



Relatório de estágio

Orientadora: Dr.^a Madalena Catalino

Supervisora: Prof. Dr.^a Alexandra Serra

Milene Machado

Mestrado em Psicologia Clínica

Agrupamento de Escolas de Paredes

Gabinete Promoção do Sucesso

(GPS)

2014/2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO	4
PAPEL DO PSICÓLOGO	5
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	8
Reuniões Supervisão	10
Reuniões de Orientação	10
Redes Sociais – relação escola-família-comunidade e parcerias	11
Dinamização de uma aula de psicologia.....	12
Grupos terapêuticos nos centros escolares;.....	13
Consulta Psicológica Individual.....	14
Estudo de caso	21
Identificação.....	21
Motivo/Pedido para o acompanhamento	21
História de vida	21
Processo de avaliação psicológica	25
Análise compreensiva da problemática.....	29
Intervenção.....	35
Reflexão.....	37
Conclusão	39
Referências Bibliográficas	42
Anexos	48

*Será possível?
Relatar experiências... irrelatáveis?
Confidenciar sentimentos... inconfidenciais?
Questionar teorias... inquestionáveis?*

*Será possível?
Descrever o que vivi?
Desvendar o que senti?
Destacar o que aprendi?*

*Será possível?
As experiências foram permitindo a segurança dos meus passos...
Os sentimentos permitiram-me ir mais além...
As teorias guiaram-me na escuridão do desconhecido...
Um estágio, um investimento, uma aprendizagem!*

*Só...?!
Paula Marques (2002)*

INTRODUÇÃO

No presente relatório pretende-se expor as atividades desenvolvidas pela estagiária Milene Machado no âmbito do estágio curricular realizado no Agrupamento de Escolas de Paredes, no serviço do Gabinete de Promoção de Sucesso (GPS), no ano letivo 2014/15, num horário de segunda-feira a sexta-feira, das 9 horas às 17:30 horas, sob a orientação da Dr.ª Madalena Catalino (mediadora social, licenciada em Psicologia) e a supervisão da Professora Dr.ª Alexandra Serra e tendo como regente a Professora Dr.ª Emília Areias, no seguimento académico do Mestrado em Psicologia Clínica, pelo Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Este estágio decorreu num período de nove meses, entre outubro de 2014 e junho de 2015 (num total de 420 horas), e teve como principal objetivo aprimorar competências de avaliação e de relação terapêutica com crianças sinalizadas para este serviço do GPS, a fim de as conhecer melhor, no seu ambiente pessoal, familiar e escolar.

Descrever-se-ão as atividades realizadas no estágio, desde as de supervisão e orientação à descrição e apresentação do caso clínico, evidenciando algumas reflexões práticas dos momentos de mediação social e da intervenção com as crianças, face aos problemas expostos por elas ou pela comunidade escolar¹.

As expectativas iniciais da estagiária configuraram uma grande motivação e simultaneamente as dúvidas e os medos naturais de quem vai iniciar uma nova etapa: receava não ser capaz de exercer corretamente as funções que lhe iriam ser incumbidas, ou de ser incapaz de lidar com determinadas situações e de dominar os sentimentos e emoções que a envolveriam, mas ao mesmo tempo sentia a pulsar fortemente, em si, a enorme vontade de dar o seu melhor e de aprender e evoluir.

¹ **Comunidade escolar**- Refere-se as partes que participam, de alguma maneira no processo educativo desenvolvido numa escola (agrupa os professores, funcionários, pais e alunos)

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

O Gabinete de Promoção do Sucesso (GPS) (cofinanciado pelo POPH) localiza-se no pavilhão A, na Escola Básica 2/3 de Paredes e funciona das 08:30 horas às 18:30 horas, de segunda-feira a sexta-feira. É um espaço ao serviço dos elementos da comunidade educativa, com especial incidência nas crianças e pais, com o objetivo geral de promover o sucesso escolar.

Tem como objetivos específicos: atender crianças com comportamentos graves ou muito graves, nos termos do Regulamento Interno do GPS; implementar dinâmicas de mediação de conflitos; acompanhar crianças e famílias em situações específicas (Cursos Vocacionais; EFA² e cursos de aprendizagem) e/ou situações de risco; contribuir para a capacitação e envolvimento das famílias, da comunidade e dos parceiros locais na prevenção da indisciplina e na promoção do sucesso escolar; por fim, proporcionar a aquisição de atitudes e comportamentos autónomos visando a formação de cidadãos civicamente responsáveis.

O funcionamento deste gabinete é assegurado por quatro mediadores sociais (licenciados em Psicologia), por três psicólogas, na qual uma está nos Serviços de Psicologia e Orientação (SPO), pela EPIS e a outra é Psicóloga do Desporto; há também doze professores de História e Ciências Naturais destacados para as atividades do GPS.

O encaminhamento das crianças poderá ser realizado por qualquer membro da comunidade escolar e deverá obedecer aos seguintes procedimentos:

Pré-escolar e 1º ciclo: Para sinalizar crianças ou famílias consideradas em risco, o Professor Titular de Turma/Coordenador de Estabelecimento deverá em primeiro lugar contactar o GPS solicitando assessoria na resolução do problema. Para tal, deverá preencher o documento de sinalização e enviá-lo via e-mail ou entregá-lo presencialmente no GPS; as crianças e/ou as famílias poderão contactar ou dirigir-se ao GPS espontaneamente, durante o seu horário de funcionamento, para aconselhamento urgente e pontual.

No 2º e 3º ciclos: Para sinalizar crianças ou famílias consideradas em risco, o Diretor de Turma deverá preencher o documento do GPS criado para o efeito e enviá-lo via e-mail ou entregá-lo presencialmente.

O tratamento e a resolução das ocorrências disciplinares são da competência e responsabilidade, em primeira instância, do professor/educador e posteriormente do diretor de

² **EFA**- Educação e Formação de Adultos

turma. Nos casos extraordinários em que a gravidade da situação ou a excessiva reincidência exija intervenção técnica ou superior, a criança deverá ser sinalizada para o GPS ou encaminhada para a direção do agrupamento; as crianças e/ou as famílias poderão contactar o GPS ou dirigir-se lá por iniciativa própria, durante o seu horário de funcionamento, para aconselhamento urgente e pontual (<http://www.site.aveparedes.net/> consultado em 8 de março).

PAPEL DO PSICÓLOGO

"Aos psicólogos das escolas cabe um papel ativo na promoção do desenvolvimento pessoal e social dos alunos." (Campos, 1990)

As responsabilidades do psicólogo educacional são a compreensão e a mudança do comportamento dos educadores e educandos no processo de ensino e aprendizagem, nas relações interpessoais e nos processos intrapessoais, entre outras atribuições que devem estar sempre relacionadas com as dimensões política, económica, social e cultural (Machado, 1993). Além disso, tem também como responsabilidade a realização de pesquisa, diagnóstico e intervenção psicopedagógica individual ou em grupo, sendo incluído também na elaboração de planos e políticas referentes ao Sistema Educacional, visando promover a qualidade, a valorização e a democratização do ensino. Outra função do psicólogo centra-se em diagnosticar as dificuldades dos alunos dentro do sistema educacional, com a possibilidade de encaminhamento para os serviços de atendimento da comunidade, aqueles que requeiram diagnóstico e tratamento de problemas psicológicos específicos, cuja natureza transcenda a possibilidade de solução na escola, procurando a atuação integrada entre escola e a comunidade.

Os alvos de intervenção do psicólogo são o indivíduo – sistema pessoal; os grupos primários (família, grupo de pares, professores) – sistema grupal e a própria instituição escolar – sistema organizacional. A intervenção junto dos subsistemas grupais e organizacionais deverá visar o subsistema pessoal, tratando de intervir com consulentes (sobretudo pais e professores), através de um sistema de consultoria triádica. As intervenções são realizadas em diversos níveis e com diversos objetivos (compreensivos, preventivos ou de promoção).

No processo educativo dos alunos, para além do estabelecimento de relações com os professores e outros intervenientes, torna-se importante estabelecer contactos com instituições (por exemplo, CPCJ, ATL³; Centros Hospitalares e IFP⁴) para obter informações atualizadas sobre os mais variados assuntos (desde ofertas de formação até dados atualizados sobre as dinâmicas familiares) ou com objetivos de delegação de responsabilidades (por exemplo, encaminhando o aluno para o médico de família, para o pedopsiquiatra do hospital, ou para o terapeuta da fala). O trabalho com outros profissionais também é importante, no sentido de melhorar as necessidades das crianças promovendo a eficácia da intervenção. (<http://www.site.aveparedes.net/> consultado em 8 de março)

Os objetivos de intervenção do Psicólogo (GPS) são:

- Acompanhar e otimizar o percurso escolar dos jovens desde o Jardim-de-infância até ao ingresso no Ensino Superior ou no mercado de trabalho;
- Facilitar o desenvolvimento da identidade pessoal dos alunos e ajudá-los na construção do seu projeto de vida;
- Ajudar e acompanhar todos os cidadãos que por diversos motivos necessitem de apoio psicológico;
- Contribuir para a melhoria das condições sociais e educacionais de todos os agregados familiares (<http://www.site.aveparedes.net/> consultado em 8 de março).

Plano de atividades

- Atendimento, aconselhamento e encaminhamento de alunos e/ou famílias em risco;
- Atendimento a alunos com comportamento graves ou muito graves, conforme Regulamento Interno da Escola;
- Implementação de dinâmicas de mediação de conflitos;
- Apoio aos alunos transferidos.
- Dinamização de atividades lúdico-pedagógicas tendo por base o tema aglutinador do agrupamento "Cidadania" – Redes sociais: Combate à discriminação (dinamizadas em

³-*ATL- Atividade em Tempos Livres;*

⁴ *IFP- Instituto Formação Profissional;*

Formação cívica) e Voluntariado (<http://www.site.aveparedes.net/> consultado em 8 de março).

Funções do Psicólogo Escolar:

- Ser agente de mudança;
- Operacionalizar os conceitos;
- Mediar e facilitar as relações e a comunicação;
- Supervisionar e acompanhar a execução de programas de reeducação psicopedagógica;
- Diagnosticar e acompanhar psicologicamente as crianças;
- Solucionar os problemas comportamentais;

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades realizadas nos centros escolares de Paredes, Bitarães e Mouriz foram várias e diversificadas: (i) observação direta de entrevistas com os encarregados de educação das crianças e com as crianças; (ii) avaliação psicológica de crianças sinalizadas pelo Professor Titular; (iii) colaboração com outros técnicos (professores titulares e professores do ensino especial); (iv) colaboração com outras instituições que não escolares, para a recolha de informações médicas e/ou psicológicas (CPCJ, USF⁵; GNR; Comarca do Tribunal de Menores de Paredes, CHTS⁶, Centro Comunicar, AKNI⁷, HSJ⁸); (v) intervenção, sempre que justificável, com as crianças sinalizadas, modalidade individual ou em grupo; (vi) colaboração na realização de PEI⁹, (vii) colaboração na execução de RTP¹⁰; (viii) elaboração de relatórios de avaliação psicológica e, por último, (ix) participação nas atividades letivas propostas pelo programa escolar ou pelo GPS

A observação direta de entrevistas com os encarregados de educação das crianças e com as crianças foi uma atividade importante na medida em que a entrevista é uma técnica essencial a um psicólogo, para a recolha de informações, como explica Alavrez (1991). Esta técnica deve ser planeada, registada e deve ter ligação ao contexto onde é realizado. Muitas vezes é usada como critério para verificar a veracidade das informações obtidas, que ocorre na

⁵ *USF- Unidade de Saúde Familiar;*

⁶ *CHTS- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;*

⁷ *AKNI - Applied Knowledge of the Neurosciences Clinics, Clínica do Cérebro*

⁸ *HSJ – Hospital São João*

⁹ *PEI – Programa Educativo Individual- 1 - é o documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respectivas formas de avaliação; 2 - O programa educativo individual documenta as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na observação e avaliação de sala de aula e nas informações complementares disponibilizadas pelos participantes no processo do aluno; 3 - O programa educativo individual integra o processo individual do aluno. (Diário da República, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008).*

¹⁰ *RTP – Relatórios técnico pedagógico – (Decreto-lei 3/2008 - Artigo 6º) identifica o perfil de funcionalidade do aluno, tendo em conta atividade e participação, as funções e estruturas do corpo e a descrição dos facilitadores e barreiras que a nível dos factores ambientais influenciam essa mesma funcionalidade. O relatório deverá ainda explicar as razões que determinam as necessidades educativas especiais e a sua tipologia, bem como as respostas e medidas educativas a adoptar que servirão de base à elaboração do Programa Educativo Individual (PEI). Confirmado o consentimento do encarregado de educação, o relatório técnico-pedagógico será homologado pelo conselho executivo; . (Diário da República, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008).*

situação real, o comportamento não verbal e verbal, se estão em sintonia, através de outras técnicas, tais como entrevistas (Goulart, 2003).

Após a observação, procede-se o processo de avaliação psicológica com a utilização de instrumentos apropriados a cada caso. A fase de avaliação psicológica, *"...processo de resposta a questões, que utiliza vários métodos possibilitadores de uma análise científica do comportamento através da pesquisa de informação relevante relativa ao sujeito."* (Simões; 1994; pág. 8), permitindo assim *"...um empreendimento orientado para a compreensão dos indivíduos."* (Simões; 1994; pág. 9).

No processo de avaliação podemos ter a colaboração com os outros técnicos e instituições não escolares, para a recolha de informações médicas e ou psicológicas sobre a criança que está a ser avaliada e ou intervencionada.

A intervenção é realizada após concluir-se que a criança apresenta um comportamento/resultado significativo, e com uma abordagem mais holística dos modelos interventivos.

Utilizamos instrumentos como a WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição, o Pata Negra, Prova Exploratória de Dislexia Específica, Escala de Conners para pais e professores, e outros instrumentos fornecidos pelo agrupamento para os grupos realizados.

Formações

A participação em algumas formações permitiu o enriquecimento profissional e pessoal da estagiária, assim como abrir novos horizontes para uma abordagem diferente para as problemáticas referenciadas nas formações. A estagiária, no decorrer do estágio, frequentou, juntamente com outros elementos do GPS, Formação de Dislexia, com a Prf. Dr.^a Paula Teles na Clínica da Arrifana; o Seminário de Violência Doméstica, com o Prf. Dr. Pinto da Costa, da Universidade Portucalense; e por fim o Seminário sobre a sexualidade, na Faculdade de Ciências e Educação da Universidade do Porto.

Reuniões Supervisão

No âmbito da supervisão¹¹ foram realizadas diversas reuniões que tiveram lugar no Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Inicialmente, as reuniões eram semanais e estavam presentes todas as estagiárias que eram orientadas pela Dr.^a Alexandra Serra. Posteriormente estas reuniões decorreram quinzenalmente, consoante as necessidades das orientandas que foram agrupadas duas a duas conforme a facilidade de acesso ao Instituto.

As reuniões inicialmente tinham o objetivo de integração e conhecimento sobre o serviço que cada uma de nós iria seguir, posteriormente, as reuniões centravam-se no esclarecimento de dúvidas, partilha de informação sobre o estágio e sobre os casos que estaríamos a seguir. Sem dúvida que as reuniões ajudaram a perceber melhor as necessidades do psicólogo para cada serviço, assim como as nossas incertezas.

Realizei um plano individual de estágio, onde expus todas as atividades predefinidas que iria realizar, o papel do psicólogo na instituição e a descrição da instituição.

Ao longo das reuniões, a Dr.^a Alexandra Serra forneceu-nos uma série de artigos, que possibilitaram uma maior compreensão, dos casos clínicos expostos por nós, nas reuniões de supervisão, assim como o esclarecimento de alguns conceitos. Foi também realizado um estudo de caso sobre um dos casos que pude acompanhar, que seguia para avaliação.

Reuniões de Orientação¹²

A Dr.^a Madalena Catalino inicialmente estabeleceu um cronograma de atividades a ser realizadas sob a sua orientação. As reuniões realizaram-se quinzenalmente, podendo variar consoante as necessidades ou prioridades do momento. A orientadora zelou sempre pelo cumprimento das normas e horários, o que tentei sempre cumprir e responsabilizar-me por isso. Posteriormente a Dr.^a Madalena calendarizou atividades de pesquisa estabelecendo prazos para a apresentação das mesmas.

As atividades circulavam pela pesquisa bibliográfica relacionada com as problemáticas, a aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura, sobre essas mesmas problemáticas. A Dr.^a Madalena orientou-me nas atividades de estágio, criando possíveis

¹¹ Supervisão – “...discussão de casos, projectos terapêuticos, estratégias de intervenção e também de análise dos processos contra-transferenciais...” (Leal; 2005; pág. 246)

¹² orientação – ato ou efeito de orientar ou de se orientar. (Dicionário de Língua Portuguesa, 2014)

cenários e casos. Aquando a observação que fiz das entrevistas realizadas com os encarregados de educação das crianças e das próprias crianças, a Dr.^a Madalena dava-me a oportunidade de intervir, a qualquer momento criando oportunidades e condições para que analisasse e tratasse de informações de forma sistemática, podendo sustentá-las por escrito ou oralmente, capacitando a minha compreensão sobre a realidade em diferentes aspetos. Ajudou-me a desenvolver e a adquirir habilidades, hábitos e atitudes pertinentes para a competência profissional, incentivando a minha inquietação intelectual.

Inicialmente, devido às minhas hesitações e inseguranças, fez contenção de emoções, o que me ajudou a perceber melhor as atitudes e comportamentos que tive, sob a sua orientação. No final de cada consulta ou antes, a Dr.^a Madalena encorajava-me a fazer a articulação entre o teórico e o prático, o que era complexo, para quem estava a iniciar o mundo do trabalho. Elucidou alguns dilemas existentes, o que subsidiou, a abertura de novas realidades, perpetuando até ao final do estágio, sempre que sentia necessidade ou a D^a Madalena reconhecesse que era apropriado.

Posteriormente, a Dr.^a Madalena considerou que estava preparada para começar a intervir e a realizar entrevistas sozinha, sem a sua orientação, fortalecendo a minha capacidade e competência como futura psicóloga. Foram sem dúvida meses com uma diferente pressão, mas encorajadora, pois cada dúvida existente, era uma forma diferente de solucionar essa mesma dúvida, e foi o que a Dr.^a Madalena sempre tentou partilhar.

É um contínuo, em que o conhecimento se faz experiência e a experiência se faz conhecimento, mediado pelo trabalho lecionado.

Redes Sociais – relação escola-família-comunidade e parcerias

É uma das atividades integradoras das dinâmicas do GPS que prevê o envolvimento e a corresponsabilização das redes sociais pela educação dos alunos e família do Agrupamento. Esta atividade privilegia a intervenção em parceria com as instituições da rede social (CPCJ, Centro de saúde de Paredes, Câmara Municipal de Paredes, Segurança Social, Tribunal-Ministério Público, CHTS, Rede Europeia Anti-Pobreza, Centros Médicos e Terapêuticos, Psicopedagógicos e Equipas de RSI) dos alunos e famílias do Agrupamento e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das famílias e para o sucesso escolar dos alunos.

As atividades desenvolvidas nesta ação foram a realização de (i) presépio para oferecer aos alunos; (ii) lenços do dia dos namorados; (iii) manta para os idosos; (iv) comemoração do 25 de abril; (v) comemoração do Dia do Pai; (corrida, do encarregados de educação) e (vi) comemoração do Dia do Agrupamento.

Dinamização de uma aula de psicologia

Durante esta atividade, fui supervisionada pela Mestre Sara Pinto, Psicóloga do Desporto que leciona a disciplina Psicologia no curso de Aprendizagem de Cozinha e Hotelaria. A atividade realizou-se dentro da Escola Básica 2/3 de Paredes, no edifício D, numa turma com alunos com idades compreendidas entres os 16 e os 19 anos de idade.

Teve como objetivo a participação na dinâmica de aula de Psicologia, auxiliando a Mestre Sara no leccionamento da aula, a observação do comportamento dos adolescentes, dentro do ambiente de sala de aula, permitindo verificar as diferentes abordagens que os alunos têm perante a professora, diferenciando-se exponencialmente com os alunos do primeiro ciclo (1º ano até ao 4º ano).

Os alunos apresentam comportamentos desapropriados dentro da sala de aula, não respeitam a vez dos seus colegas, as ordens impostas pela professora, não são levadas com respeito, só na tomada de medidas extremas, como a expulsão de um aluno, os restantes colegas de turma temeram a professora, o que revela a falta de regras e respeito pelo papel do professor.

Proporcionou-se uma dinamização de grupos para terem um melhor esclarecimento da matéria (o que era rede nuclear, rede secundaria, bases de socialização) encontrando mecanismos que facilitassem a memorização e a concentração dos alunos presentes.

Expõe-se um resumo do número de casos que se seguiu nos centros escolares, da zona de Paredes, que será distribuída por centros escolares, géneros, números de crianças de cada ano e por fim as problemáticas comuns em todas as crianças.

Tabela 1- Número de casos seguidos nos centros escolares de Paredes

Centro Escolar	Género	Nº alunos	Problemáticas	Ano
Paredes	F-0/M-2	25	Dificuldades no Desenvolvimento; PHDA; Dislexia; Carência/instabilidade afetiva; Violência Doméstica; Divórcio;	J.I.
	F-2/M-7			1º Ano
	F-3/M-7			2º Ano
	F-0/M-4			3º Ano
	F-0/M-0			4º Ano
Bitarães	F-1/M-4	28	Dificuldades de Aprendizagem; Atraso no Desenvolvimento; Lutos sucessivos; Carências socioeconómicas; Divórcio;	J.I.
	F-3/M-4			1º Ano
	F-4/M-5			2º Ano
	F-1/M-2			3º Ano
	F-2/M-1			4º Ano
Mouriz	F-0/M-2	45	Comportamentos de automotilação; Retenção repetida; Dislexia; PHDA; Dificuldades de Aprendizagem; Problemas Emocionais; Divórcio; Comportamento de rejeição/oposição	J.I.
	F-6/M-3			1º Ano
	F-0/M-9			2º Ano
	F-1/M-10			3º Ano
	F-3/M-10			4º Ano

Grupos terapêuticos nos centros escolares;

Nesta atividade criaram-se dois grupos psicoterapêuticos, um grupo psicoterapêutico de Hiperatividade e Défice de Atenção e outro grupo psicoterapêutico de Dislexia. Teve como

objetivo fornecer ferramentas necessárias e essenciais para lidar com as atividades do dia-a-dia, resolução de conflitos, através da partilha em grupo e intervenção psicoterapêutica.

As atividade envolvia a participação dos alunos em atividade lúdicas, para responsabilizar o comportamento dos mesmos; imposição de regras individuais e de grupo; contrato comportamental (Anexo1).

O grupo terapêutico de Hiperatividade e Défice de Atenção teve como objetivo o controlo dos impulsos, a atenção seletiva e o respeito das regras expostas. O grupos era constituído por seis alunos de ambos os géneros e com idades semelhantes (idades compreendidas entre os 7 anos de idade aos 9 anos de idade), as atividade centraram em jogos de tabuleiros, jogos de cartas e labirintos. Criaram-se subgrupos, para que os alunos respeitassem a vez de cada um e alimentar o espírito que equipa, fortalecendo as relações sociais.

Relativamente ao grupo terapêutico de Dislexia teve como objetivo o treino de leituras e algumas atividades lúdicas que incluem-se a leitura ou a escrita. O grupo era constituído também por seis alunos, de ambos os géneros e idades semelhantes (6 anos de idade ao 8 anos de idade). As atividades centraram-se em jogos de cartas, exercícios de leitura reduzida, completar frases, formando subgrupos, para que houvesse respeito, interajuda e espírito de equipa , fortalecendo as relações sociais.

Para ambos os grupos terapêuticos foram necessárias seis sessões, agendadas uma vez por semana para grupo terapêutico, era realizado nos intervalos dos alunos ou em aulas extracurriculares.

Consulta Psicológica Individual

Apresentar-se-á dois casos clínicos, um centrado no processo de avaliação, nos instrumentos utilizados e nos resultados que a criança apresentou e o outro de acompanhamento. Os dados de identificação serão salvaguardados por sigilo profissional e pelo código de ética e deontologia.

Identificação

O João é uma criança do sexo masculino com nove anos de idade; nasceu a 17 de novembro de 2005. Reside na área metropolitana do Porto. É o primeiro filho numa fratria de dois. Vive com os seus pais e o seu irmão.

Atualmente está no primeiro ciclo, no terceiro ano de escolaridade. É acompanhado pelos serviços de mediação social do GPS, na valência de Psicologia, e pelo serviço de pedopsiquiatria, no Hospital Distrital, apenas para monitorização da medicação que está a tomar (Ritalina), de modo a minimizar a sintomatologia (PHDA).

Motivo / Pedido

O João foi referenciado para os serviços de Psicologia pela Professora Titular de Turma, esta referiu que a criança tem dificuldades em concentrar-se nas tarefas propostas, não conseguindo realizar tranquilamente uma atividade durante muito tempo, o que condiciona as suas aprendizagens, a aquisição de conhecimentos, em situação de aula brinca constantemente com o material escolar e está sempre a rir-se.

História de vida

Quando o João nasceu, o seu pai tinha 42 anos de idade e a sua mãe 28 anos de idade, foi a primeira gestação materna. A progenitora foi acompanhada durante toda a gravidez, tendo o bebé nascido prematuro às 34 semanas, com 2.220 gramas (abaixo do peso), de parto normal.

Segundo as informações da Encarregada de Educação, o João alimentava-se normalmente, não havendo quaisquer suspeitas de problemas. Em criança, trocava letras na leitura e na escrita, apesar de apresentar um vocabulário completo. Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, começou a andar aos doze meses e o controlo dos esfíncteres decorreu normalmente. Por volta dos 5 anos, demonstrava facilmente cansaço na realização das atividades escolares, dizia à mãe que lhe doía a mão (para não fazer o que lhe era solicitado) mas como a mãe não cedeu às suas queixas, o João entendeu que tinha de realizar as atividades.

No infantário, a Encarregada de Educação começou a reparar que o João não fazia o que os seus colegas faziam e que “os outros já faziam as coisas e ele não”, a educadora encaminhou-a para o Hospital Distrital e lá confirmou-se a Hiperatividade (PHDA) do seu educando, sendo agora medicado com Ritalina.

O agregado familiar vive atualmente numa casa independente e utiliza o autocarro para se deslocar à escola. Sempre teve grande acompanhamento por parte dos pais. A mãe sempre o apoiou na realização das tarefas escolares, envolvendo-se sempre no contexto escolar e manifestando grande interesse por toda a atividade educativa do seu educando. Menciona que sempre procurou respostas junto ao médico de família, na escola e nas consultas de desenvolvimento: afirma “pelo meu filho eu vou até ao fim do mundo, e tudo o que me orientarem eu vou procurar fazer como fiz até agora, nada me impede de correr atrás”.

O João tem responsabilidade por tarefas em casa e cumpre as orientações da mãe em relação a roupa, comida, trabalhos da escola e material escolar. Esta refere que ele continua a ser responsabilizado e, se necessário, castigado, mas que atualmente não o faz, pois ele cumpre habitualmente aquilo de que é incumbido.

Não foi referenciada mais nenhuma problemática, até à atualidade, mas com a aproximação do quarto ano, a mãe nota que ele tem andado mais nervoso e irrequieto, o que a preocupa, até porque a professora titular de turma também verificou alterações no comportamento do mesmo, em sala de aula.

Processo de avaliação

O João foi avaliado em dezembro de 2014, com o intuito de verificar o seu nível intelectual. A informação foi obtida por intermédio do instrumento WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (Anexo 2), teste de inteligência, que tem como objetivo avaliar a capacidade intelectual das crianças (dos 6 anos de idade até aos 16 anos de idade) e o processo de resolução de problemas. Este teste é composto por 15 subtestes, sendo 10 principais e 5 opcionais, e dispõe de quatro índices (Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptiva, Índice de Memória Operacional e Índice de Velocidade de Processamento) representando um Qlg (quociente de inteligência global), que abrange os Qlv (quociente de inteligência verbal) e o Qlr (quociente de inteligência de realização). Após a

avaliação, o João teve um Qlg=120, o que revela que, comparando com crianças da mesma idade, está acima da média.

Seguidamente, foi avaliado novamente com a Escala de Conners para pais e professores, versão revista, (Keith Conners, 1997) (Anexo 3) para verificar se apresentava Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Tal como aconteceu no processo de avaliação realizada pela sua pedopsiquiatra, a criança preencheu os critérios para PHDA (9 valores no Índice de défice de atenção e hiperatividade). Assim, a professora e os técnicos presentes na reunião de Conselho Pedagógico, realizada para analisar o caso do aluno, elaboraram um relatório técnico pedagógico (RTP). Anteriormente, foi realizada uma reunião com o professor responsável pelo aluno e o Encarregado de Educação, para análise do conteúdo dos relatórios e da informação pedagógica existentes. O RTP é um documento de balanço final no qual se procede à avaliação das medidas previstas no Plano Educativo Individual (PEI) de cada aluno e que tem de ser obrigatoriamente homologado pelo Conselho Pedagógico, no final do ano letivo. Este documento deve conter: a avaliação dos resultados escolares obtidos pelo aluno sujeito a um PEI, uma síntese descritiva das medidas adotadas, propostas de intervenção para o ano letivo seguinte. Deve ser elaborado e assinado por todos os intervenientes no processo educativo do aluno.

O Plano Educativo Individual é desenhado para responder à especificidade das necessidades de cada aluno. Refere-se à operacionalização e eficácia da adequação do processo de ensino e de aprendizagem, facilitando a progressão ao longo da escolaridade, permitindo aos alunos completar o ciclo com maiores níveis de sucesso. Deve garantir a equidade educativa dos alunos com necessidades educativas especiais, é um instrumento de trabalho onde se encontra descrito o perfil de funcionalidade do aluno e estabelece as medidas educativas específicas para cada aluno. É elaborado ou revisto tendo por base os dados que constam do RTP e que resultam da avaliação especializada previamente realizada (sempre que possível por uma equipa multidisciplinar) por referência à CIF-CJ (Anexo 4). A criança com o Plano Educativo Individual beneficia de medidas de acordo com o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, Capítulo I, Sessão II Condições especiais na realização de provas e exames por alunos com necessidades educativas especiais, ponto 32 – Ensino Básico (apoio temporário em pequeno grupo às disciplinas de Português e Matemática); Adequações curriculares individuais; Adequações no processo de avaliação). O aluno acompanha o currículo normal com algumas adaptações, sem no entanto suprimir qualquer conteúdo programático.

Análise compreensiva da problemática

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é a definição utilizada no DSM 5, para referenciar a criança como hiperativa ou com instabilidade psicomotora.

Os critérios de diagnóstico de PHDA abrangem uma associação de sintomas, um aumento da atividade motora, a impulsividade e o défice de atenção, que se evidenciam durante um período de pelo menos seis meses, num mínimo de dois contextos (casa, escola, situações sociais) e interferem significativamente no funcionamento da criança. Esta deve manifestar pelo menos seis sintomas, de nove, para se considerar que tem os Sintomas de Défice de Atenção: não dá atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares ou outras atividades (por exemplo: não repara nos pormenores e o seu trabalho é impreciso); tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo: tem dificuldade em permanecer atento a conversas ou a ler longos textos); parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra (por exemplo: a sua mente parece estar noutra lugar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia); não segue instruções e não consegue terminar trabalhos escolares ou tarefas domésticas (por exemplo: começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco, não consegue completar os trabalhos na escola ou as tarefas domésticas); tem dificuldade em organizar as tarefas e atividades (por exemplo: dificuldade em gerir tarefas em sequência; tem dificuldade em manter as coisas organizadas; faz má administração do tempo); frequentemente evita ou apresenta relutância em se envolver em tarefas que exijam esforço mental sustentado (por exemplo: trabalhos de casa; os adolescentes mais velhos e adultos têm dificuldade na elaboração de relatórios e revisão de textos longos); perde materiais necessárias para as tarefas e atividades (por exemplo: materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos ou telemóveis); é facilmente distraído por estímulos externos (por exemplo: os adolescentes mais velhos e adultos podem distrair-se com os próprios pensamentos); esquece-se das atividades diárias (por exemplo: tarefas, recados; adolescentes e adultos mais velhos esquecem-se de devolver chamadas, de pagar contas, de compromissos).

Devem estar presentes, também, pelo menos seis de nove itens, para se considerar que tem Hiperatividade e Impulsividade: frequentemente agita as mãos ou os pés ou mexe-se na cadeira; abandona a cadeira em situações em que deve permanecer sentado (por exemplo: deixa o seu lugar na sala de aula, escritório ou outro local de trabalho, ou em outras situações

que necessitem de permanecer sentado); corre ou trepa em situações em que é inapropriado; é incapaz de jogar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; muitas vezes age como se estivesse "a todo o vapor"; fala excessivamente; dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas (por exemplo, completa as frases das pessoas e salta entre conversas, não consegue esperar pela sua vez); tem dificuldade em esperar pela sua vez (por exemplo, enquanto espera na fila); interrompe ou mete-se com os outros (por exemplo, em conversas ou brincadeiras ou atividades; pode começar a brincar com as coisas dos outros sem pedir ou receber permissão; os adolescentes ou adultos podem sobrepor-se ao que os pares estão a fazer).

Caracteriza-se a PHDA pela incapacidade de focar e sustentar a atenção, controlar o nível de atividade e moderar as ações impulsivas, o que resulta em comportamentos discordantes com a idade e nível de desenvolvimento (Rappley, 2005)

O João apresenta um Défice de Atenção e Hiperatividade, pois tem pelo menos seis itens dos critérios necessários, tanto para o Défice de Atenção, como para a Hiperatividade. É uma criança muito ativa, sendo esta também uma das queixas referenciadas pela professora titular de turma: *"brinca com todo o material escolar, coloca o material para o baloiçar, atira material e ri-se" (sic), " não consegue terminar as tarefas até ao final" (sic).*

É na entrada no ensino básico que se tornam evidentes as dificuldades das crianças com PHDA menos acentuada. A necessidade de organizarem os cadernos e trabalhos, o permanecer sentadas e focadas durante um período de tempo relativamente prolongado, *"... a necessidade de ir à casa de banho a cada meia hora ..." (sic).* Na idade escolar e na adolescência, as crianças apresentam uma incapacidade em permanecer sentadas ou envolverem-se em atividades mais calmas e apresentam um quadro de inquietação extrema. Ao longo do seu desenvolvimento há um decréscimo progressivo da intensidade dos sintomas de hiperatividade e impulsividade, mantendo geralmente o Défice de Atenção. A fácil distração, a dificuldade em manter a atenção seletiva, as limitações no controlo de impulsos e no cumprimento de instruções condicionam a realização das tarefas, como uma consequente ineficácia, baixa tolerância à frustração e uma baixa autoestima (Cordinha, 2008).

Não existem exames complementares para fazer o diagnóstico da PHDA. O desenvolvimento intelectual, por exemplo, avaliado individualmente por testes de Quociente de Inteligência exibe uma ampla variação, sendo que alguns destes indivíduos apresentam valores acima da média. É o caso do João, que apresenta QI= 120.

Reflexão

O João, ao longo do estágio foi das crianças que mais marcou... quando entrou no gabinete a chorar expondo a revolta que estava a sentir, as emoções que transbordavam os seus pequenos olhos.

Desde o início do acompanhamento, que a criança tornou-se especial, apesar de muitos acharem que ele não seria capaz de ultrapassar as suas dificuldades em controlar os seus impulsos, demonstrou grande força interior, apesar das muitas contrariedades escolares.

Apesar de ter sido um caso mais psicométrico e dedicado quase exclusivamente aos instrumentos e a todos os procedimentos burocráticos necessários, para que o João pudesse usufruir dos benefícios a que foi referenciado, a criança mostrou ser sempre uma criança querida, de fácil trato e bastante cooperativo em todas as atividades propostas pelas psicólogas do agrupamento. Integrou nos grupos terapêuticos que foi criado, sendo dos alunos com melhor comportamento, tornando-se "líder" do seu grupo e subgrupo a que pertencia, mencionando as regras sempre que alguns dos seus colegas falhava.

Estudo de caso

“... Não quero, não faço...”

Identificação

A Maria (nome fictício) é uma criança do sexo feminino com sete anos de idade; nasceu a 17 de outubro de 2007. Reside na área metropolitana do Porto. É a filha mais nova numa fratria de duas, sendo que a mais velha tem onze anos de idade. Vive com a sua mãe, a sua irmã, os seus avós maternos e um tio gêmeo materno.

Atualmente está no primeiro ciclo, no segundo ano de escolaridade. É acompanhada pelos serviços de mediação social do GPS, na valência de Psicologia.

Motivo/Pedido para o acompanhamento

A Maria foi referenciada para os serviços de Psicologia, pela Professora Titular de Turma. Esta refere que a criança se recusa sistematicamente a realizar as tarefas que lhe são propostas, mantendo uma postura de oposição e demonstrando dificuldades na interação com os outros colegas e com os adultos.

História de vida

A mãe, com trinta e sete anos, é cozinheira. O pai, com trinta e oito anos, está atualmente na Bélgica, a trabalhar como carpinteiro. Estão divorciados há mais de seis anos, com mútuo acordo entre os dois.

Os dados anamnésicos foram recolhidos junto da Encarregada de Educação. Esta começou por referir “... não sei o que fazer mais pela Maria, estou cansada...” (sic), exibindo um rosto abatido. Mostrou-se instável, chorosa, repetindo muitas vezes o facto de estar cansada e de não saber mais o que fazer. Emitiu um claro pedido de ajuda, manifestando a sua instabilidade emocional. Devido à grande fragilidade por ela demonstrada, a estagiária colocou a hipótese de ser acompanhada psicologicamente, para lidar melhor com as suas emoções.

Falou então da separação do seu ex-marido e referiu ter pensado no suicídio nessa altura, apesar do acompanhamento profissional a que teve acesso.

Referiu ainda que a Maria tem contacto telefónico semanal com o pai e, quando este regressa a Portugal, passam o fim de semana juntos.

A avó materna da Maria encontra-se acamada, o que rouba algum tempo e disponibilidade à progenitora para a verificação das competências escolares da sua filha, confessa também ter alguma falta de paciência para essa verificação.

Relativamente às rotinas, quando a progenitora da Maria chega a casa do trabalho faz o jantar, cuida da sua mãe e deita as meninas na cama e depois só quer é descansar. Nos dias de maior *stress* relata que, quando confrontada com algumas oposições da filha, recorre à violência física (utilizando uma colher de pau).

Ao longo da entrevista individual, demonstrou ser compreensiva e informada sobre as problemáticas da filha, dentro e fora da escola.

De acordo com a Encarregada de Educação, a Maria foi um bebé planeado, tendo nascido no contexto de uma reaproximação/reconciliação do casal. Contudo, devido aos problemas com que nasceu, houve um menor investimento por parte dos pais, o que resultou, posteriormente, na separação e no divórcio.

O relacionamento entres os pais é de alguma hostilidade recíproca. Há uma comunicação reduzida e excecional quando tratam de assuntos das filhas.

Desde o primeiro contacto, observou-se uma grande preocupação por parte da mãe em relação à filha. Inicialmente, sentia-se perdida, não sabendo lidar com os comportamentos da mesma, nem os percebendo. Esta sua preocupação havia-se agravado devido à pouca motivação da criança para as tarefas escolares, daí referir "*... não sei o que fazer mais pela Maria, estou cansada...*" (sic).

A Maria apresenta uma idade consonante com a idade real, é magra, tem uma estatura normal, cabelo curto e olhos escuros. Cuida do seu aspeto geral, apresentando-se limpa, muito cuidada, vestindo de forma adequada, embora simples, de acordo com a sua idade e nível socioeconómico.

Com a ajuda de uma entrevista semiestruturada e através dos relatórios psicológicos elaborados anteriormente, conclui-se que a criança nasceu por cesariana, com trinta e nove

semanas de gestação, com 3,320 Kg e 51 cm. Devido às mutações genéticas, a Maria nasceu com Fenda Palatina Completa, sendo intervencionada cirurgicamente no Hospital de São João, pela primeira vez, aos três meses de idade, depois, aos cinco e aos dez meses e, por fim, aos quatro anos de idade. Para além da existência desta problemática, foi-lhe diagnosticada ainda uma deficiência auditiva, tendo-se verificado nela uma perda de audição de cerca de 80%.

O seu desenvolvimento motor iniciou-se a partir dos quinze meses; a dentição teve início aos cinco meses.

Ingressou no infantário por volta dos três anos de idade, não tendo sido verificados quaisquer contratempos na sua adaptação inicial. Ao longo do seu percurso-pré-escolar, o seu desenvolvimento intelectual, comportamental e social apresentou algumas lacunas, o que criou a necessidade de intervenção a esses níveis. A Maria beneficiou de um Programa Educativo Individual (PEI)¹³ no âmbito da Intervenção Precoce, adaptado à sua problemática, o que lhe permitiu evoluir a todos os níveis esperados para a sua idade.

Seria expectável que, nesta fase, a criança tivesse aquisições sociais, apesar de ser tímida e reservada, através das brincadeiras e dos jogos, alcançando competências como a obediência às regras, o respeito mútuo e a iniciativa pessoal e em grupo. Contudo, verificaram-se alguns constrangimentos, em termos sociais: preferia o isolamento, limitando a sua interação e relação com os pares.

Na entrada para o primeiro ciclo, no primeiro ano de escolaridade, teve algumas dificuldades de integração, devido às lacunas realçadas no tempo do jardim de infância. Começou a demonstrar alguns comportamentos de oposição como, por exemplo, não fazer o que a professora pedia dentro e fora da sala de aula, não participar nas brincadeiras com os seus pares, mostrar-se desafiadora ("*não quero fazer!*" (sic)) e encolher os ombros, quando a professora a colocava de castigo. Os seus comportamentos agravaram-se, sendo posteriormente sinalizada e acompanhada pelo serviço SPO no Agrupamento de Escolas de Paredes. Foi-lhe diagnosticada Perturbação de Oposição, tendo sido intervencionada desde então.

Apesar das lacunas apresentadas, a Maria tem um bom relacionamento familiar, principalmente com o seu avô materno. Menciona que ele é um grande amigo, "*é um*

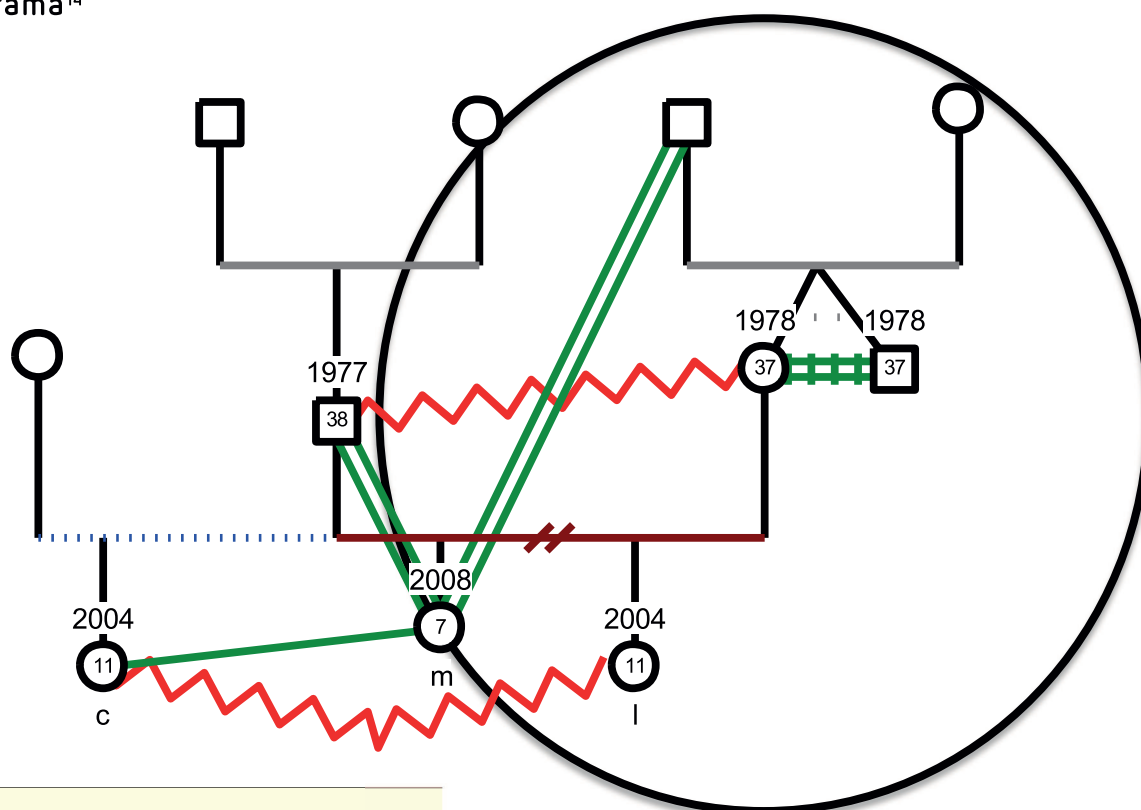
¹³ **PEI-:** 1 - O programa educativo individual é o documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respetivas formas de avaliação; 2 - O programa educativo individual documenta as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na observação e avaliação de sala de aula e nas informações complementares disponibilizadas pelos participantes no processo do aluno; 3 - O programa educativo individual integra o processo individual do aluno. (Diário da República, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008)

brincalhão, está sempre a fazer-me rir” (sic). O mesmo acontece com o seu pai: apesar de estar ausente, quando regressa passa o seu tempo com as filhas, não recusando qualquer pedido feito pelas mesmas.

O seu relacionamento com a progenitora é favorável, embora a atitude desta seja um pouco permissiva. A mãe tem pouca assertividade no que concerne ao comportamento da sua filha.

Relativamente à sua irmã, mantém com ela uma relação tradicional de irmãos: dão-se bem, mas por vezes há breves zangas, que são resolvidas com facilidade.

Genograma¹⁴



Rótulo da Relação Emocional

- ==== 2 Amizade / Próximo
- - - - 1 Grandes Amigos / Íntimos
- / / / / 2 Hostile
- 1 Harmonia

Rótulo da Relação Familiar

- 2
- / - / - / 1 Divórcio
- 1 Relação casual ou namoro (curto prazo)

¹⁴ **Genograma** – “Representação gráfica, convencional e geométrica de uma família, sob a forma de símbolos que definem de uma forma precisa as particularidades de cada indivíduo (...)” e assim os dados “...permitem ao terapeuta compreender as componentes transgeracionais horizontais e verticais.” (Doran & Parot; 2001; pág. 36)

Processo de avaliação psicológica

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.” Skinner

O processo de avaliação psicológica decorreu entre o dia 27 de janeiro de 2015 e o dia 12 de junho de 2015, tendo sido necessárias sete sessões.

Durante este processo e de forma a explorar a problemática da criança, foi utilizada a entrevista psicológica, assim como determinados testes psicológicos pertinentes para a exploração e compreensão da problemática. Apresenta-se a seguir, o resultado dessas sessões, em função do objetivo comum e ao processo de avaliação psicológica.

O primeiro contacto com a Encarregada de Educação (mãe) foi efetuado através do telefone, a fim de solicitar a comparência da mesma no Centro Escolar frequentado pela filha, para oficializar o pedido de avaliação da mesma.

Na primeira sessão, a mãe compareceu à hora previamente marcada, tendo sido recolhidos os dados anamnésicos, pertinentes para a compreensão do caso, e procedeu-se ao esclarecimento do pedido para avaliação da Maria, assim como das principais queixas que foram sinalizadas.

Nesse mesmo dia, a estagiária esteve com a Maria, tendo começado por tentar perceber se sabia o porquê de ter sido chamada. A resposta dela foi bastante peculiar: *“estou aqui porque não faço o que a professora manda”* (sic). Nessa sessão falou um pouco da sua vida, o que proporcionou a observação do seu comportamento verbal e não verbal, iniciando-se uma aliança terapêutica.

Na segunda sessão, foi utilizada a SCICA (Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents) - Entrevista Clínica Semi-estruturada de McConaughth & Achenback para crianças e adolescentes (Gonçalves & Simões, 2000) (Anexo 5), para a obtenção dos dados pessoais, tais como a idade, gostos, atividades de lazer, as disciplinas de que ela mais gosta, o que ela mais receia, entre muitos outros aspetos. Inicialmente, não tinha vontade em responder ao que lhe era pedido, no entanto, através de outras abordagens acabou por ceder.

A Maria revela, aparentemente, um grande desejo de vir a ser professora, de crescer, de ser mais velha, de forma a alcançar algumas regalias. Aparentemente, não gosta das aulas, embora goste de ir para a escola, pois refere que *“os amigos são amigos”*.

Da terceira sessão à quinta foram utilizados e aplicados instrumentos psicométricos, tais como "*Como é que eu sou?*", o CABS e EADS – CPA, para perceber melhor as problemáticas da Maria.

O instrumento "*Como é que eu sou?*" (Anexo 6) visa avaliar o conceito de si próprio numa perspetiva multidimensional que inclui seis domínios, destinados a avaliar competências específicas do autoconceito, nomeadamente a competência atlética, a aceitação social, a aparência física, a competência escolar, o comportamento e a autoestima.

Verificaram-se valores muito baixos na subescala Autoestima (1,3) e revelaram-se valores igualmente baixos nas subescalas Competência Atlética e Aparência Física (2,1) o que evidencia a baixa autoestima. No mesmo instrumento obtiveram-se valores significativamente positivos nas competências Aceitação Social (3,1), Competência Escolar (2,5) e, por fim, Comportamento (2,5).

O CABS , Escala de Comportamento Assertivo (Michelson & Wood, 1982) (Anexo 7) é uma escala de autodescrição que avalia as competências sociais gerais e específicas, numa variedade de situações sociais, problemáticas e relevantes nas idades compreendidas entre os oito e os doze anos. Esta escala, adaptada para a população Portuguesa em 1995, por Martins, é constituída por vinte e sete itens, relativos a situações sociais, que representam conteúdos assertivos, tais como fazer ou receber um elogio, iniciar uma conversa ou fazer um pedido. A resposta a cada item é dada sobre cinco escolhas possíveis, que variam num conjunto que vai da passividade até à agressividade: muito passivo, passivo, assertivo e muito agressivo.

Os resultados obtidos foram baixos, com seis pontos negativos num total médio de treze pontos, o que significa que a Maria tende para um comportamento mais passivo; nesta escala, quanto menor for a pontuação obtida, maior será a falta de assertividade, e vice-versa.

O EADS-CPA – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Ribeiro, Honrado & Ribeiro, 2004) (Anexo 8) avalia um conjunto de sintomas emocionais negativos relacionados com a depressão, ansiedade e o stress. É constituído por vinte e um itens, sendo que sete itens medem o fenómeno da ansiedade, sete itens avaliam o fenómeno da depressão e, por fim, sete itens medem o fenómeno do stress. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam as ocorrências dos fenómenos em análise, numa escala de 4 pontos (1- não se aplicou nada em mim, 2- aplicou-se em mim algumas vezes, 3- aplicou-se a mim muitas vezes e 4- aplicou-se em mim a maior parte das vezes).

Relativamente aos resultados, a criança teve valores significativos para a ansiedade (10 para um total de 15), que apontam para uma sintomatologia elevada.

Ao longo da aplicação destes instrumentos, a Maria apresentou pequenas melhorias no seu comportamento, mesmo nos dias menos positivos: apesar de mostrar resistência às atividades, terminava-as. Mostrou maior cooperação e mais motivação para a mudança, apesar dessa transformação de comportamento, tentando manipular a estagiária para que ficasse satisfeita com a sua prestação e não a incomodasse.

Ao longo destas sessões, a Maria conseguiu falar sobre alguns dos seus medos e receios, partilhou igualmente o seu desagrado relativamente ao seu grupo de pares por eles não terem querido brincar a um jogo que esta sugeriu. Referiu ainda algumas das suas fantasias em redor de seu pai, criando cenários possíveis, tais como "*ida ao zoológico*", "*passaios de comboio, idas ao parque e visitas ao castelo*" (sic) (posteriormente, a estagiária confrontou a mãe e comprovou que as atividades mencionadas pela criança eram inventadas).

Na sexta sessão, foi utilizado o instrumento CBCL (Anexo 9), que tem como objetivo avaliar a competência social e os problemas de comportamento a partir de informações fornecidas pelos pais. No presente caso, aplicou-se à mãe. Através dos índices que o CBCL avalia, esta obteve uma pontuação elevada no índice de Oposição/Imaturidade com 19 ($M=7.7; DP=5.2$), Hiperatividade/Atenção com 12 ($M=4.9; DP=3.5$) e Problemas Sociais com 6 ($M=4.5; DP=2.7$) o que revela coerência com o que se avaliou e analisou ao longo das sessões.

No mesmo dia, depois da consulta com a mãe, a estagiária falou com a professora da Maria, para lhe explicar o que se teria passado, no âmbito de uma mediação relacional. Mais uma vez, a professora mostrou-se preocupada com a situação da criança. Quando a aluna, apesar de ser uma das melhores da turma, está no modo "*...não quero, não faço...*", a professora menciona não saber como interagir com ela, apesar disso, esta tem melhorado o seu comportamento. A professora solicitou sugestões para melhorar a sua postura perante a criança. Foram-lhe dadas algumas diretrizes relativas ao que poderia fazer.

Na sétima sessão estiveram presentes a Maria e a mãe, o objetivo centrava-se em verificar a dinâmica familiar. Apesar de algum constrangimento inicial por parte da Maria, quando chegou ao gabinete, a mãe falou com ela, dizendo "*...ui tanta vergonha...*" (sic) e ela pareceu relaxar um pouco, sorrindo. A mãe manteve uma boa postura em relação à filha e esta respeitou sempre o que mãe dizia, não a contrariando. Não falou muito, ao contrário do que é habitual nela, o que podia ser justificado pela presença da mãe na sessão. Apesar de, algumas

vezes, a criança falar ao mesmo tempo que a mãe, esta não se impôs perante a filha, o que sugere um estilo parental permissivo.

Por último, na consulta de devolução, foi dada uma explicação geral à mãe, antes de a Maria chegar, acerca do que é o comportamento de oposição e das implicações que este comportamento tem na redução de competência social.

Após a Maria chegar, foi explicado a ambas que ela apresentava alguns comportamentos de oposição, pouco investimento na escola e que tinha baixas competências sociais, uma vez que demonstrava dificuldades em lidar com a ansiedade e com as regras impostas dentro e fora da sala de aula. Foi referido que o comportamento de oposição se manifesta através de atitudes de teimosia e de resistência ao cumprimento de regras. A Maria tem dificuldade em ceder aos adultos e aos colegas que estão presentes nas suas relações sociais. Este facto impede-a de adquirir todas as competências sociais básicas. Deverá obedecer às regras existentes, mas ao mesmo tempo terá de ter um pouco de paciência, pois as alterações da sua atitude demoram o seu tempo para serem significativas. É importante que a mãe e a escola proporcionem um pouco de liberdade à Maria relativamente aos possíveis erros, mas é necessário inculcar-lhe mais responsabilidades, para uma melhor aquisição dos conceitos.

Após a saída da Maria, foram fornecidas à mãe algumas informações (através de um guia parental) (Anexo 10) sobre como lidar e reagir perante algumas situações, o que lhe poderia causar alguma frustração, foi-lhe referido que não poderia transmitir isso à criança.

Para terminar, salientou-se a necessidade de acompanhamento psicológico no ano lectivo seguinte, para que a Maria consiga um melhor sucesso académico e, principalmente, social.

Análise compreensiva da problemática

“ Há uma infinidade de comportamentos que parecem ridículos e cujas razões ocultas são muito sábias e muito sólidas ”La Rochefoucauld

Tentou-se verificar se a problemática diagnosticada anteriormente estaria de acordo ou não com o diagnóstico lançado.

Recorreu-se inicialmente ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), para verificar se a Maria apresentava um quadro de Perturbação de Oposição. A característica essencial de uma Perturbação de Oposição é um padrão recorrente de comportamento negativista, hostil e desafiante que dura, pelo menos, seis meses e caracteriza-se pela ocorrência de, no mínimo, quatro dos seguintes comportamentos: “encoleriza-se com frequência”; “discute com os adultos”; “desafia ou recusa cumprir os pedidos ou regras dos adultos”; “zanga-se deliberadamente com as pessoas”; “culpa os outros dos seus próprios erros ou mau comportamento”; “susceptibiliza-se ou fica facilmente aborrecido com os outros”; “sente raiva ou está ressentido”; e “é rancoroso ou vingativo”. Para fazer o diagnóstico devem ocorrer com mais frequência do que é tipicamente observado e devem causar um défice clinicamente significativo no funcionamento escolar (APA, 1996, p. 96). A Maria não reúne os quatro critérios necessários, mas manifesta possibilidade de haver nela traços de oposição que se não forem intervencionados podem desenvolver-se, ao longo do seu ciclo de vida, numa perturbação de oposição.

A transição entre ciclos de vida é sempre carregada de emoções e conotada com períodos de expectativas, stress e medos. A Maria tem sete anos, encontrando-se numa fase natural de mudança, em termos sociais e biológicos, tendo manifestado algumas inadaptações, principalmente no que se refere às competências sociais.

Torna-se pertinente definir o conceito e explicar o comportamento de oposição, bem como os fatores que podem influenciar o seu aparecimento nas crianças. A influência da educação parental e a baixa competência social explicam o fenómeno ou haverá outras problemáticas emocionais (autoestima) que, isoladamente ou em conjunto, proporcionam o comportamento de oposição?

Os fatores de risco e de proteção são elementos que estão inteiramente relacionados com as características individuais do sujeito, assim como a estrutura e funcionamento dos subsistemas nos quais ele se encontra inserido (Pral, 2007).

Existem três grupos de fatores de risco. Em primeiro lugar, refiram-se os individuais, tais como os fatores genéticos, que pressupõem a predisposição biológica; o temperamento da criança, como, por exemplo, um temperamento difícil; os défices neurocognitivos da criança, tais como a epilepsia, a lesão cerebral e o défice cognitivo; e o período pré e pós-natal, que inclui o estilo de vida materno, a idade materna inferior a 18 anos, as complicações obstétricas, a prematuridade, o baixo peso na nascença e possíveis traumatismos cranioencefálicos na 1ª infância.

Há também os fatores de risco familiares, como o tipo de vinculação, no caso de ser inseguro ou desorganizado; a disfunção familiar, consoante as experiências precoces de carências/traumáticas, a conflitualidade intrafamiliar, a exposição a violência e maus-tratos, o estilo parental permissivo (falta de supervisão, alternância entre rigidez excessiva e ausência de limites) e haver um irmão com Perturbação do Comportamento;

Por fim, refiram-se os fatores de risco ambientais, que podem ser o baixo nível socioeconómico, grupos de pares delinquentes, o insucesso e absentismo escolar e a exposição a violência nos meios de comunicação.

Relativamente aos fatores de proteção, estes podem ser a boa capacidade familiar para lidar com a assertividade, um bom nível cognitivo, um temperamento fácil, a boa capacidade de socialização com pares, a existência de relações significativas com pelo menos um dos progenitores ou outro adulto de referência, a relação com o irmão mais velho responsável e autodisciplinado, o bom desempenho escolar e extracurricular, a integração num grupo e por fim a integração num meio escolar promotor de sucesso, responsabilidade e autodisciplina.

Tendo em conta os fatores de risco e os fatores de proteção mencionados neste caso específico, podem-se apontar as complicações obstétricas como fator de risco individual; o estilo parental permissivo (a falta de supervisão, alternância entre rigidez excessiva e ausência de limites) como fator de risco familiar; e o baixo nível socioeconómico, como fator de risco ambiental.

Quanto aos fatores de proteção, inerentes ao caso em análise, indicam-se o bom nível cognitivo, o temperamento fácil, a existência de relações significativas com pelo menos um dos

progenitores ou outro adulto de referência e, por último, a integração num grupo (Pardilhão, Marques & Marques, 2009).

Faz-se, de seguida, menção apenas a alguns dos fatores acima salientados e referidos como hipóteses, nomeadamente, a educação parental (estilo parental permissivo) e as problemáticas emocionais (que estão relacionadas com complicações obstétricas).

A aprendizagem dos comportamentos começa nas interações familiares, com a criança a ser influenciada nas práticas educativas parentais (Pacheco, Teixeira, & Gomes, 1999). Segundo Gomide (2001), as práticas educativas parentais são as estratégias usadas pelos pais para desenvolver nos filhos a disciplina, os comportamentos sociais e para estimular a independência, a autonomia e a responsabilidade, ao mesmo tempo em que modelam os comportamentos considerados por eles adequados para seus filhos.

Segundo estudos de Stattin e Magnusson (1996), é permitido afirmar que relativamente às crianças em que a sintomatologia surge precocemente existe, geralmente, uma monitorização parental inadequada e verificam-se dificuldades na imposição da disciplina ou assiste-se em simultâneo a uma rejeição por parte dos seus pares e ao envolvimento com outras crianças. A existência de conflitos familiares, na sua estrutura, na sua dinâmica, o nível de envolvimento parental e a baixa supervisão resultam em comportamentos, menos adequados, de desvio.

Os pais são os principais agentes de socialização na infância e as atitudes que transmitem têm um efeito profundo e têm grande influência sobre as pessoas (Neto, 2000). Pais com problemas de comportamento manifestam mais baixa autoconfiança e menos calor e envolvimento com os seus filhos (Kerr, Lopez & Sameroff, 2004) e utilizam o castigo corporal. De certo modo poder-se-ia dizer que a personalidade parental predispõe a forma de ser e estar da criança; no entanto, existem outras razões que apesar de aparentarem serem externas ao carácter do indivíduo (pais), refletem o modelo familiar dando pistas que tendencialmente culminam numa perturbação comportamental infantil (Mulvaney & Mebert, 2007). Reforçando esta ideia, Pauli-Pott e Beckman, em 2007, mostraram que os conflitos parentais frequentes, assim como o desfecho em divórcio, em alguns casos podem ser considerados preditivos de perturbações de comportamento infantil, sobretudo no género masculino e em idade escolar (sete anos de idade).

Considerando os estilos citados por Weber, em 2004, há diferenças na relação educativa, ao nível do calor afetivo, controlo, comunicação e ou exigência de maturidade: no

estilo autoritário, há uma tentativa de controlar e modelar, de forma rígida, as atitudes da criança. Os pais valorizam uma obediência absoluta, recorrendo a medidas punitivas (verbais ou físicas) e não encorajam a troca de opiniões com os seus filhos, acreditando que as crianças devem aceitar a palavra dos pais como aquilo que está certo (Baumrind, 1968); no *estilo permissivo*, os pais funcionam como recursos para os desejos das crianças e não como modelos. Estes pais pretendem o cumprimento de um objetivo e tentam obter a cooperação da criança através do uso de explicações ou de manipulação, mas não do uso claro do poder que detêm, geralmente existe um calor efetivo e uma comunicação positiva, mas sem exigências de maturidade; apesar de não fazerem uso correto do poder que detêm, podem tornar-se violentos quando perdem o controlo da situação (Oliveira, 1994) o que confirma o que foi recolhido através do CBCL; a mãe mantém uma relação positiva com a filha, mas não impõe regras e não sabe estabelecer limites; no *estilo participativo ou autoritativo*, há um estabelecimento de normas e limites num clima de calor afetivo, a comunicação é positiva e otimista. Exercem um controlo firme, mas de forma racional, valorizando tanto a obediência como a autonomia. Estes dão autonomia aos seus filhos em questões pessoais, mas não em questões prudenciais ou de amizade.

Autores como Barber (2002), Darling (1993) e Pereira (2007) mencionam que os estilos estão subjacentes a duas dimensões relacionadas com o comportamento parental, tais como o *controlo* exercido pelos pais e o *afeto-aceitação*. A *dimensão controlo* tem implicações para o funcionamento adaptativo da criança, nomeadamente no que se refere à sua capacidade para viver em grupo e em sociedade. É um mecanismo que promove a conformidade e a aceitação das regras e normas sociais, pode ser simultaneamente inibidor, quando se trata de controlo psicológico, e facilitador, quando se trata de controlo comportamental (Barber, 2002). A *dimensão afeto-aceitação* é um conjunto de características parentais que incluem o suporte parental, a disponibilidade afetiva, as expressões de afeto e o tom emocional positivo, a aceitação da criança, o envolvimento positivo, a sensibilidade para os estados psicológicos da criança e respostas adequadas às necessidades psicológicas da mesma (Rohner, 2004).

Como foi referenciado anteriormente por Pauli-Pott e Beckman, em 2007, o desfecho em divórcio poderá ser preditivo de perturbações de comportamento infantil.

Alguns autores (Bellack & Hersen, 1977; Matson, Sevin & Box, 1995) expressaram preocupações quanto às consequências dos défices no desenvolvimento das aptidões sociais nas etapas da vida das pessoas, reconhecendo que podem comprometer fases posteriores do

ciclo vital. Essa preocupação poderá ser reforçada pelas evidentes correlações entre esses défices e uma variedade de problemas, tais como as perturbações do comportamento, dificuldades na escola, problemas conjugais, além de quadros clínicos como a depressão e a esquizofrenia (Pope, 1986).

Torna-se pertinente a distinção de alguns termos, que no global se completam na sua finalidade, as competências sociais. Podemos dizer que as aptidões sociais “correspondem a um universo mais abrangente das relações interpessoais e estendem-se para além da assertividade, incluindo as aptidões de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação.” (Del Prette, & Del Prette, 1996).

Um indivíduo com aptidões sociais tem a percepção correta da realidade e sabe quando há probabilidade de serem reforçados os seus comportamentos não sendo necessário inibir a sua expressão emocional, que se adapta em termos de comportamento à vivência em sociedade.

A competência social atribui um conjunto de comportamentos aprendidos, socialmente aceites. Uma boa competência social permite interações eficazes com os outros e previne relações socialmente inaceitáveis (Gresham & Elliott, 1984).

Aguiar (2009) dividiu a competência social em três parâmetros: os atributos individuais, capacidades sociais e atributos relacionado com os pares. Nos atributos individuais relaciona-se o temperamento²¹ da criança com a sua baixa dependência dos adultos, com a empatia, a capacidade de humor, entre outros.

Como se pode confirmar, as oscilações de humor da Maria favorecem o seu défice nas competências sociais. Estas estão ligadas à assertividade, à capacidade de justificar as suas ações, à capacidade para fazer parte de um grupo, à participação em discussões e à manifestação de interesse pelos outros. Por fim, os atributos de relacionamento com os pares consistem no facto de uma criança ser usualmente aceite pelos outros, ser convidada para participar nas atividades feitas pelo grupo de pares e ser considerada pelos outros elementos desse mesmo grupo. As interações experienciadas nos primeiros anos de uma criança, com o grupo de pares, podem definir se estas são mais ou menos competentes socialmente.

Se a criança não tem um bom desempenho ou tem dificuldades nas relações interpessoais, isso pode dizer respeito a quatro conjuntos possíveis, tais como, o *défice no relatório*, ou seja, o seu comportamento é ausente ou há uma falha nos comportamentos verbais e não verbais que a criança foi desenvolvendo ao longo do seu desenvolvimento (Silva

2004), o que pode justificar a dificuldade que teve em aceitar o facto de os seus amigos não quererem brincar ao jogo que ela queria.

A *inibição mediada pela ansiedade* que pode levar a criança a exercer comportamentos supérfluos como monopolizar a fala ou exibir défices de conversação (como por exemplo, situações de confronto de opiniões e de situações de exposição em público) (Silva, 2004), podemos assim confirmar no caso da Maria, através do instrumento EADS – CPA, apresentou um resultado elevado no fenómeno de ansiedade e que pode justificar a sua fraca aptidão social.

Na *inibição cognitivamente mediada*, a aprendizagem é intercedida por processos cognitivos tais como as autoavaliações distorcidas, as expectativas e crenças irracionais, as autoverbalizações negativas e os padrões perfeccionistas.

A *percepção social* representa a identificação do papel do interlocutor, das normas culturais, dos sinais verbais e não verbais da comunicação.

A autoestima define-se como sendo uma componente avaliativa global da pessoa feita por si mesma (House, 2000) e o facto de a autoestima estar alta ou baixa vai influenciar o comportamento, a motivação, o conhecimento e a emoção do indivíduo (Campbell & Lavalee, 1993, citado por Cavaco, 2003). A principal fonte de autoestima das crianças é o julgamento que os pais fazem à sua competência; a demonstração de entusiasmo permite-lhes perceber que os pais se interessam por elas, assim ao sentirem-se amadas e respeitadas, as crianças vão sentir-se bem consigo próprias (Harter, 1993).

Dias e Nunes, em 1998, defenderam que entender a “razão dos bons resultados e atribuí-los à sua capacidade pessoal é fundamental para uma perspetiva positiva do sujeito e gerar motivação para os repetir, caso contrário irá atribuir os insucessos escolares à sua capacidade, redundando em descréditos nas suas capacidades pessoais”.

Quando os alunos apresentam um rendimento escolar pouco satisfatório acumulam igualmente discursos e imagens pessoais menos favoráveis, associadas a uma baixa autoestima e sentimentos gerais de incapacidade face às tarefas.

A criança que não acredita em si mesma é pouco persistente, pouco participativa, pouco autónoma e normalmente interpreta os seus desempenhos muito em função de fatores externos e fora do seu controlo (dificuldade da tarefa, sorte, influência dos outros) (Roldão, 2003).

Neste sentido, a Maria apresenta dificuldades escolares e comportamentos desadaptados na escola e em casa, que podem ser explicados através da sua baixa autoestima, o que posteriormente justifica o seu comportamento desafiador opositor, como forma de defesa. Ao longo de toda a conceptualização conclui-se que, todas as problemáticas têm uma grande influência num todo, e não isoladamente, explicando as queixas que foram referenciadas e posteriormente intervencionadas.

Intervenção

Foi proposto à mãe e à própria criança um acompanhamento semanal que permitisse à Maria aprimorar as suas capacidades e caso esta quisesse expor as suas dificuldades, medos e receios que não partilhava com a mãe. Este processo foi limitado pelo facto de o acompanhamento terminar em junho, não sendo portanto conveniente forçar a Maria a uma abordagem demasiado direta dos seus problemas. Estes deveriam ser abordados e discutidos apenas caso a criança o pretendesse.

Foram necessárias onze sessões de intervenção: seis sessões centraram-se na criança, três na mãe e duas na professora.

“A Babá e Eu, Amigas de Peito...” (Anexo 11) foi um instrumento utilizado para a intervenção com o objetivo de melhorar as competências sociais e interpessoais da Maria. Foi uma boa opção, aceitando de imediato as dúvidas e dificuldades que a Bábá mencionara ao longo de toda a sua aplicação.

Ao longo de toda a aplicação foi possível observar as alterações de humor da Maria e a forma como estas alterações influenciavam a sua prestação nesse dia. Inicialmente, resistia a qualquer intervenção da parte da estagiária, o que de certa forma era frustrante, porque não permitia a aproximação, quando achava que estava a ser avaliada. Perante tanta resistência que dela transparecia, considerou-se a hipótese de adotar novas formas de interagir e de relacionar com ela, o que ajudou na relação terapêutica, na relação de confiança e de confidência. Ao longo de cada sessão e no conjunto de todas as sessões, foi sem dúvida a perseverança da estagiária em tentar conquistar a sua confiança para lhe revelar o que a incomodava naquele momento ou o que estava a pensar, para não achar interessante determinado tema.

No momento inicial da aplicação do instrumento, a Maria manifestou entusiasmo por iniciar uma atividade diferente das que a professora fazia na sala de aula. Foi-lhe explicado que o que a professora faz na sala de aula não interferia de maneira alguma com o que se iria fazer no contexto da atividade, o que resultou perfeitamente, deixando-a mais relaxada.

Nas sessões seguintes, e em especial na 4ª sessão, foram trabalhadas as emoções, qualidades e a forma como as pessoas se sentem em algumas situações. Começou-se por perguntar se ela sabia o que eram as emoções e a resposta dela provocou alguma perplexidade, pois, apesar de afirmar não saber o que eram as emoções, apresentou sempre um vocabulário bastante rico, em comparação com crianças da mesma idade. Foi-lhe explicado que as emoções são as formas como nos sentimos em determinadas situações, com exemplos como "*... imagina que estas a brincar com os teus amigos, e um deles te magoa sem querer, como é que te sentes?...*". Perante esta pergunta, ela arregalou os olhos dizendo "*... fico triste, magoada...*". A seguir, foi-lhe solicitado "*... agora dá-me tu um exemplo...*", ela inicialmente não gostou muito da ideia, mas começou a pensar e disse "*... eu fico contente quando os meus amigos brincam ao que eu quero...*". Recebeu então a resposta "*... muito bem, agora tenta explicar-me, por palavras tuas, o que são emoções.*" Muito contente, ela disse "*...então, é aquilo que sentimos, às vezes ficamos tristes, porque alguém nos magoa e outras vezes estamos contentes, porque brincamos e não acontece nada...*". Mostrou então contentamento por ter entendido, o que foi sem dúvida cativante, embora se esperasse uma resposta um pouco mais desenvolvida, atendendo ao bom vocabulário que tinha mostrado no início da conversa.

Na seguinte oportunidade de falar com a professora titular de turma, esta mencionou algumas mudanças no comportamento da criança, dentro da sala de aula, o que deixou a estagiária satisfeita com a prestação e o resultado que o acompanhamento teve até ao momento. Após esta conversa, com a professora considerou-se oportuno convocar novamente a progenitora ao serviço, para perceber se esta também sentiu alguma mudança no comportamento da criança, aproveitando também para perceber melhor a dinâmica familiar, pois a professora referiu que a mãe não tem visto os recados deixados na caderneta, o que a deixou preocupada e insatisfeita com o papel da figura materna.

Na última sessão, a Maria estava bem-disposta, alegre e muito motivada, pois teria de partilhar aquilo que aprendeu, aquilo que ainda teria de melhorar e assim poder-se-ia verificar a sua capacidade de refletir sobre os seus problemas e ver se, de certa forma, ela entendera todo o processo por que, até ao momento, tinha passado. As questões iniciais foram rotineiras:

como estava a correr o dia, o que fez na sala de aula e a que brincou com os seus amigos; foi-lhe explicado que aquela seria a penúltima vez que estariam juntas e que tinha chegado o momento de dizer o que achou de todo o processo, se tinha percebido a razão de ser acompanhada pelos serviços, o que achou que tinha mudado ao longo da mesma e o que teria de mudar. A Maria mostrou algum desânimo, quando ouviu que seria a penúltima vez que seria acompanhada. Após perceber que a razão era o facto de as aulas estarem a terminar e de ela ir deixar de estar presente no edifício escolar, sorriu de imediato, salientando o facto de ir entrar de férias, o que de certa forma foi tranquilizador, pois era o que se esperaria, visto ser uma criança de sete anos.

Conseguiu-se verificar que as suas alterações de humor influenciavam a sua prestação nos instrumentos, o que ajudou a percebê-la melhor e motivou a utilização de mecanismos diferentes nos dias em que ela não estava colaborante. Foi um desafio que, contudo, terminou numa relação terapêutica de confiança e de empatia.

Reflexão

O caso da Maria foi o mais desafiante ao longo do estágio, por um lado porque foi o primeiro caso, por outro, pela atitude opositora com que ela encarava as consultas.

As suas características criaram na estagiária um receio, natural, de não conseguir lidar com ela, mas ao mesmo tempo, acabaram por se tornar uma motivação para a conseguir ajudar a aprimorar as suas competências sociais. Por vezes, sentia que não iria conseguir ajudá-la, pois a Maria aparentemente não queria ser ajudada, e experimentava por isso alguma frustração que levava a questionar, até de forma inconsciente, a pertinência do acompanhamento. Contudo, rapidamente, se percebeu que, no fundo, a Maria queria ser ajudada; tinha apenas receio de se abrir, de falar sobre os seus problemas, de tentar compreender-se a si própria, porque provavelmente tinha-se habituado a não ser ouvida e percebida, uma vez que era “reconhecida” na escola como uma criança desafiadora e difícil.

O pouco tempo disponível para o acompanhamento não permitiu aprofundar mais determinadas questões, no entanto, a estagiária considera que ao longo das sessões de acompanhamento conseguiu iniciar uma relação terapêutica que, quem sabe, com mais tempo poderia ter obtido outro tipo de resultados. No entanto, no que foi possível observar, e pelo que foi mencionado pela mãe e pela professora titular de turma da Maria, o acompanhamento

acabou por ser benéfico; ao longo das sessões, principalmente das finais, foi evidente uma certa abertura para falar de alguns dos seus receios e para partilhar as suas vontades, nomeadamente a de continuar com o acompanhamento.

A Maria referiu ter gostado das atividades levadas a cabo com ela e que gostaria de estar com a estagiária mais vezes, o que a deixou, sem qualquer dúvida, felicíssima, mas ao mesmo tempo a sentir um certo vazio, pois sabia que não teria oportunidade de dar continuidade ao acompanhamento.

Afirmou também que tinha de melhorar um pouco mais o seu comportamento, porque sabia que às vezes se porta mal e que também deveria melhorar as notas, porque não queria reprovar. O seu *insight* era claro, o que potencia no futuro uma mudança do seu comportamento e das suas atitudes.

Em termos globais, a Maria melhorou, de facto, o seu comportamento, o que foi bastante positivo, pois era o pretendido desde o início. O modelo cognitivo comportamental foi uma boa abordagem para a sua problemática; poder-se-ia ter obtido uma mudança diferente, mas a pouca disponibilidade de tempo constituiu um obstáculo para a obtenção de um melhor resultado.

Tratou-se de um caso que permitiu à estagiária aprender e evoluir, mas que a deixou, como referiu anteriormente, com uma certa tristeza por não ser possível, da sua parte, continuar a acompanhar o caso da Maria.

Conclusão

“ Liberdade é a possibilidade de duvidar, de errar, de procurar e experimentar, a possibilidade de dizer não a qualquer autoridade.” Ignazio Silone

Acaba assim o estágio, o último passo do Mestrado em Psicologia Clínica, do ciclo como estudante e na opinião da estagiária, o mais importante. Caracteriza-se este percurso como se fosse uma viagem, como um longo caminho, difícil, mas de descoberta de grandes aprendizagens, principalmente a nível prático. Viver esta experiência envolveu frustrar algumas fantasias, portanto, questionar-se, desconstruir algumas certezas e, acima de tudo, surpreender-se.

Inicialmente, o estágio não foi fácil, pois os primeiros atendimentos foram encarados com muitas incertezas quanto à melhor atuação, pelo facto de a sua formação académica ter sido maioritariamente teórica.

Procurou-se, no presente relatório sintetizar e registar, tomando consciência das reações aos sentimentos próprios e a vivências muito pessoais que foram experienciadas no âmbito do estágio. O começo foi feito com todas as dúvidas, mas o maior inimigo era a falta de experiência, a qual alimentava todos os seus receios. Tinha-se planeado todo um caminho a percorrer, para o estabelecimento de uma relação terapêutica, no primeiro contacto com a realidade das crianças e, teoricamente parecia-lhe fácil. Mas como iria ser quando passasse à prática?

Apesar do turbilhão de preocupações que a invadiam relativamente à melhor forma de lidar com os assuntos que tocavam mais as crianças e os pais delas, procurou sempre dar resposta ao que lhe foi solicitado, embora por vezes ficasse sem saber o que dizer, especialmente quando se apercebia que esses pais esperavam, por vezes desesperadamente, soluções para os seus problemas. Foi difícil assimilar e gerir toda a informação, uma vez que ouviu pessoas com necessidade premente e urgente de falar, fazendo muitas associações e misturando assuntos, contudo, por outro lado, conseguiu manter sempre a postura de ouvinte dialogante, sentindo-se neutra, sem dar muito feedback do que estava a sentir na realidade, e espantou-se por o ter feito mesmo tendo criado empatia. Assumiu, aos poucos, uma dinâmica própria.

Neste percurso foi acompanhada pela orientadora de estágio, que muito a guiou nas incertezas e dificuldades, nunca parando de batalhar em conjunto, neste longo caminho, bem como pela supervisora que sempre suportou as suas dúvidas e inseguranças. Não poderia também, deixar de referir as crianças que, no fundo, são as grandes "culpadas" por tudo aquilo que aprendeu e adquiriu ao longo do estágio: foi a sua sinceridade, foram os seus problemas e fraquezas que proporcionaram a evolução.

O psicólogo pode ser considerado um "companheiro de viagem" que não caminha pelas pessoas, mas que as ajuda a caminhar sempre que o piso se torna mais irregular...

Os obstáculos que se foram levantando à medida que ia avançando fizeram a estagiária crescer e brotar nela a necessidade e a vontade de querer saber mais e a certeza de que esta é a viagem que quer fazer.

No fundo é uma porta que se fecha, na esperança de que outras se abram no futuro...

"Não sei o porquê, mas tenho escutado aqui e ali que Humanismo saiu de moda.

As pessoas não querem mais pensar sobre suas existências, sobre os sentidos e significados da vida.

Querem no máximo relatar seus sintomas, receber em troca uma receita de remédio ou uma tarefa de casa e voltarem satisfeitas para os seus lares, com a consciência "tranquila" e uma pá de areia em cima das suas dores.

Ah! Até a próxima recaída...

Os mais moderninhos se satisfazem esmurrando algumas almofadas e dando uns socos na parede. Como se já não tivéssemos que travar uma briga diária com os nossos próprios fantasmas, para sobreviver lúcidos nesse mundo insano que nos rodeia...

Que história é essa que Humanismo saiu de moda? Tá, tudo bem, eu concordo

Mas acho que o buraco é mais em baixo.

A crise é, sobretudo, de valores.

Vivem correndo de um lado para o outro, acumulando conhecimentos sobre o mundo e informações sobre as coisas...

Mas tornam-se cada vez mais ignorantes de si mesmas.

Ninguém quer perder tempo olhando para dentro.

A preocupação agora é com o que fica de fora, à vista.

Afinal, estamos na era da imagem, da embalagem.

O que importa agora é ter, e não ser.

É aparentar, e não vivenciar.

É consumir, e não sentir.

Não! Para mim chega! Assumo-me démodé. Insisto em remar contra a maré. E sei que não estarei sozinha nesse barco.

Contarei com a companhia de algumas almas cúmplices e parceiras.

Seremos, portanto, tripulantes de uma embarcação que segue rumo a um sonho.

O sonho de fazer uma Psicologia comprometida não com as exigências do mercado ou com as tendências da modernidade, mas sim com a sensatez, com o cuidado, com o interesse manso e sincero pelo outro que nos chega.

Uma Psicologia que não contribua para o alheamento das pessoas, e sim que caminhe na direção do resgate da singularidade.

O importante é saber que dentro dessa tripulação, dessa família, ele ainda reina soberano e absoluto.”

Alessandra Sampaio

Referências Bibliográficas

Achenbach TM (1991): Manual for the Chil Behavior Checklist. Burligton: University of Vermont/Department of Psychiatry;

Aguiar, T. (2009). *Competências de Literacia, de numeracia e sociais no pré-escolar e no 1º ano de escolaridade – Um estudo sobre a sua configuração e evolução*. Tese de Mestrado em Temas de Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto;

2

Alvarez, M. E. B. Organização, Sistemas e Métodos. São Paulo: McGraw Hill, 1991, v.1 e

Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos*. 2ª Ed. Lisboa: verso da kapa, pp. 143-181.

Baptista, N. (2010). *Programa de Promoção de Competências Sociais, Pessoais e Assertivas: Intervenção em Grupo com alunos do 3º ciclo do Ensino Básico*. Trabalho final não publicado do Curso de Especialização em Psicologia Escolar. Red Apple – Porto;

Barber, B. K. (2002). Reintroducing parental psychological control In Barber, B. K. (Ed). *Intrusive Parenting: how psychological control affects children and adolescents*. (Pp. 3-13). Washington, DC, US: American Psychological Association;

Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. Authoritative parental control. *Adolescence*, 3:255-272;

Bellack, A. S. & HarsenA, M. (1977) – *Social Skills training*. Behavior modification: An introductory textbook, Baltimore, The Wiliams e Wilking Company, pp. 141-171.

Cavaco, P. (2003). Estudo das relações existentes entre o autoconceito académico e orientações motivacionais em alunos com sucesso e insucesso escolar. Monografia de Licenciatura em Psicologia Educacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada;

Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/10/cnsm_recpraticaclinicasaudemental_csp.pdf.

Cordinha AC, Boavida J. A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Rev Port Clin Geral*. 2008 Set-Out; 24 (5): 577-89.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). *Parenting Style as Context: An Integrative Model*. *Psychological Bulletin*, 113 (3): 487-496;

Del Prette, Z. P. A & Del Prette, A. (1996) – Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9 (2) pp. 287-289;

Diário da República, 1.ª série — N.º 4 — 7 de Janeiro de 2008;

Dias, M., & Nunes., M. (1998). *Manual de métodos de estudo*. Lisboa. Edições Universitárias Lusófonas;

Dicionário da Língua Portuguesa, (2015), Porto: Porto Editora;

Doron, R., Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores;

DSM-IV-TR (2004) - *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*;

Gomide, P. I. C. (2001). *Efeitos das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social*. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 33-53). Londrina, PR: Editora da Universidade Estadual de Londrina;

Gonçalves, M. & Simões, M. (2001). *O modelo multiaxial (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes*. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto Editora;

Goulart, A. M. C. *Contribuição da Teoria da Observação à prática da Auditoria in Anais do 3o. Congresso USP de Controladoria e Contabilidade*. São Paulo: 2003 disponível em <http://www.eac.fea.usp.br/congressousp/congresso3/trabalhos/15.pdf>

Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1984). Assessment and classification of children's social skills: A review of methods and issues. *School Psychology Review*, 13, 292-301;

Harter, S. (1993). Visions of self. Beyond the me in mirror. In J.E. Jacobs (Ed.), *Developmental Perspectives on Motivation*, (pp. 99-144). Lincoln: University of Nebraska;

House, J. D. (2000). The effects of student involvement on the development of academic self-concept. *Journal of Social Psychology*, 140, 261-263;

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency* (Transaction Publishers 2002 edition Ed.)Berkeley: University of California Press;

Kerr, D. C., Lopez, N. L., Olson, S. L. & Sameroff, A. J. (2004). Parental discipline and externalizing behavior problems in early childhood: the roles of moral regulation and child gender;

Kohlberg, L., & Mayer, R. (1972). Development as the aim of education. *Harvard Educational Review*, 42(4), 449-496.

Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, et al.. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004 Jan; 14 (1): 11-28.

Lange, J. L. & Jakubowski, P. (1976) – Responsible assertive behavior, Illinois, Research Press Co;

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. 2ª Edição. Lisboa. Fim de século.

Machado, V. L. S., Xavier, A. P. M, Papa, G. R., Wierman, M. L., Castaldelli, V., Domínguez, V. (1993). Psicólogo escolar, orientador pedagógico e assistente pedagógico na escola: um trabalho em cooperação, *Paidéia*. 4,45-63;

Martins, M. A., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de autoconceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (Vol. 1, pp. 79-89). Braga, Portugal: Associação dos Psicólogos Portugueses;

Michelson, L., & Wood, R. (1982). Development and psychimetric properties of the Children's Assertive Behavior Scale. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-13;

Mulvaney, M.,K. & Mebert, C. J. (2007). Parental corporal punishment predicts behavior problems in early childhood. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>;

Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta;

Oliveira, J. H. B. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Almedina;

OMS (2001). *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF). Lisboa: Direcção Geral de Saúde;

Pacheco, J. T. B., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (1999). Estilos parentais e desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 117-126;

Pardilhão, C. Marques, M. & Marques, C. (2009) *Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários*. Dossier: saúde mental infantil, pág.595;

Pauli-Pott, U. & Beckamnn, D. (2007). *On the association of interparental conflict with developing behavioral inhibition and behavior problems in early childhood*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>;

Pereira, A. I. (2007). *Crescer em Relação: estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento: estudo longitudinal com crianças em idade escolar*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Universidade de Coimbra;

Pope, B. (1986) – *Social Skills Training for Psychiatric Nurses*, London, Harper & Row, Publisher;

Pral, C. (2007). *Oportunidade e risco: suporte social e factores psicossociais associados ao fenómeno da delinquência juvenil*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa (Unpublished master's thesis);

Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239;

Rhoner, R. P. (2004). The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, pp 830-840;

Roldão, D. (2003). *Motivação e autoconceito em alunos do 1º e 2º ciclo do ensino básico*. Monografia da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Lisboa;

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Climepsi Editores. Lisboa;

Simões, M. (1994). Notas em torno da arquitectura da avaliação psicológica. *Psychologia*: 11.7-44.

Stattin, H., & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holist approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645;

Urra, J. (2006). *El pequeno dictador*. Madrid: La esfera de los libros;

Yoo, H. I., Kim, B. N., Shin, M. S., Cho, S. C. & Kong, K. E. (2006). Parental attachment and its impact on the development of psychiatric manifestations in school – aged children;

Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III)*. Lisboa: CEGOC

Weber, L. & col. (2004). *Identificação de Estilos Parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos*. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), pp 323-331;

<http://www.site.aveparedes.net/> consultado em 8 de março

Anexos