desenvolvimento de um programa de orientação escolar e vocacional, com sessões de informação e esclarecimento, desenvolvimento de interesses, conhecimento e exploração individual, oferta formativa e saídas profissionais, foram aplicadas provas de orientação escolar e vocacional nas turmas do 9º ano, respetiva cotação das mesmas e realização dos relatórios finais como estagiária houve colaboração em todas as suas fases, conforme se exemplifica no anexo III - Detalhe e Síntese do programa de Orientação Escolar e Profissional.

Parte IV - Considerações Finais

Discussão e Conclusão

Terminado o período de estágio torna-se pertinente refletir sobre as experiências vividas e as competências adquiridas no decorrer do mesmo.

Ao longo da minha licenciatura tive a oportunidade de aprender e conhecer as inúmeras áreas de intervenção disponíveis para a atuação do psicólogo, orientando-me a prosseguir na área de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, mestrado no qual me inscrevi.

Pela apresentação dos inúmeros protocolos que a Universidade Autónoma de Lisboa tem com variadíssimas instituições, surgiu a oportunidade para escolher uma área de interesse pessoal que me permitiria observar e experienciar o mundo profissional, numa instituição onde a intervenção se previa em contexto escolar.

Enquanto aluna do segundo ano do mestrado em psicologia clínica e de aconselhamento, o estágio académico apresentou-se como sendo o grande desafio a superar, num mundo profissional desconhecido, acrescido de um sentimento de grande responsabilidade perante os demais intervenientes. Abracei a oportunidade com todo o entusiasmo e empenho para ultrapassar eventuais dificuldades, desconhecidas e espectáveis, nesta área.

A integração no estágio decorreu de forma simples, acolhedora e com toda a disponibilidade e acompanhamento, por parte da psicóloga que me recebeu. Durante o decorrer do estágio, surgiram desafios que proporcionaram a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos.

A aplicação prática de diferentes instrumentos de avaliação psicológica permitiram a familiarização e conhecimento dos mesmos com a preocupação constante da sua correta utilização.

Segundo Wechsler (1999) a aplicação de diferentes baterias de testes na avaliação das diferentes dimensões psicológicas, faculta informação sobre as capacidades cognitivas e sensório motoras bem como sobre as componentes sociais, emocionais, afetivas e motivacionais da personalidade, atitudes, aptidões e valores. Neste sentido, a avaliação psicológica realizada pela estagiária foi ao encontro das problemáticas anteriormente identificadas no âmbito do agrupamento. Nas faixas etárias entre os 7 e 12 anos identificou-se um caso sugestivo de perturbação depressiva e bizarras ao nível do pensamento de uma adolescente e alguns casos com dificuldades acentuadas da aprendizagem com défice na leitura/escrita com baixo desempenho (exatidão, velocidade e/ou compreensão) e perturbação específica da aprendizagem com dislexia, por vezes acrescidos de grandes dificuldades na área da matemática e défice de atenção/concentração. Uma criança de 6 anos foi identificada com um eventual comportamento sugestivo de uma PHDA - subtipo desatenção. Também foram identificados alguns outros casos com problemas afetivos e emocionais relacionados com a família e com os seus pares que acabaram por ser direcionados para acompanhamento psicopedagógico.

Em contexto de acompanhamento psicopedagógico, foram aprendidas novas práticas no âmbito da psicologia educacional, direcionadas para a melhor performance do aluno no enfrentar das suas dificuldades académicas. Apesar das diferentes abordagens, com as quais os profissionais se identificam e utilizam, foi-me dada autonomia para utilizar a abordagem com a qual estivesse mais familiarizada e foram facultadas partilhas de técnicas, aprendizagens e experiências, observando o maior respeito pela minha pessoa.

Devido a inexperiência nesta área, a procura incessante em praticar a teoria aprendida causou um sentimento de medo, em falhar, errar ou não corresponder às expectativas esperadas. Neste percurso, os receios e dúvidas eram motivadas pela preocupação em corresponder corretamente com o propósito e garantir uma adequada postura com as crianças e jovens, tendo

em conta, os procedimentos a utilizar. Graças ao constante apoio da minha orientadora, pude ultrapassar esses receios e ganhar alguma confiança, superando esses obstáculos como oportunidades de melhoria e aquisição de novos conhecimentos através da minha disponibilidade para a pesquisa, aprendizagem e aplicação teórico-prática.

Sobre os casos identificados e distribuídos para o acompanhamento psicológico, a estagiária adotou uma atitude de compreensão empática, congruente, de autenticidade e com um olhar incondicional positivo para com a criança ou jovem, seguindo e respeitando o seu progresso, acreditando que, diante das condições adequadas, a tendência para o crescimento destes jovens, viria a permitir desenvolver as suas potencialidades para uma mudança eficaz.

A essência da Abordagem Centrada na Pessoa de Carls Rogers admite que o ser humano é possuidor de um impulso nato direcionado para as suas potencialidades, tendo dentro de si a melhor orientação, caminho e ritmo para avançar no processo de desenvolvimento da sua personalidade ao longo da vida, acreditando na capacidade de autorrealização, responsabilidade e liberdade na escolha do seu caminho (Rogers, 2003) No entanto, segundo Hipólito (2011), essas potencialidades podem nunca ser atualizadas, se não forem proporcionadas as condições ideais.

A oportunidade de avaliar e acompanhar os casos que me eram distribuídos foi inicialmente vivenciada por momentos de dúvidas, incertezas, receios que se dissiparam ao longo do tempo, consoante a prática e os relatos obtidos dos progenitores e professores, bem da psicóloga da instituição.

A psicóloga, orientadora do estágio, tornou-se uma mais-valia para o acréscimo de conhecimento e prática nesta área, partilhando o seu conhecimento e supervisionando as boas práticas, demonstrando acreditar e confiar na minha prestação para o bom desempenho ao seu serviço. O aparecimento da pandemia COVID-19 não impediu o constante empenho desta

profissional para o sucesso deste estágio, permitindo assim a continuidade relacional e práticas pelos meios disponíveis.

Na elaboração deste relatório foi tida em conta o tempo útil para a sua realização com vista à concordância por parte da orientadora do relatório de estágio, os temas exatos a serem abordados, a qualidade e quantidade de informação para sustentar a temática apresentada, os limites de paginação, os momentos de inspiração para uma redação adequada e cumprimento dos prazos estabelecidos.

Finalizar este longo processo faz-me sentir grata pela oportunidade única de ter experienciado o mundo profissional que tanto desejo desempenhar num futuro próximo.

Acresce a motivação para iniciar o próximo passo, com mais autonomia profissional, expectando para o futuro a contínua formação e aprendizagem que a profissão de psicólogo requer para a sua melhor prestação ao serviço do outro.

Por fim e não menos importante, pude constatar a importância e necessidade da presença de psicólogos, em contexto escolar, no desenvolvimento e promoção de diversas atividades, envolvendo a comunidade escolar e minimizando as dificuldades comportamentais e promovendo as competências socioemocionais.

Referências

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 Child Behaviour Checklist 4-18, YSR and TRF Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1994). Child behavior checklist and related instrument. In M.E. Maurish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed.) (pp. 429-465). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Achenbach, T., & Dumenci, L. (2001). Advances in Empirically Based Assessment: Revised Cross-Informant Syndromes and New DSM-Oriented Scales for the CBCL, YSR and TRF: Comment on Lengua, Dadowski, Friedrich, and Fisher. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 699-702.
- Achenbach, T., & Rescola, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: Child Behavior Checklist for Ages 6-18; Teacher's Report Form; Youth Self-Report*. Burlington: Library of Congress.
- Ainscow, M. (1997). Educação para Todos: Torná-la uma Realidade. In: IIE (Ed.) *Caminhos para as Escolas Inclusivas*. Lisboa, Instituto de Inovação Educacional, pp.11-37.
- Ainscow, M. e César, M. (2006). Inclusive Education ten years after Salamanca: Setting the agenda. *European Journal of Psychology of Education*, 21(3), pp.231- 238.
- Ainscow, M. e Ferreira, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva: algumas reflexões sobre experiências internacionais. In: Rodrigues, D. (Ed.) *Perspetivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. Porto, Porto Editora, pp. 103-116
- Alchieri, J. C., Lunkes, C. L. K. & Zimmer, D. (2002). *Toulouse-Piéron: atualizações de resultados para o estado do Rio Grande do Sul*. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 111-118.

- Almeida, L. da S., & Primi, R. (2009). Considerações em torno da medida da inteligência. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Prática* (pp. 386-410). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Alves, I.C.B. (2006). Considerações sobre a validade e precisão nas técnicas projetivas. In: A.P.P. Noronha, A.A. dos Santos & F.F. Sisto (Orgs.), *Facetas do fazer em avaliação psicológica*. (pp. 173-190). São Paulo: Vetor Editora.
- Amabile, Chamorro-Premuzic, T., & Arteche, A. (2008). *Intellectual competence and academic performance: Preliminary validation of a model*. *Intelligence*, 36, 564-573.
- Amaral, J. R. (1967). *O teste de barragem de Toulouse e Piéron na medição e diagnóstico da atenção: elementos de aferição para a população portuguesa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychiatric Association - DSM-5 (APA, 2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, N.L. (2012). *Mal-entendidos*. (7ª Ed.) Lisboa: Verso da Kapa; Edição de Livros, Lda.
- Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. XVI (1), 67-82.
- Araujo, J. M. G. & Figueiredo, V. L. M. (2013). Fidedignidade do WISC-III com base na concordância entre avaliadores. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 1-10.
- Asbahr, F. R., & Ito, L. M. (2008). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Brasil:Artmed.
- Baeta, E., & Silvestre, A. (2005). *Que testes para a epilepsia Frontal?* *Comunicações Oraís/cartaz*, 5, 1. Sociedade Portuguesa de Neurologia. ISSN: 1645-281X

- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M. & Romanos, M. (2017). Attention-deficit/ hyperactivity disorder – A current overview. *Dtsch Arztebl Int.* 114:149-59.
- Barros PP, Matias MA, Moura A., (2015). Desemprego jovem e auto percepção de saúde mental. In: *Território e saúde mental em tempos de crise*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Bellak, L. (1966). *Test de Apercepción Infantil: Manual del CAT S*. Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. & Bellak, S.S. (1981). *Teste de Apercepção Infantil com Figuras Humanas*. São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1965).
- Bellack, L. & Bellack, S.S. (1991). *Manual do Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais*. Campinas: Editora de Livro Pleno. (Original publicado em 1949).
- Bellack, L. & Hurvich, M.S. (1965). A human modification of the Children's Apperception Test (CAT-H). *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment*, 30 (3), 229-242.
- Bronfenbrenner, U. (1979/1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, R., Besser, A., Morgado, C., & Blatt, S. (2013) Self-Criticism, dependency, and adolescents' externalizing and internalizing problems. *Clinical Psychologist*, 18, 21-32. doi: 10.1080/13811118.2012.640583.
- Cappadocia, M. Weiss, J. A. & Pepler, D. (2012). Bullying Experiences Among Children and Youth with Autism Spectrum Disorders, *J Autism Dev Disord.* (42), pp. 266-277. doi: 10.1007/s10803-011-1241-x.
- Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXII): 667-675. ISSN 0870-8231
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente. Uma abordagem Contextual*. Braga: Psiquilibrios, Edições.

- Cavendish, W. (2013). Identification of learning disabilities: implications of proposed DSM-5 criteria for school-based assessment. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 52-57.
- Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., & Moutafi, J. (2004). The relationship between psychometric and estimated personality and intelligence scores. *Journal of Research in Personality*, 38, 505-513.
- Chandler, L. A. (2003) The projective and the development of projective techniques for children. In Reynolds, C. & Kamphaus, R. W. (Ed.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (pp. 51-64). (2^aed.). New York.
- CNS (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde. Lisboa. ISSN: 2184-6960
- Coleta, N. (2012). *Crianças Autistas A Balneoterapia como Facilitadora dos processos Interativos*. Lisboa: Instituto Piaget
- Condemarin, M. & Blomquist, M. (1989). *Dislexia - Manual de leitura corretiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordeiro, B. (2015). A psicológica clinica no agrupamento de escolas de Mafra. *Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento*. Lisboa, Universidade autónoma de Lisboa.
- Corman, L. (1967). *Le test du dessin de famille. Dans la pratique médico-pédagogique*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, S.A
- Corman, L. (1982). *Le test du dessin de famille*. Paris.
- Corman, L. (2003). *O teste do desenho da familia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Corman, L. (2008). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.

- Correia, L. (2010). O sistema Educativo Português e as Necessidades Educativas Especiais ou Quando a inclusão quer dizer exclusão. In: Correia, L. (Ed.). *Educação Especial e Inclusão- Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no sei perfeito juízo*. Porto, Porto Editora, pp. 11-39.
- Correia, L. (2013). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais- Um guia para educadores e professores*. Porto, Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas – Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Costa, A.V. (2007). *A atenção e a velocidade preceptiva na mulher idosa: um estudo com praticantes e não praticantes de atividade desportiva*. Porto: A. Costa. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Coutinho, M. P. L., Pinto, A. V. L., Cavalcanti, J. G., Araújo, L. S. & Coutinho, M. L. (2016). Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 338- 351. ISSN 1645-0086
- CPP (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. ISSN 1647-1695
- Cruz, V. (1996). *Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar - BAPAE (2.ª ed.)*. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Cury, B., Lopes, L., & Linhares, D. (2012). Formação de educadores e abordagem centrada na pessoa: instrumentalização de discentes frente às questões educacionais. *Psique*, 8, 75-97
- DGE (2018). Direção Geral de Educação. Decreto-Lei - Educação especial https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/dl_54_2018.pdf
- DRE (1991). Ministério da Educação. Decreto-Lei - Diário da República n.º 113/1991, Série I-A de 1991-05-17. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/190/1991/05/17/p/dre/pt/html>

- Eremie, M. & Ubulom, W. (2016). Review of person centered counselling theory. *International Journal of innovative education research*, 4 (2), 46-50
- Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). *Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self-Report de Achenbach (CBCL)*. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Font, J. (1978). *Test de la familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar*. Barcelona: Oikos-tau.
- Frias, S. (2013). *Perspetivas dos Encarregados de Educação de alunos com NEE, sobre a inclusão e a Escola no percurso escolar dos seus educandos*. Dissertação de Mestrado. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- García I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Guzzo, R. S. L. et al. (2012). Psicólogo na rede pública de educação: embates dentro e fora da própria profissão. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. Volume 16, Número 2, Julho/Dezembro.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clarck, D. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes
- Hipólito, J. (2005). Carl Rogers e a corrente fenomenológico-existencial, *Revista Psique*, 1, 43-58
- Hipólito, J. (2011). Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano.

- Humboldt, S. & Leal, I. (2012). Building bridges: Person-centered therapy with older adults. *European Journal of Business and Social Sciences*, 8, 23-32
- Jamus, D. R. & Mader, M. J. (2005). Figura Complexa de Rey e Seu Papel na Avaliação Neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(4):193-198, .
<https://dx.doi.org/10.1590/S1676-26492005000400008>
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Fim de século edições.
- Leitão, M. (2007). *Inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais: Atitude dos e dos professores do 1º Ciclo do Ensino Básico, da Região Autónoma dos Açores*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores.
- Leusin, J. F., Petrucci, G. W., & Borsa, J.C. (2018). Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 49-61. ISSN 1677-2970
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Lopes, C. M. A. (2009). *Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperatividade: Estudo para a aferição à população portuguesa*. Dissertação – Grau de Mestre. Departamento de Ciências de Educação. Universidade de Aveiro.
- Kay, S. E. & Santos, M. (2014). *Grelha de Observação da Linguagem - Nível Escolar – GOL-E* (2ª ed.). Lisboa: Oficina Didáctica.
- Marques, M. I., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M.J. & Monteiro, J.P. (2018). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Idade Pediátrica: Papel dos*

Cuidados de Saúde Primários. *Revista Gazeta Médica* nº1 VOL. 5. Portugal: Lisboa.
ISSN: 2183-8135

Matoso, J. (2014). *O exame da inteligência numa amostra de adolescentes institucionalizados com comportamento antissocial: Estudos com duas versões das Escalas de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC e WISC-III)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, especialização em Psicologia Forense. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Merrell, K. W. (2008b). How Internalizing Problems Develop and are Maintained. In K. W. Merrell, *Helping Students Overcome Depression and Anxiety*, Second Edition: a Practical Guide (pp. 1-18). New York: Guilford Publications.

Miller, A. (2012). *Carl Rogers on person-centered therapy*. Mill Valley: Psychotherapy.net.

Mós, A. S. C., & Espirito-Santo, H. O. (2016). *Propriedades Psicométricas da Figura Complexa de Rey numa Amostra de Adultos da População Portuguesa* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga (ISMT). Coimbra, Portugal.

Oliveira, L., Pereira, M., Medeiros, M. & Serrano, A. (2015). PHDA: O que há de novo no DSM-5. *Rev Port Pedag.* 49:75-94. ISSN: 1647-8614

Organização Mundial de Saúde OMS (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Organização Mundial de Saúde - OMS (2011). *Impact of economic crises on mental health*.

Fonte: WHO Regional Office for Europe:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf

Organização Mundial de Saúde – OMS (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.

Organização Mundial da Saúde Genebra: Disponível em:
https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en

- Organização Mundial de Saúde – OMS (2017). Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Geneva: *World Health Organization*; 2017.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ONU (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Lisboa. *Centro de Informação das Nações Unidas*. Portugal
- ONU (1959). Convenção dos Direitos da Criança. *Centro de Informação das Nações Unidas*. Portugal
- ONU (2006). Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. *Ministério Público Português*. Portugal
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP 2018). *A necessidade e o papel dos psicólogos no contexto educativo*. Parecer da OPP. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP 2011/2016). Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses. Lisboa. Fonte:
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf.
- Pereira, F. (coord.) (2008). *Unidade de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo – Normas orientadoras*. Lisboa: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular; Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Petersen, S.C. , Wainer R. at all (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. São Paulo: Artmed.
- Piéron, H. (1955). *Metodologia psicotécnica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Rafagnin, D., Rodrigues, M. E. & Kosloski, P. E. B. (2020). *A Educação Inclusiva e os Transtornos Específicos de Aprendizagem: em foco a Dislexia*. *Psicologia Argumento* [S.l.], v. 38, n. 99, p. 26-45. ISSN 1980-5942

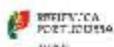
- Ramos, V. A. B. (2018). *Depressão na infância e adolescência*. Portal dos Psicólogos: Porto. ISSN 1646-6977
- Raven, J. (2000). *The Raven's Progressive Matrices: Change and Stability over Culture and Time*. *Cognitive Psychology*, 41(1), 1-48.
- Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2001). *Manual de Matrizes Progressivas de Raven – Escalas Color (CPM), General (SPM) e Superior (APM)* (3ª ed.) Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Rey, A. (1999). *Figuras Complexas de Rey: Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas*. (M. S. Oliveira, trad.) São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1959).
- Rey, A. (2002). *Teste de cópia de figuras complexas* (2ª ed.; CEGOC-TEA, Adapt.). Lisboa: CEGOC. (Trabalho original publicado em 1959).
- Rodrigues O. M. P. R. & Schiavo E. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 33(9):252-7.
- Rodrigues, V. S., Caminha, R. M., & Horta, R. L. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 67-72.
- Rogers, C. (1986). Reflection of feelings. *Person-centered Review*, 1, 125-40.
- Rogers, C. (2003). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: EdiUal.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sanches, I. (2011). Do 'aprender a fazer' ao 'aprender fazendo': as práticas de Educação inclusiva na escola. *Revista Lusófona da Educação*, 19, pp. 135-156.
- Santos, A. A. (2005). *Propensão para perturbações do comportamento alimentar, alexitimia e fatores de eficácia no processamento da informação*. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Ciências do Desporto na Área de Especialização em Desporto

- de Crianças e Jovens. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Santos, B. (2007). *Comunidade Escolar e Inclusão. Quando todos Ensinam e Aprendem com Todos*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Schopler, E., Reichler, R., & Renner B (1988). Childhood Autism Scale (CARS). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Silva, Maria de Fátima Xavier da, & de Villemor-Amaral, Anna Elisa. (2006). A auto-estima no CAT-A e HTP: estudo de evidência de validade. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 205-215.
- Silva, M. T. (2017). *A cópia da Figura Complexa de Rey na avaliação do funcionamento executivo: Um estudo exploratório com estudantes universitários*. (Dissertação de Mestre). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. (UFP). Porto, Portugal.
- Silva, R. B., Pasa, A., Castoldi, D. R., & Spessatto, F. (Jan/Mar de 2010). O desenho da figura humana e o seu uso na avaliação psicológica. *Psicol. Argum.*, 28 (60), pp. 55-64.
- Simões, A. (2000). Promover uma Educação Inclusiva. *Revista O Professor*, 70 (3), pp. 17-19.
- Simões, M. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação da hiperatividade com défice da atenção (I): Entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-82.
- Simões, M. R. & Azevedo, A., Marques, B., Morgado, C., Costa, C., Marques, L. & Lopes, A. F. (2003). Relações entre os desempenhos nas versões portuguesas da WISC e da WISC-III num grupo de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem e/ou problemas de comportamentos. *Revista Psicologia e Educação*, 2(1), 19-40.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Editora Quarteto
- Soeiro, D. (2014). *Avaliação psicológica de crianças e de adolescentes na prática clínica. Em Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 31-44). Lisboa: Lidel.

- Strauss, E., Sherman, E., & Spreend, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Unesco, (1994). Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na Área das Necessidades Educativas Especiais. Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.
- Unesco, (2009). Educação Inclusiva e Educação Especial. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional.
- Villemor-Amaral, Anna Elisa de, & Xavier, Maria de Fátima (2007). Avaliação da relação com a figura materna no CAT-A. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 8, nº 2, p. 195-203,
- Zimmerman, I. & Gasser, A. (1977). *Interpretación clinica de la Escala de inteligencia de Wechsler para Niños (WISC)*. (Trad. M. Benedet). Madrid: Tea.
- Wainscot, J. et al. (2008). Relationships with Peers and Use of the School Environment of Mainstream Secondary School Pupils with Asperger Syndrome (High Functioning Autism): A Case-Control Study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 8(1), pp. 25-38. ISSN: 1577-757
- Wahlbeck, K., & McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 139-145.
- Warnock Committee (1978). Special Educational Needs: the Warnock Report. London. D.E.S.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children - Third Edition (WISC-III): Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Wechsler, S. M. (1999). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. In S. M. Wechsler, R. L. Guzzo (Orgs.), *Avaliação psicológica: perspectiva internacional* (pp.133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-III: Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças*. Lisboa: Cegoc.

Anexos

Anexo – Consentimento Informado



AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA [REDACTED]

**Autorização para Acompanhamento/Avaliação pela Dra. Marina Neida Soares
(Estagiária da Universidade Autónoma de Lisboa)**

Ano Letivo 2019/2020

O Agrupamento de Escolas da [REDACTED], em parceria com a Câmara Municipal [REDACTED], recebeu uma estagiária de psicologia, que desenvolverá o seu estágio durante o presente ano letivo.

Eu, Marina Neida Soares, estagiária, para os devidos efeitos, declaro que assumo o compromisso de assegurar as normas éticas académicas, designadamente: responsabilidade, honestidade, fiabilidade e rigor, objetividade, integridade, imparcialidade e independência, transparência e comunicação aberta, cuidado e respeito. Mais me comprometo a manter a total confidencialidade e o sigilo em relação aos dados pessoais recolhidos, cumprindo escrupulosamente as normas prescritas pelo RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia).

Eu, [REDACTED], psicóloga do Agrupamento de Escolas [REDACTED], para os devidos efeitos, declaro que assumo o compromisso de acompanhar e orientar o estágio académico da aluna acima referida.

Eu, _____, encarregado de educação do aluno(a) _____
_____, nº __, do ano __, da turma __, declaro que autorizo o acompanhamento/avaliação pela Dra Marina Neida Soares.

[REDACTED], ____ de _____ de 2019.

Assinaturas:

[REDACTED] (Diretor do A. E) _____

Marina Neida Costa Freire Soares (Nº Aluno: 30003560) _____

[REDACTED] (Cédula Profissional nº [REDACTED]) _____

Encarregado de Educação _____

Anexo – Decreto-lei n.º 54/2018 de 6 de Julho

2918

rem, ensinarem e prestarem todos serviços necessários ao funcionamento da escola.

2 — Conclua o levantamento técnico das demais necessidades de intervenção nesta escola, com vista à preparação de um projeto de intervenção e requalificação profunda e de criação de condições para a realização de todas as atividades letivas e educativas no mais curto prazo possível.

Aprovada em 26 de abril de 2018.

O Presidente da Assembleia da República, *Eduardo Ferro Rodrigues*.

111476448

Resolução da Assembleia da República n.º 162/2018

Recomenda ao Governo que proceda à requalificação urgente da Escola Secundária do Restelo

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Termine as intervenções programadas para 2018, concluindo o investimento já realizado nos balneários da Escola Secundária do Restelo.

2 — Apresente à comunidade educativa o plano de intervenção prometido pela Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares.

3 — Proceda ao levantamento das necessidades de intervenções de fundo para levar a cabo a requalificação urgente da escola, designadamente a substituição total das coberturas de amianto, de forma a garantir as condições necessárias ao bom funcionamento do estabelecimento de ensino.

4 — Desenvolva as medidas necessárias para a aquisição de meios materiais fundamentais ao bom funcionamento das aulas.

5 — Se comprometa, junto da comunidade educativa, com um calendário de execução das obras de requalificação.

Aprovada em 26 de abril de 2018.

O Presidente da Assembleia da República, *Eduardo Ferro Rodrigues*.

111476415

Resolução da Assembleia da República n.º 163/2018

Recomenda ao Governo que proceda à requalificação urgente da Escola Secundária Ferreira Dias, em Aqualva, Sintra

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Execute com a maior brevidade possível as intervenções mais urgentes e diagnosticadas para a Escola Secundária Ferreira Dias (ESFD), em Aqualva, Sintra, nomeadamente na cobertura do pavilhão oficial.

2 — Proceda à elaboração de um plano de intervenção com vista à reabilitação e requalificação urgentes da ESFD, indispensável ao seu bom funcionamento e à salvaguarda da saúde e do bem-estar da comunidade escolar, partilhando os termos e calendário da sua execução com a escola e demais comunidade educativa.

3 — Defina as diretrizes que a ESFD deve aplicar, acompanhando a escola, durante o período de transição, até ao início das obras, para salvaguarda das condições

Diário da República, 1.ª série—N.º 129—6 de julho de 2018

de segurança da comunidade educativa na utilização dos espaços escolares.

Aprovada em 26 de abril de 2018.

O Presidente da Assembleia da República, *Eduardo Ferro Rodrigues*.

111476383

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Decreto-Lei n.º 54/2018

de 6 de julho

O Programa do XXI Governo Constitucional estabelece como uma das prioridades da ação governativa a aposta numa escola inclusiva onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social. Esta prioridade política vem concretizar o direito de cada aluno a uma educação inclusiva que responda às suas potencialidades, expectativas e necessidades no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em efetivas condições de equidade, contribuindo assim, decisivamente, para maiores níveis de coesão social.

O compromisso com a educação inclusiva, de acordo com a definição da UNESCO (2009), enquanto processo que visa responder à diversidade de necessidades dos alunos, através do aumento da participação de todos na aprendizagem e na vida da comunidade escolar, foi reiterado por Portugal com a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o seu protocolo opcional, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em Nova Iorque, no dia 13 de dezembro de 2006, aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho, ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 71/2009, de 30 de julho, e reafirmada na «Declaração de Lisboa sobre Equidade Educativa», em julho de 2015. Este compromisso visa ainda dar cumprimento aos objetivos do desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU.

No centro da atividade da escola estão o currículo e as aprendizagens dos alunos. Neste pressuposto, o presente decreto-lei tem como eixo central de orientação a necessidade de cada escola reconhecer a mais-valia da diversidade dos seus alunos, encontrando formas de lidar com essa diferença, adequando os processos de ensino às características e condições individuais de cada aluno, mobilizando os meios de que dispõe para que todos aprendam e participem na vida da comunidade educativa. Isto implica uma aposta decisiva na autonomia das escolas e dos seus profissionais, designadamente através do reforço da intervenção dos docentes de educação especial, enquanto parte ativa das equipas educativas na definição de estratégias e no acompanhamento da diversificação curricular. Consciente das competências profissionais existentes nas escolas portuguesas, o Governo pretende agora criar condições para que estas possam elevar os padrões de qualidade das diferentes ofertas de educação e formação. Mesmo nos casos em que se identificam maiores dificuldades de participação no currículo, cabe a cada escola definir o processo no qual identifica as barreiras à aprendizagem com que o aluno se confronta, apostando na diversidade de estratégias para

DGE

(2018). Direção Geral de Educação. Decreto-Lei - Educação especial

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/dl_54_2018.pdf

Anexo I - Caso Ana – Detalhe e resultados das provas realizadas.

Anexo II - Caso Rui – Detalhe e resultados das provas realizadas.

Anexo III - Detalhe e síntese do programa de Orientação Escolar e Profissional.