Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Sousa, Inês Correia dos Santos, 1977-

Intervenção psicológica com crianças e adolescentes em risco

http://hdl.handle.net/11067/775

Metadados

Data de Publicação 2014-02-13

Resumo O relatório apresentado diz respeito ao estágio realizado no ano lectivo 2012/2013, no Instituto de Apoio à Criança, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem como principal objectivo contribuir para o desenvolvimento integro da criança, defendendo e promovendo os seus direitos, na missão de ajudar a que mais crianças vivam com alegria o seu tempo de ser criança e adolescente. Tendo em conta a missão do IAC e o público com o qual se trabalhou, são abordadas duas fases cruciais ...

Palavras Chave Psicologia clínica - Prática profissional, Psicologia do adolescente, Psicologia infantil, Instituto de Apoio à Criança (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:34:08Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica com crianças e adolescentes em risco

Realizado por:
Inês Correia dos Santos Sousa
Supervisionado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientado por:
Dr.ª Melanie da Luz Viola Tavares

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente:	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Vogal:	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 6 de Fevereiro de 2014

Lisboa

2013

Agradecimentos

Ao Instituto de Apoio à Criança, na pessoa da Dra. Melanie Tavares pelo incentivo e apoio.

À Dra. Dina Faria que ao longo deste estágio impulsionou este trabalho, agradeço as horas que esteve comigo, a rir e a falar de forma científica e ao seu rigor crítico.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, as minhas palavras não exprimem o agradecimento reconhecido pelo apoio incondicional que dispensou sempre que necessitei. Sem a sua ajuda não teria sido possível ultrapassar o desânimo concluindo o relatório.

À Professora Doutora Luísa Carrilho como supervisora de estágio agradeço o seu acompanhamento.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo.

Ao meu filho Guilherme, por ter passado três anos sem a minha presença constante, na hora de o ir buscar ao jardim-de-infância, na hora do banho, do comer, da brincadeira e da hora da história para dormir.

Ao meu marido Bruno por me ter apoiado e incentivado a continuar, e às horas infindáveis de amor ao nosso filho, sem esse apoio, este trabalho não teria sido possível de realizar.

À Silvia Laires, pela amizade e incentivo, o meu sentido obrigado.

A todos os meus colegas de Mestrado e Trabalho, pelo apoio, preocupação e amizade.

Resumo

O relatório apresentado diz respeito ao estágio realizado no ano lectivo 2012/2013, no Instituto de Apoio à Criança, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem como principal objectivo contribuir para o desenvolvimento integro da criança, defendendo e promovendo os seus direitos, na missão de ajudar a que mais crianças vivam com alegria o seu tempo de ser criança e adolescente. Tendo em conta a missão do IAC e o público com o qual se trabalhou, são abordadas duas fases cruciais da vida do ser humano – Infância e Adelescência –, bem como a família pelo papel que assume nestas duas etapas, procurando explicar o papel da psicologia clínica e do psicólogo. Após a apresentação dos objectivos e da metodologia adoptada no trabalho, são apresentadas as actividades realizadas com os alunos da Escola EB/1 Pedro Álvares Cabral, bem como os três estudos de caso acompanhados no GAAF e que abordam a depressão infantil e a perturbação da leitura e da escrita.

Palavras-Chave: Infância, Adolescência, Família.

Abstract

The report concerns the training held in the academic year 2012/2013, the Institute of Child Support a Private Institution of Social Solidarity, which has as main objective to contribute to the development of the child intact, defending and promoting their rights in mission to help more children live with joy their time to be a child and teenager. Given the mission of the IAC and the public with which it worked, are addressed two crucial stages of human life - Childhood and Adelescência - as well as the role that the family takes these two steps, trying to explain the role of clinical psychology and psychologist. After the presentation of the objectives and methodology adopted in the work presents the activities carried out with students from School EB / 1 Pedro Alvares Cabral, as well as three case studies followed at gaaf and addressing childhood depression and disturbance of reading and writing.

Keywords: Childhood, Adolescence, Family.

Índice

Agradecimentos **I**

Resumo **II**

Abstract **III**

Índice **IV**

Introdução **7**

1. Enquadramento/Caracterização Institucional – Instituto de Apoio à Criança (IAC) **9**

1.1. Serviço Jurídico 12

1.2. Atividade Lúdica 12

1.3. Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança 14

1.4. Projeto Rua – Em Família para Crescer 15

1.5. S.O.S. Criança 16

1.6. Fórum Construir Juntos 20

1.7. CEDI – Centro de Estudos, Documentação e Informação sobre a Criança 21

2. Enquadramento Conceptual **23**

2.1. Conceito de Psicologia Clínica 23

2.2. O Psicólogo Clínico 27

2.3. O Conceito de Infância e a Criança 34

2.4. Os Direitos da Criança 39

2.5. O Conceito de Adolescência 43

2.6. O Conceito de Família 49

3. Objetivos Propostos 58

4. Metodologia 60

4.1. Amostra 60

4.2. Instrumentos 61

4.2.1. Entrevista Semi-Estruturada 62

4.2.2. Inventário de Depressão Infantil – CDI 63

4.2.3. Inventário de Depressão de Beck – BDI 64

4.2.4. Escala de Autoconceito e de Auto-Estima para Crianças – SPPC 65

4.2.5. Escala de Inteligência de Weschler para Crianças – WISC-III 66

4.2.6. Teste de Idade da Leitura – TIL 68

4.2.7. Teste das Matrizes Progressivas de Raven – SPM 68

4.2.8. Teste de Atenção Concentrada Toulouse-Pierón – TP 69

4.2.9. Figura Complexa de Rey – FCR 69

4.2.10. Teste de Complemeno de Frases – Zelazowsca 70

4.2.11. Teste de Apercepção Temática – TAT 70

4.2.12. Teste de Desenho da Fígura Humana – Goodenough 71

4.2.13. Teste do Desenho Livre 71

4.2.14. Prova de Avaliação da Fluência da Leitura e Provas de 72

Avaliação Informal da Leitura e da Escrita

4.3. Procedimentos 72

5. Resultados 73

5.1. Apresentação das Actividades Realizadas na Escola EB 1/JI Pedro Álvares Cabral 73

5.1.1. O Diagnóstico 73

5.1.2. Objetivos da Intervenção Desenvolvida (Anexo A) 75

5.1.3. Atividades Realizadas 76

5.2. Estudo de Caso I 77

5.2.1. Apresentação do Caso do Márcio 77

5.2.2. Apresentação dos Resultados 81

5.2.3. Conclusões 83

5.3. Estudo de Caso II 84

5.3.1. Apresentação do Caso da Rita 84

5.3.2. Apresentação dos Resultados 87

5.3.3. Conclusões 92

5.4. Estudo de Caso III 92

5.4.1. Apresentação do Caso do Daniel 92

5.4.2. Apresentação dos Resultados 93

5.4.3. Conclusões 109

6. Discussão 110

Reflexão Final **116**

Referências Bibliográficas **117**

Referências Webgráficas **123**

Anexos **125**

Anexo A

Anexo B

Anexo C

Anexo D

Introdução

O presente documento retrata o estágio realizado no Instituto de Apoio à Criança, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica. De forma a resultar num relatório de estágio coerente e consistente, foi organizado em vários capítulos que pretendem apresentar e esclarecer todo o trabalho desenvolvido.

No primeiro capítulo pretende-se proceder ao enquandramento institucional, contextualizando-se a prática de estágio. Não só se dá a conhecer o Instituto de Apoio à Criança, a sua filosofia e objectivos, como também se apresentam, discriminadamente, todas as valências ou serviços de que o IAC dispõe. É de salientar, que serviço do SOS – Criança, o Gabinete de Apoio à Família e Criança, bem como o Agrupamento de Escolas Aquilino Ribeiro, em particular a Escola EB1/JI Pedro Álvares Cabral, assumem especial destaque, na medida em que foram os locais onde se concretizaram as actividades de estágio.

O segundo capítulo, dedica-se ao enquadramento conceptual, fazendo-se uma contextualização da temática e dos temas centrais, subjcacentes à realização do trabalho. Inicialmente, é feita uma breve reflexão em torno da Psicologia Clínica, não só enquanto ciência, mas também enquanto prática profissional, prestando-se igual atenção, ao papel do psicólogo clínico. Em seguida, teve-se em conta a problemática inerente ao trabalho, isto é, o IAC dedica toda a sua actividade a crianças e jovens, chegando às famílias, das crianças e dos jovens que lhes são reencaminhados ou das que lhes solicitam apoio, das mais variadas formas. Além disso, o trabalho desenvolvido com estas crianças e jovens, reconhece a importância e implica as próprias famílias

nas suas intervenções e portanto, não só se dedica atenção à infância e à criança, assim como à adolescência, mas também à família. Então, são abordadas duas fases cruciais do ciclo vital do ser humano, onde a família tem um papel crucial para o desenvolvimento do indivíduo.

O terceiro capítulo, como o próprio nome indica, diz respeito à apresentação dos objectivos de estágio, para em seguida, se apresentarem as opções metodológicas que sustentaram a intervenção realizada. Ou seja, o capítulo da metodologia apresenta não só a amostra do trabalho, como explica todos os instrumentos realizados nos três estudos de caso em foco e os procedimentos utilizados.

O quinto capítulo, refere-se à parte prática e empírica do trabalho, apresentando-se as actividades realizadas com os alunos da Escola EB1/JI Pedro Álvares Cabral em intervenção realizada no GAAF e no atendimento personalizado, onde se acompanhou três estudos de casos, ou seja, de três jovens a quem se fez o diagnóstico e a avaliação psicológica, com acompanhamento psicológico.

Para dar como terminado este relatório e todo o processo que ele implica, apresentam-se as conclusões acerca de cada estudo de caso e uma reflexão final sobre toda esta experiência que me foi proporcionada, que se traduziu em mais um momento de aprendizagem.

1. Enquadramento/Caracterização Institucional – Instituto de Apoio à Criança (IAC)

O estágio realizado enquanto profissional de psicologia clínica, foi desenvolvido no Instituto de Apoio à Criança, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, sediada em Lisboa, no número 14 do Largo da Memória, pertencente à Freguesia da Ajuda. Esta IPSS, surge a 14 de Março de 1983, dedicando-se à defesa e promoção dos direitos da criança, dando prioridade a crianças em risco, abandonadas, maltratadas, desaparecidas e exploradas sexualmente.

Fíg. 1 - IAC

O IAC, nasce então em 1983 através de um grupo de trabalho constituído por vários profissionais de diferentes áreas, desde médicos, magistrados, professores, psicólogos, juristas, bem como técnicos de serviço social, educadores, entre outros. O objectivo principal da fundação desta instituição, assentou essencialmente, em “contribuir para o desenvolvimento integral da criança, na defesa e na promoção dos seus direitos, procurando em cada

momento ser a voz que chama a atenção, pressiona, actua, realiza acções que ajudem a que mais crianças vivam com alegria o tempo de ser criança"[1].

Desde o início da sua actividade e intervenção, que o Instituto de Apoio à Criança orienta o seu esforço no sentido de apoiar e divulgar o trabalho de todos aqueles que demonstram preocupação na procura de novas respostas para os problemas da infância em Portugal e portanto, apresenta-se como importante promotor e defensor dos Direitos da Criança, junto de diversas entidades, instituições e da comunidade em geral. Neste sentido, e de acordo com o pensamento da Dra. Maria Emília Bredero de Santos, "O IAC tem tido um papel supletivo relativamente a insuficiências - quer de estudos quer de acção – das instituições estatais e um papel pioneiro na detecção de novas necessidades, novos riscos e novos problemas e na organização de novas respostas"[2].

Desta forma, perante um compromisso tão exigente como aquele a que o IAC se propôs desde início, são apontados os seguintes valores, não querendo com isto, dizer que não possam existir outros: eficácia, esforço; inovação; integridade; qualidade; respeito; tenacidade; trabalho em equipa e trabalho em parceria.

No que concerne à sua estrutura orgânica, o IAC é composto por três órgãos principais: a Assembleia-Geral, o Concelho Fiscal e a Direcção, sendo esta última estrutura constituída pelos serviços administrativos e serviços operacionais. Face aos serviços administrativos, salientam-se a Secretaria e o Apoio Geral; o Sector de Pessoal; o Sector de Economato e Património e o Sector de Contabilidade e Tesouraria. Os serviços operacionais compreendem

[1] Informação retirada do histórico do IAC, disponível no website da instituição: http://www.iacrianca.pt/pt/organizacao/historico-iac.
[2] Citação retirada do website do IAC: http://www.iacrianca.pt/pt/organizacao/principios-orientadores.

diversos sectores intervenientes, como: as Relações Externas; o Serviço Jurídico; a Actividade Lúdica; a Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança; o Projecto Rua – Em Família para Crescer[3]; o SOS – Criança[4]; o Fórum Construir Juntos[5]; o Centro de Estudos, Documentação e Informação sobre a Criança[6].

Todos os serviços e sectores de que o IAC dispõe, foram criados com o objectivo de chegar junto da criança de forma criativa e inovadora, acompanhando e adaptando-se a novos tempos e novas realidades, contando com a colaboração de animadores de rua, animadores escolares, agentes de solidariedade, mediadores institucionais, jovens voluntários, estudantes universitários, nomeadamente, da Ciências Sociais e Humanas, para a prossecução da sua missão. É assim, que nos seus 20 anos de existência e dedicação, seguindo o lema "Pela defesa e promoção dos direitos da criança", o IAC tem sido uma importante realidade e instituição ao serviço da criança, da família e da comunidade.

Para terminar, é ainda necessário, fazer referência ao contexto escolar do Agrupamento de Escolas Aquilino Ribeiro, localizado na freguesia de Porto Salvo. Este agrupamento é constituído pela Escola-sede EB2,3 com ES Aquilino Ribeiro, por quatro escolas EB1 e dois Jardins de Infância, pertencendo uma das escolas, a Escola EB1 de Talaíde, ao concelho de Cascais e as restantes ao concelho de Oeiras. É um agrupamento vertical que leciona desde o ensino pré-escolar até ao ensino secundário.

[3] O projecto apresenta os seguintes objectivos: Formar para inserir; Intervenção em contexto comunitário; Parcerias em modelos integrados.
[4] Este serviço contempla as Linhas de atendimento; o Atendimento personalizado; Mediação escolar.
[5] Este sector foca-se na problemática das crianças desaparecidas, exploradas sexualmente e em risco.
[6] Este centro contempla serviço de documentação, estudos, informação e formação.

1.1. Serviço Jurídico

O serviço jurídico surgiu, em 1994, da necessidade de informar e esclarecer as pessoas que procuravam o IAC para conhecer os Direitos na área da Criança. Actualmente, este sector divulga a legislação relativa aos Direitos da Criança, presta esclarecimentos jurídicos e encaminha as situações que exigem uma resposta a nível legal.

Como meios de atuação, o Serviço Jurídico utiliza o atendimento personalizado, telefónico e escrito; participa em ações e encontros sobre o tema “Direitos da Criança”; informa sobre quais os mecanismos legais existentes com vista à efetivação dos Direitos na área da infância e procede à atualização da legislação relativa à mesma. Os seus principais destinatários são todos os profissionais que trabalham na área da criança e a toda a comunidade interessada nesta temática.

1.2. Atividade Lúdica

O programa “Atividade Lúdica” acompanha o IAC desde o seu nascimento (1983) e dedica-se à defesa do artigo n.º 31, da Convenção dos Direitos da Criança – o Direito de Brincar – onde, “a criança tem direito ao jogo, e a participar livremente (…) e plenamente em atividades lúdicas, artísticas e culturais (…)”. É através deste programa, que o IAC defende o direito de brincar, valorizando o significado social, cultural, pedagógico e educativo do jogo e do brinquedo, na família, no bairro, na escola, no hospital ou entre crianças. Este prigrama realça precisamente, a ideia de que jogar, brincar,

sentir são aspetos essenciais para o pleno desenvolvimento pessoal do ser humano, sendo que “Brincar é crescer, é sentir, é descobrir, é conhecer”.

Em termos de metodologias, a “Actividade Lúdica” recorre a três metodologias diferenciadas: a advocacia, a capacitação e a mediação. Face à primeira, esta materializa-se na Convenção dos Direitos da Criança, enaltecendo o artigo n.º 31, que defende que a criança tem direito ao repouso, a tempos livres e a participar em actividades culturais e artísticas. No que concerne à capacitação, esta metodologia está relacionada com a consciencialização de instituições, profissionais e da comunidade, para a importância da atividade lúdica no desenvolvimento global da criança. No que respeita à mediação, corresponde à mediação dos interesses que têm vindo a referenciados, procurando influenciar as políticas públicas junto dos órgãos de poder. Esta influência e a mediação, são realizadas através de ações junto dos media e da participação em grupos de trabalho, quando solicitado ou necessário.

Este sector operacional, tem como principais destinatários Associações Culturais e Recreativas, Autarquias, Escolas, Escolas Superiores, Hospitais, Jardins-de-Infância/Creches, Escolas de Ensino Especial, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS e Famílias. Para tal, disponibiliza apoio individualizado a profissionais, entidades e instituições que procuram e desejam implementar nas suas realidades, projectos lúdicos, quer se encontrem em fase inicial, de reformulação, ampliação e avaliação.

1.3. Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança

"*O afeto é uma arma terapêutica tão importante como as formas clássicas da terapêutica médica*" (Silva, Torrado, 1996, pp3.)

Desde a sua criação, em 1989, o sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança tem como princípio orientador a defesa dos direitos da criança nos serviços de saúde e a humanização do seu atendimento, visando contribuir para o desenvolvimento integral da criança, enquanto sujeito com direitos nos serviços de saúde. Alargar o conceito de Humanização é a prioridade deste sector, através da Carta da Criança Hospitalizada como instrumento de validação, assumindo como princípio que a qualidade deve incluir tanto os aspetos psicológicos, como os aspectos sociais e éticos dos cuidados à criança, procurando por outro lado, promover o reconhecimento legal da defesa dos direitos das crianças hospitalizadas. A par destas acções, são ainda desenvolvidos trabalhos em parceria com diversas entidades envolvidas na saúde da criança e do jovem, de modo a fortalecer a relação entre as mesmas.

No que concerne às opções metodológicas e estratégicas deste sector, salienta-se a advocacia, dando voz aos interesses da criança e da sua família; a capacitação, promovendo, junto das diversas instituições de saúde, profissionais, famílias e comunidade, um maior conhecimento sobre a criança enquanto sujeito de direitos e por fim a Mediação dos interesses da criança, desenvolvendo ações junto dos órgãos de poder, através dos media e participando em associações nacionais e internacionais com o mesmo princípio

orientador, promovendo estratégias que visem a melhoria das condições de acolhimento. Todas as inicitaivas deste sector têm como público-alvo istituições de saúde, profissionais do sector, famílias e comunidade e de acordo com a intervenção do IAC, este privilegia hospitais, centros de saúde e escolas.

1.4. Projeto Rua – Em Família para Crescer

O Projeto Rua – Em Família para Crescer, surgiu em 1989 e foi o único projeto inovador aprovado em Portugal ao abrigo do 3.º Programa de Luta Contra a Pobreza, visando intervir junto de crianças que vagueavam e dormiam na rua, "a descoberto" das respostas institucionais. Assim, pela primeira vez, o projeto contou com Animadores de Rua, que iam ao encontro da criança e através de uma relação personalizada, procuravam descobrir novos valores e quadros de referência para a construção de um novo Projeto de Vida.

A partir de Junho de 1994, de modo a suster o problema nas suas origens e prevenir o aparecimento de novos casos, o Projeto fixou equipas nas comunidades de residência do grupo-alvo. É ainda de referir, que a realidade de hoje, não é a mesma que em 1989 e portanto, um novo contexto social leva-nos a falar de crianças e jovens com múltiplas problemáticas. Desta forma, este projeto aposta numa metodologia centrada na educação e na formação, utilizando o lúdico como auxiliar pedagógico, recorrendo a equipas multidisciplinares e reforçando o trabalho em parceria. O projeto conta também com uma Unidade Móvel Lúdico-Pedagógica, um recurso fundamental para a prossecução dos objectivos propostos, tendo como finalidade contribuir para a

diminuição do número de crianças e jovens em risco e/ou perigo, promovendo a sua reinserção sócio-familiar.

1.5. S.O.S. Criança

O S.O.S Criança foi criado em 1988, enquanto serviço anónimo e confidencial, de apoio às crianças, aos jovens, às famílias, aos profissionais e à comunidade nacional e internacional. Este sector nasceu de um sonho, com a vocação de ouvir e dar voz à criança e ao jovem, promovendo e defendendo os seus direitos, com o objectivo de prestar apoio à criança em Portugal, particularmente, à criança em risco, maltratada e/ou abusada sexualmente, desaparecida, desintegrada na escola, com conflitos com os pais, que se sente rejeitada ou tem ideação suicida, procurando encontrar soluções para estas situações-problema. Os seus principais destinatários são crianças e jovens até aos 18 anos; as suas famílias; profissionais que trabalham na área e cidadão com preocupações neste âmbito.

O SOS-Criança é acima de tudo um serviço de prevenção, que pretende atuar antes que a situação de risco se concretize, sendo os seus objectivos gerais os seguintes: Promover e Defender os Direitos da Criança;Ouvir e dar Voz à Criança e ao Jovem;Apoiar a Criança e a Família;Promover a integração social da Criança e da Família;Contribuir para o desenvolvimento harmonioso e integral da Criança e do Jovem;Garantir à Criança o direito à palavra, protecção em situação de risco/ou mau trato, quando privada de afeição, isolada, abandonada, ameaçada de agressão física, sexual, negligenciada ou obrigada a trabalhar prematuramente;Sensibilizar as estruturas oficiais e particulares, e da sociedade em

geral, para a problemática da Criança;Combater as situações de desaparecimento, rapto, e abuso sexual de Crianças;Prevenir situações de perigo ou problema.

Face às valências e serviços disponibilizados no do S.O.S. Criança, pode realçar-se o atendimento telefónico, a mediação escolar; gabinete de apoio ao aluno e à família.

O atendimento telefónico é a valência mais procurada e conhecida do público em geral, sendo um serviço pioneiro em Portugal, com o objectivo de ajudar, de forma anónima, confidencial, através do diálogo atento e disponível, todas as crianças, jovens e adultos que contactam o S.O.S. Criança, solicitando apoio ou apresentando situações-problema, relativas a crianças e jovens em geral e em particular, crianças e jovens em risco. Em 1992, o atendimento telefónico passou a dispor de um serviço específico para o encaminhamento de situações e em 2004, com o intuito de combater as situações de desaparecimento, rapto e abuso sexual, foi criada a valência do SOS-Criança Desaparecida, que se encontra acessível através do número de telefone gratuito 116 000.

Com este sector, o IAC visa promover a articulação com as forças de autoridade com competência na averiguação do caso, bem como as entidades competentes na investigação e entidades judiciais, disponibilizando-se para apoiar as vítimas e suas famílias, a nível social, jurídico e psicológico, gratuitamente.

O S.O.S - CRIANÇA desenvolveu a sua metodologia de recolha e encaminhamento em torno de 5 temáticas:

Fuga (nacional/internacional), que diz respeito a todos os menores que voluntariamente fogem de casa ou da instituição em que residem;

Rapto efetuado por terceiros (nacional/internacional), que engloba todos os raptos de menores efetuados por outros que não os pais ou os representantes legais da criança;

Rapto Parental (nacional/internacional), que caracteriza o acto de uma criança ser levada ou mantida num local/país diferente do da sua residência habitual por um ou ambos os progenitores ou detentores da sua guarda, contra a vontade do outro progenitor ou detentor da guarda da criança;

Perdidos e/ou feridos ou outro tipo de desaparecimento, que abarca os casos de desaparecimento de menores sem razão aparente, por exemplo por estarem perdidos (na praia, no campo, numa atividade ao ar livre,), ou feridos e não poderem ser encontrados de imediato;

Crianças migrantes não acompanhadas, que cobre o desaparecimento de crianças migrantes, nacionais dum país em que não há livre movimento de pessoas, com menos de 18 anos, que foram separadas dos progenitores e que não estão sob o cuidado de um adulto legalmente responsável para o fazer.

No que respeita à mediação escolar, o S.O.S. – Criança procura dar resposta às situações a partir de uma intervenção local e nesse sentido, surge a mediação escolar, que dinamiza, acompanha e supervisiona os diferentes gabinetes de mediação escolar. Os gabinetes de apoio ao aluno e à família definem uma metodologia de abordagem individual, apoiada num clima de confiança entre técnico e aluno, e numa articulação de trabalho entre os diferentes serviços de apoio da escola e parceiros da comunidade. O trabalho desta valência, tem como objetivo a intervenção nos problemas sociais que afetam o aluno procurando a sua integração social, sendo a sua finalidade a

integração social de alunos a partir da criação e supervisão dos gabinetes de apoio ao aluno e à família (GAAF).

Referente aos gabinetes de apoio à criança e à família (GAAF), estes são coordenados pelo IAC e co-financiados pelo programa para a Inclusão e Cidadania. A intervenção do GAAF tem por base o crescimento harmonioso e global da criança, promovendo um ambiente mais humanizado e facilitador da integração social. Subjacente à filosofia da Mediação Escolar, o aluno é considerado o elemento central da intervenção desenvolvida pelo GAAF, recorrendo a uma estratégia de intervenção centrada no aluno, proporcionando o acompanhamento individualizado, em grupo e no pátio, o atendimento ao aluno, o apoio e acompanhamento em grupos/turma, o apoio psicológico, social e pedagógico e o encaminhamento para outras entidades.

Apesar do aluno ser considerado o principal interveniente no contexto escolar, considera-se que a Escola é de toda a comunidade educativa, enfatizando-se necessidade do GAAF realizar a sua intervenção com as famílias, reforçando o seu papel como agentes de socialização dos mesmos. A intervenção o GAAF tem por base, os seguintes objetivos:

- Promover condições psicológicas, sociais e pedagógicas que contribuam para a consolidação do sucesso escolar e pessoal da criança/jovem;
- Diminuição de Situações de risco, tais como: abandono, absentismo e violência escolar, entre outras;
- Promover inter-relações entre os diversos intervenientes Família/Escola/Comunidade, como agentes participantes no processo de desenvolvimento pessoal, social e educativo, criando redes de apoio Social e promovendo o envolvimento parental no percurso escolar do aluno.

Face às suas metodologias de atuação, o GAAF, numa primeira fase, atende Alunos, Professores, Famílias e Comunidade e posteriormente, através da mediação, apresenta pareceres, informações, diagnósticos e planos de intervenção, tendo uma rede de apoio social de acompanhamento psicossociopedagógico sistemático, contínuo ou pontual. Esta intervenção apenas é possível com a total colaboração por parte da Escola Família e da Comunidade.

1.6. Fórum Construir Juntos

Em 1985, por iniciativa do Professor Doutor Nuno Torrado da Silva, Pediatra no Hospital Pediátrico de Coimbra e sócio fundador do IAC, foi constituído um grupo dinamizador para a criação da extensão do IAC (Núcleo Regional de Coimbra). Em 1992 este núcleo foi oficialmente constituído com sede própria, tendo como princípios orientadores promover a defesa dos Direitos das Crianças, permitindo uma maior possibilidade de "sonhar e crescer na sua construção do seu projeto de vida", promovendo o trabalho em rede no sentido de potenciar a sinergia das ações no combate à exclusão social na área da infância/juventude.

Os seus objetivos Gerais procuram aprofundar e reforçar conhecimentos, a nível nacional e internacional, de modo a permitir melhorar a eficácia da intervenção; promover a cooperação inter-insitucional a nível nacional e internacional; contribuir para a adequação das medidas de política nacional e internacional para a infância e juventude; contribuir, através da Rede Construir

Juntos, para a otimização e respostas no âmbito das crianças desaparecidas e/ou exploradas sexualmente.

1.7. CEDI – Centro de Estudos, Documentação e Informação sobre a Criança

O CEDI foi criado em 1991, pela necessidade que se fazia sentir de informação especializada sobre a criança, nas suas diferentes vertentes. Assim, através do deste centro, o IAC propõe-se a estimular, apoiar, divulgar o trabalho de todos os que se empenham na procura de novas respostas para as problemáticas da infância e da juventude em Portugal, tendo como missão viabilizar a difusão de informação ao nível nacional e internacional em todas as áreas científicas relacionadas com estas temáticas. Além disso, também procurar dar apoio a todos os profissionais que trabalham com crianças, sejam eles técnicos do IAC ou outros, investigadores e alunos dos diversos graus de ensino.

Neste sentido, oferece um conjunto de serviços para satisfazer as diferentes necessidades dos utilizadores, tais como: leitura de presença, livre acesso à documentação, serviço de referência, serviço de atendimento por e-mail, serviço de difusão da informação, publicação de periódico digital temático de periodicidade mensal - InfoCEDI. É ainda de salientar, que o CEDI promove e colabora em projetos de investigação científica, de caráter inovador.

2. Enquadramento Conceptual

O presente capítulo, visa apresentar o quadro conceptual que suportou todo o processo de estágio, pelo que num primeiro momento se presta atenção à area em que o estágio se realizou, tecendo uma pequena reflexão sobre a psicologia clínica e qual o seu papel, bem como as funções do psicólogo clínico. Seguidamente, tendo em conta a instituição e a sua filosofia e o trabalho desenvolvido no estágio, dedica-se atenção ao conceito de infância, adolescência e família, apresentando as alterações que estes foram sofrendo ao longo da sua história.

2.1. Conceito de Psicologia Clínica

A psicologia clínica, surgiu nos anos 50 nos EUA, começando por se afirmar como uma alternativa ao modelo médico (Rodrigues & Gonçalves, 1997) e procurou a explicação dos comportamentos visíveis numa natureza psíquica invisível e com uma interioridade metafórica (Moita, 1983). Inicialmente, a psicologia clínica foi definida como o estudo dos indivíduos, por observação ou experiência, com a intenção de promover mudanças. Garfield (1965) definiu-a como o ramo da Psicologia que se interessa pelos problemas de ajustamento e de modificação da personalidade. Ainda na mesma década, Pierón (1968) explicou que a psicologia clínica se refere à ciência da conduta humana baseada, em particular, na observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos.

Actualmente, a psicologia clínica trata-se de uma vertente da psicologia, voltada para o desenvolvimento e aplicação das técnicas terapêuticas e de diagnóstico, para a identificação e tratamento de distúrbios mentais, interessando-se particularmente, pelos aspectos afectivos do sujeito. Nesta ordem de ideias, “a Psicologia clínica deve considerar-se uma actividade prática e em simultâneo, um conjunto de teorias e métodos” (Brito, s/d, p. 64), podendo ser definida como a sub-disciplina da psicologia que tem como objectivo o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psiquíco, qualquer que seja a causa subjacente (Pedinielli, 1999).

É um ramo da psicologia que se preocupa com o estudos das perturbações mentais e dos aspectos psíquicos de doenças não mentais e portanto, trata-se de uma área de atuação da psicologia que procura avaliar, diagnosticar e tratar as doenças mentais, atendendo sempre à individualidade do sujeito, à sua especificidade, procurando explicar o seu funcionamento psicológico como um todo. Como referem os autores Martínez e Pérez (2010),

> “la psicología clínica pretende ser un “todo” que abarque en rango y totalidad la conducta humana. Es llamativa para las personas que buscan una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana” (p. 5).

Desta forma, recordando Guillaumin (1968), os traços essenciais que constituem a Psicologia Clínica são o seu carácter de conhecimento individual, centrado no caso psicológico singular, concebendo a conduta do sujeito na sua particularidade, procedendo ao levantamento das maneiras de ser e de reagir do sujeito em determinada situação, procurando estabelecer o seu sentido,

procurando entender a sua origem e descobrir os conflitos que o motivam e os meios que utiliza para resolve-los. A característica definidora da psicologia clínica, reside na possibilidade de utilização de todos os informes psicológicos na resolução de uma problemática colocada por um indivíduo, um grupo ou uma população, tomado como objecto de análise e a intervenção clínica. Na perspectiva de Lagache,

> "Entende-se essencialmente por psicologia clínica uma disciplina psicológica baseada no estudo aprofundado de casos individuais. Em termos mais precisos, a psicologia clínica tem por objeto de estudo a conduta humana individual e suas condições (hereditariedade, maturação, condições psicológicas e patológicas, história de vida), em uma palavra, o estudo da pessoa total "em situação" (Lagache, apud Prevost, 1988, p. 47).

Neste sentido, de acordo com Martínez e Pérez explicam que,

> "La psicología clínica a diferencia de otras ramas estudia podríamos decir "exclusivamente" la conducta humana, pero no sólo buscando información como otras ramas sino que constantemente se encuentra tratando de aplicar lo que ha encontrado como resultado de investigación. Pero cómo anteriormente se ha visto la psicología clínica es sumamente individualista, dónde principalmente el psicólogo clínico requiere recoger la información de la persona que esta observando, para analizarla y confirmar las conclusiones a las que ha llegado, ayudando con esta investigación a la persona que puede o no (depende del diagnostico) tener un problema psicológico.

> Y por si aun no fuese clara la diferencia entre ésta y otras ramas de la psicología dado que sus métodos son también ocupados en otras ramas, cabe llamar a la memora que hablamos de psicología clínica; y “clínico”, viene del griego y significa “ el que visita al que guarda cama” (2010, p. 5).

Ao falar-se de psicologia clínica é necessário falar no seu método, o método clínico, caracterizado principalmente pela atitude do psicólogo e não tanto pela utilização de processos ou técnicas específicas e que foi pensado como sendo o levantamento e a análise de fatos através da observação, de entrevistas e da análise das produções do sujeito. O objectivo do método clínico, assenta no diagnóstico da causa de uma perturbação mental, procurando encontar uma solução ou uma resposta para o seu tratamento, através da entrevista clínica e de uma multiplicidade de técnicas como a utilização do método de testes (psicometria), das tecnicas projetivas (psicanálise) e do método da observação, frequentemente utilizado noutros ramos da psicologia. Como explica Schneider, as técnicas que a psicologia clínica pode utilizar são muitas e podem ser técnicas históricas (análise de documentos e de testemunhos), técnicas de observação (anamnese, exame clínico), testes psicológicos e técnicas psicanalíticas. (Schneider, 2002)

A entrevista clínica, é estruturada por um conjunto de sessões que vão permitir perceber a história do sujeito e proporciona o encontro e o estabelecimento de uma relação entre o psicólogo e o sujeito, permitindo que o psicólogo observe directamente os comportamentos do sujeito e dos seus diferentes modos de reacção. Neste sentido, a história clínica do sujeito é

composta por diversos elementos como: a identificação pessoal do sujeito, ou seja, o seu nome, morada, ocupação, etc; O motivo ou razão da consulta; A história da doença que leva o indivíduo à consulta e de doenças anteriores, pois mesmo que não se tratem de doenças do foro psicológico, o psicólogo tem que ter conhecimento da saúde e do estado de saúde global do seu paciente; A história sexual e conjugal do indivíduo;A situação social e sistema de valores do paciente;A história familiar, ou seja, tipo de relacionamentos, doenças comuns na família, etc.

A história clínica do sujeito é conhecida através da informação que o próprio paciente faculta, bem como da informação fornecida por aqueles com quem convive, no entanto, também se verifica a necessidade de recorrer à introspecção, ou seja, à descrição das experiências, sentimentos e conflitos feita pelo próprio indivíduo, de modo a que seja possível obter desabafos espontaneos e provocados que auxiliam na leitura e análise clínica do paciente.

2.2. O Psicólogo Clínico

Voltando a atenção para o trabalho desenvolvido pelo psicólogo clínico, é necessário ter presente a ideia de que em psicologia clínica, é essencial explicitar, seja para que fim for, aquilo que caracteriza o ser psicológico, neste sentido, é exigido ao psicólogo um quadro de referência teórica sólido e claro que atribua sentido ao que este observa, bem como um conjunto de estratégias correctamente definidas, que permitam aceder ao conhecimento que se pretende. A Psicologia Clínica, mais do que referida a uma população ou a uma nosologia, descreve uma metodologia de intervenção que privilegia o

relacional, o que por outras palavras significa, que privilegia a qualidade de relação entre o psicólogo e o seu utente. Neste sentido, o psicólogo clínico, seja qual for o quadro teórico que utilize e que lhe permite referenciar e descodificar o que lhe é trazido como sofrimento, mal-estar ou desadaptação, persegue delineamentos de intervenção capazes de implicar uma diminuição dos problemas que lhe são apresentados. Então, faz todo o sentido afirmar que "a Psicologia clínica deve considerar-se uma actividade prática e em simultaneo, um conjunto de teorias e métodos" (Brito, 2008, p. 63), tendo como objetivo o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico, independentemente da causa que lhe subjaz (Pedinielli, 1999). E portanto, estas são tarefas, ou melhor, funções da responsabilidade do psicólogo clínico, sendo que "o diagnóstico e o prognóstico baseiam-se no entendimento que fazemos do caso, segundo a corrente teórica que orientou o psicólogo na condução da sua investigação durante a consulta" (Santos, 2004, p. 681).

A actividade do psicólogo pode ser uma actividade terapêutica, procurando promover as capacidades do indivíduo, com vista à sua aplicação face às dificuldades do dia-a-dia, de forma a que este se integre e consiga viver inserido na sociedade de forma segura e estável. Desta forma, é necessário criar um espaço onde as angústias do sujeito possam ser contidas e onde os seus processos defensivos sejam interpretados, isto porque, como salientou Fedida (1968), a prática clínica é feita a partir do silêncio das teorias, que servem para articular e ordenar aquilo que é vísivel. Como afirma Santos (2004, p.681), psicólogo clínico, "a capacidade para realizar a consulta de psicologia clínica é algo que não se apreende apenas nos livros e junto dos

"mestres", mas, a sua essência enriquecedora – como em qualquer processo dinâmico, evolutivo, e criativo –, advém do próprio psicólogo clínico, da sua disponibilidade para pensar, para dar sentido(s) às vivências e aos pensamentos que em si vão brotando das múltiplas experiências proporcionadas por cada uma das consultas que vai efectuando na sua caminhada clínica".

Uma vez que este ponto do trabalho se dedica à fígura do psicólogo clínico, não se pode deixar de parte o quadro legal que o abriga, pelo que através do Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de Setembro, foi possível perspectivar uma inserção deste profissional em adequada carreira, devido ao melhor conhecimento que hoje se tem da realidade, no domínio das actividades desenvolvidas pelos psicólogos clínicos, actividades essas, com especificidades muito próprias, que exigem uma elevada qualificação científica e técnica, exercidas com grande autonomia funcional. Nesta ordem de ideias, o artigo 1.º do referido decreto-lei, define o psicólogo clínico como um "profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde", devendo "aprofundar o seu perfil profissional, orientando-se para o exercício em áreas específicas, a reconhecer por portria do Ministro da Saúde". Não obstante, o artigo 2.º define as funções das categorias do ramo de psicologia clínica, sendo que o psicólogo clínico assistente e asssitente principal têm como funções: o estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico; o estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento; a participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico; o aconselhamento psicológico

individual, conjugal, familiar ou de grupo; a intervenção psicológica e psicoterapia; a responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia; a integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente; a participação em reuniões científicas; a participação em acções de formação na área da especialidade e afins; a participação em programas de investigação em aspectos relacionados com a sua área profissional; a responsabilização por sectores ou unidades de serviços; a participação em júris de concurso e de avaliação.

Enquanto psicólogo clínico assessor, além de todas as funções de assistente e de assitente principal, assume como responsabilidades do seu cargo: a participação na elaboração de programas de educação para a saúde em geral e em particular nos domínios que envolvem o comportamento do indivíduo ou do grupo; o planeamento das actividades constantes dos programas para o sector ou unidade e sua coordenação, execução e avaliação; a selecção, concepção e adaptação de instrumentos e de metodologias de avaliação e de intervenção psicológica em fase de experimentação; a emissão de pareceres técnicos e científicos; as funções atribuídas ao assessor superior, caso este não exista, ou nas suas faltas ou impedimentos, quando solicitado.

Como psicólogo clínico assessor superior, além das funções inumeradas anteriormente, também lhe são atribuídas funções de participação na estruturação e organização dos serviços; a elaboração e coordenação de programas de protocolos de actividades científicas e técnicas; a elaboração, promoção e coordenação de acções de formação complementar de psicólogos e de outros técnicos de saúde; a avaliação e coordenação dos técnicos

superiores do ramo da psicologia clínica, integrados na correspondente unidade de acção; a integração em comissões especializadas.

Quando o psicólogo clínico tem à sua responsabilidade um serviço, compete-lhe: a elaboração do programa de actividades do serviço; a coordenação de todas as actividades de gestão, técnicas, científicas e de formação do serviço; a avaliação da eficácia e eficiência do serviço, promovendo a sua reorganização e actualização, sempre que necessário; a elaboração do relatório de actividades.

Ao psicólogo clínico, quando integrado em serviço de âmbito regional, são atribuídas as seguintes funções: elaborar planos de acção e relatórios de actividades; a avaliação periódica da eficiência e eficácia dos serviços.

Como é possível perceber, tendo em conta as suas especificidades profissionais, o psicólogo clínico pode actuar em diversas áreas como a área da educação, do lazer, do trabalho, da saúde, da justiça, em comunidades, contribuindo para a produção do conhecimento científico da psicologia, através da observação e análise dos processos de desenvolvimento. O psicólogo clínico, trata-se de um profissional que diagnostica e trata problemas emocionais e perturbações de personalidade e a partir da avaliação do estado psicológico do indivíduo, este prescreve e realiza diversos tipos de terapia, naturalmente, adequados a cada caso.

Na perspectiva de Martínez e Pérez (2010, p. 9), ao pronunciarem-se sobre as tarefas inerentes à profissão do psicólogo clínico, os autores apontam para a investigação, ensino, avaliação, tratamento, prevenção, consultoria e administração, explicando que

> “uno de los más interesantes aspectos de la psicología clínica es la diversidad de actividades en las que los profesionales pueden llegar a desarrollarse como parte de su trabajo. Aunque la mayoría de los psicólogos están involucrados con alguna en especifica, en algunas otras están involucrados con varias”.

Por outras palavras, é da responsabilidade do psicólogo clínico proceder à realização de avaliações psicológicas, conduzindo à elaboração de psicodiagnósticos diferenciais, de estudos da estrutura da personalidade, da deterioração mental, a par da compreensão do funcionamento mental global do indivíduo. O objectivo das avaliações psicológicas, assenta no despiste de indícios ou indicadores de alguma psicopatologia. Outra das funções que é necessário salientar e que é desenvolvida pelo psicólogo clínico, pauta-se pelo acompanhamento psicológico, procurando criar em conjunto com o paciente, estratégias de intervenção psicológica para diminuir, amenizar ou extinguir o sofrimento do indivíduo, de forma a reestabelecer o seu bem-estar e equilíbrio emocional. Ou seja, o acompanhamento psicológico que o psicólogo clínico realiza, caracteriza-se como

> “uma relação de ajuda que visa facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e optimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, auto-ajuda e autonomia. A finalidade principal é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas” (Trindade & Teixeira, 2000, p. 3).

Estabelecendo a ponte entre o papel e a função do psicólogo com o contexto de estágio, o papel do psicólogo no Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família (GAAF), é fazer a mediação entre a Escola, a Família, o Aluno e a Comunidade. Do ponto de vista preventivo, o psicólogo clínico intervém de forma a promover condições psicológicas, sociais e pedagógicas que contribuam para a consolidação do sucesso escolar e pessoal da criança ou jovem, através de dinâmicas lúdicas e pedagógicas, estabelecendo uma relação de confiança. De forma pragmática o psicólogo a exercer funções no IAC, tem de ter boa formação humana, sentido crítico e muita resistência à frustração. O psicólogo deverá estar muito atento à comunicação, digital e analógica que estabelece com o utente, sem nunca deixar de estar atento aos sinais e aos sintomas, de forma a atuar numa perspetiva sistémica de intervenção, ação e mudança. Neste âmbito, o psicólogo deverá ainda ter em conta o facto de que a Psicologia é a ciência que estuda os processos psíquicos, isto é, a etiologia, o desenvolvimento, as características e eventualmente, as patologias dos processos psíquicos de cada individuo, na medida em que "colabora com o estudo da subjetividade: é essa a sua forma particular, específica de contribuição para a compreensão da totalidade da vida humana" (Bock, 1999, p. 24).

Terminando com um pequeno apontamento, que além de pertinente é necessário, recorda-se que o psicólogo pode intervir em vários contextos, podendo integrar equipas multidisciplinares e por isso, deve

> "estar às perturbações do desenvolvimento não explicáveis apenas pela psicologia clínica, ou inexplicáveis de todo por aí, de modo a

> não deixar, por incompetência, áreas, que necessitam de compreensão e ajuda não psicológica, por analisar. Daí, pelo multifacetado das situações problema, a necessidade de cooperação estreita entre técnicos de formação básica distinta, como educadores, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, terapeutas da fala, professores, entre outros, para além dos psicólogos, podendo, assim, as problemáticas serem pensadas multidisciplinarmente, completando-se mutuamente em termos de diagnóstico e terapêutica" (Santos, 2004, p. 680).

2.3. O Conceito de Infância e a Criança

O conceito de infância foi sofrendo várias alterações, e de acordo com Carvalho (2005, p. 128) "o conceito de infância, e o seu papel e posição na sociedade, tem variado ao longo das gerações, apresentando as actuais tendências civilizacionais humanistas uma nova sensibilidade voltada para as crianças".

Do ponto de vista etimológico, infância encontra a sua génese no latim, onde "In" significa "não" e "Fância", significa capacidade da fala, pelo que a fase da infância seria caracterizada pela ausência da fala e de comportamentos esperados, entendidos como manifestações irracionais. Assim, a infância é uma fase da vida do ser humano que se contrapõe à fase adulta, onde os comportamentos esperados seriam encontrados apenas no indivíduo já adulto, onde o adulto era o ser com pensamento e raciocínio, capacidade que as crianças não tinham. Como explicam os autores Cordeiro e Coelho (2007,

p.882), “considerava-se que a criança, antes dos 7 anos de idade, não teria condições de falar, de expressar seus pensamentos, seus sentimentos. Desde a sua gênese, a palavra infância carrega consigo o estigma da incapacidade, da incompletude perante os mais experientes, relegando-lhes uma condição subalterna diante da sociedade. Era um ser anônimo, sem um espaço determinado socialmente”.

Actualmente, a infância e a criança são reconhecidas como tal, sendo inegável o facto de que quando o ser humano nasce, este será criança até determinado período de tempo, no entanto, nem sempre foi assim, pelo que em tempos passados se questionava o que era a infância e quem era a criança. Assim, a ideia de criança e o conceito de infância foram sendo construídos ao longo do tempo, pelo que inicialmente a criança não era concebida como um ser em desenvolvimento, mas antes como um adulto em miniatura. Ao longo de vários séculos houve uma evolução na mudança de atitudes em relação à família e uma mudança nos sentimentos de infância e da família, constatando-se que estas transformações ocorriam a par das mudanças ocorridas nas formas de organização da sociedade, sendo a criança compreendida numa perspectiva do contexto histórico em que está inserida. Desta forma, é perceptível que “a fascinação pelos anos da infância, é um fenômeno relativamente recente” (Heywood, 2004, p.13), pelo que o conceito de infância, bem como a ideia de criança foram sofrendo alterações significativas ao longo da história.

Foi através da pesquisa iconográfica que realizou, que Ariès afirmou que na idade Média e mesmo antes dela, não existia o sentimento de infância e do século XII ao século XVIII, ocorreram grandes transformações históricas, pelo

que a infância foi tend diferentes conotações ao longo do tempo, tendo em conta aspectos sociais, culturais, políticos e económicos. Como explica Heywood, fazendo referência ao século XII,

> "Pode-se apresentar um argumento contundente para demonstrar que a suposta indiferença com relação à infância nos períodos medieval e moderno resultou em uma postura insensível com relação à criação de filhos. Os bebês abaixo de 2 anos, em particular, sofriam de descaso assustador, com os pais considerando pouco aconselhável investir muito tempo ou esforço em um " pobre animal suspirante", que tinha tantas probabilidades de morrer com pouca idade" (Heywood, 2004, p.87).

Por volta de 1960, Philipe Ariès estabeleceu uma relação entre infância, adolescência e a escolaridade. Antes do século XVIII não existia diferenciação entre infância e adolescência, as crianças até então não eram objecto da história. Os séculos XVI e XVII caracterizam-se por uma mudança de mentalidades e comportamentos, quer no que diz respeito à habitação, quer no que se concerne à educação de certos grupos. A noção de intimidade influência a diferenciação de espaços e traduz-se em mudanças na habitação e na educação, agora mais organizada. Segundo Ariès (1981, p. 57), "a criança era tão insignificante, tão mal entrada na vida, que não se temia que após a morte ela voltasse para importunar os vivos" Esta afirmação, não é surpreendente porque, apesar de toda esta insensibilidade, deve ter-se em conta as condições referentes a esta época. Ainda na óptica do mesmo autor[7],

[7] Tese de Ariès: associa a designação de adolescência aos processos escolares; lança a discussão sobre a infância.

é o prolongamento da infância, no colégio, que despoleta um conjunto de características que começam a ser distinguidas como pertencentes ao período da adolescência. Então, a adolescência é um tempo de formação em que há dependência dos pais, mas vive-se já com os seus pares (num contexto de formação). Esta tese gerou reacções diversas, mas teve o mérito de despoletar estudos sobre a infância.

Através da leitura de alguns textos sobre a história da infância, entende-se que as fases da vida que foram sendo criadas decorreram do importante trabalho de Ariès e, que essas fases foram criadas de modo a enquadrarem indivíduos com características homogéneas, como a idade, num mesmo grupo. Mais do que dar relevo a exigências ditadas por um futuro delineado por outros, seria preciso aceitar a criança como alguém que tem direito a viver no seu mundo, um mundo em que a pressão do crescimento não existe. Recorde-se que a criança era concebida como algo substituível, um ser produtivo, onde a partir dos sete anos era inserida na vida adulta, contribuindo para a economia familiar. A criança realizava tarefas, através da imitação dos pais, e acompanhando os pais no seu ofício, não havendo um tempo nem um espaço para brincar, no fundo, não havia uma infância como hoje se reconhece.

O reconhecimento da infância surge então nos séculos XV, XVI e XVII, onde se percebeu que as crianças necessitavam de um tratamento especial, “uma espécie de quarentena”, tratando-se de

> “um sentimento inteiramente novo: os pais se interessavam pelos estudos dos seus filhos e os acompanhavam com solicitude habitual nos séculos XIX e XX, mas outrora desconhecida. (...) A família começou a se organizar em torno da criança e a lhe dar uma tal

> importância que a criança saiu de saiu de seu antigo anonimato, que se tornou impossível 3perdê – la ou substituí – la sem uma enorme dor, que ela não pôde mais ser reproduzida muitas vezes, e que se tornou necessário limitar seu número para melhor cuidar dela" (Ariès,1981, p.12).

Foi com as alterações nas relações sociais, que na Idade Moderna, a criança asumiu um papel de destaque nas preocupações da família, bem como da sociedade. Uma nova percepção e organização social, fez sobressair e fortalecer os laços entre adultos e crianças, entre pais e filhos e só a partir deste momento, é que a criança começa a ser vista como um indivíduo social, onde a família se preocupa com a sua saúde e educação, algo na Idade Média não se verificava. Nesta nova fase, surgem as primeiras instituições educacionais, onde a particularidade da infância, assim como a sua importância começava a ser compreendida ao nível moral e social. Desta forma, a criança passa a ter um papel central nas preocupações da família na sociedade, e esta nova organização social e da família é fruto da evolução política e económica da Idade Moderna.

Através do trabalho realizado por Rousseau, (1995), considerado o pai da pedagogia, a criança começou a ser vista de forma diferenciada, propondo uma educação infantil sem juízes, prisões e exércitos, surgindo o sentimento de responsabilidade para com a criança e o interesse por ela. Foi através da institucionalização da escola, que o conceito de infância começou a sofrer alterações e a par do desenvolvimento de uma pedagogia para as crianças, pode-se falar de uma construção social da infância (Corsaro, 2003). Esta

construção social ocorre através do estabelecimento de valores morais e expectativas de conduta para ela, constatando-se a existência de regras de conduta institucionalizadas para diferentes fases da vida e expressas em por via do desempenho de papeís sociais. Desta forma, concorda-se com Wartofsky (1999), que define a criança como um agente na sua própria construção e na construção no mundo, um agente cuja ação se desenvolve no contexto de uma *práxis,* inelutavelmente social e histórica, que inclui tanto as sujeições e potencialidades da natureza como as ações de outros agentes.

A infância trata-se de conceito cultural e biológico, sendo um fenómeno psicossocial, sendo um período específico pelo qual todo o ser humano passa, sendo um período que vai desde o nascimento até aproximadamente aos 12 anos de idade do ser humano, período esse, marcado por um grande desenvolvimento físico e crescimento gradual da criança. Tratando-se de um período relativamente longo, é neste período que o indivíduo se desenvolve fisica e psicologicamente, envolvendo, de forma progressiva, mudanças no comportamento e desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Assim, através da evolução do conceito de infância, esta transformou-se num elemento pedagógico e o objectivo básico dos pedagogos e dos professores dentro das instituições, por outro lado, para as famílias, a infância passou a ser o de criar um novo homem (Santos, 1999 *apud* Carvalho, 2005, p. 128).

2.4. Os Direitos da Criança

O ponto anterior do trabalho dedicou-se ao conceito de infância e à ideia de criança, o presente ponto centra-se nos direitos da criança tendo como

referência dois documentos centrais – a Declaração dos Direitos da Criança[8] e a Convenção dos Direitos da Criança[9].

A Declaração dos Direitos da Criança, foi proclamada pela Resolução da Assembleia Geral 1386, a 20 de Novembro de 1959, tendo sido adaptada da Declaração universal dos Direitos do Homem, proclamando que todos gozam dos direitos e liberdades nela estabelecidas, sem discriminação alguma, de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, fortuna ou outra situação. Assim, considera que a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento, onde a Humanidade deve à criança o melhor que tem para dar. A presente declaração, define assim dez princípios ou dez direitos que visam proteger a criança, sendo eles os seguintes:

1. Estes direitos serão reconhecidos a todas as crianças sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação;
2. A criança gozará de uma protecção especial e beneficiará de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios, para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade;

[8] Declaração dos Direitos da Criança. Disponível em: http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dc-declaracao-dc.html.
[9] Convenção dos Direitos da Criança. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

3. A criança tem direito desde o nascimento a um nome e a uma nacionalidade;

4. A criança deve beneficiar da segurança social, tendo direito a crescer e a desenvolver-se com boa saúde e igual direito a uma adequada alimentação, habitação, recreio e cuidados médicos;

5. A criança mental e físicamente deficiente ou que sofra de alguma diminuição social, deve beneficiar de tratamento, da educação e dos cuidados especiais requeridos pela sua particular condição;

6. A criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade;

7. A criança tem direito à educação, gratuita e obrigatória, pelo menos nos graus elementares, promovendo a sua cultura e permitir-lhe, em condições de igualdade de oportunidades, desenvolver as suas aptidões mentais, o seu sentido de responsabilidade moral e social e tornar-se um membro útil à sociedade;

8. A criança deve, em todas as circunstâncias, ser das primeiras a beneficiar de protecção e socorro;

9. A criança deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração, e não deverá ser objecto de qualquer tipo de tráfico.

10. A criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza.

A Convenção dos Direitos da Criança, é o mais ratificado dos tratados sobre direitos humanos e em 20 de Novembro de 1989, as Nações Unidas

adoptaram, em unanimidade, este documento que reúne e apresenta um amplo conjunto de direitos fundamentais, que vão desde direitos civis, a direitos políticos, económicos, sociais e culturais de todas as crianças. A Convenção dos direitos da Criança, não se trata apenas de uma declaração de princípios gerais, representando também um vínculo para os países que a ela aderiram, pelo que devem adequar as normas dos direitos internos às da convenção, de forma a garantir a promoção e protecção eficaz dos direitos que ela consagra. Portugal, ratificou a Convenção dos Direitos da Criança a 21 de Setembro de 1990, pelo que a presente convenção assenta em quatro pilares fundamentais, que estão estritamente relacionados com os restantes direitos da criança:

- a não discriminação, pelo que todas as crianças têm o direito de desenvolver todo o seu potencial;
- o interesse superior da criança**,** uma consideração prioritária face a todas as acções ou decisões que lhe digam respeitam;
- a sobrevivência e o desenvolvimento, que realça a importância da garantia de acesso a serviços básicos, bem como à igualdade de oportunidades para que a criança se possa desenvolver plenamente;
- a opinião da criança, pelo que deve ser dada voz às crianças, estas devem ser ouvidas e tidas em conta, no que respeita aos assuntos que se relacionam com os seus direitos.

A Convenção dos Direitos da Criança é documento mais completo e importante sobre os direitos de todos os indivíduos com idade menor a 18 anos, reconhecendo à criança direitos similares aos do adulto como: direitos civis e liberdades; ambiente familiar e aconselhamento parental; cuidados

básicos como a saúde e o bem-estar; educação e lazer. Como se referiu anteriormente, sendo a Convenção dos Direitos da Criança o documento mais completo no que respeita aos direitos humanos da criança, é composta por 54 artigos, que podem ser divididos em quatro categorias: os direitos à sobrevivência; os direitos relativos ao desenvolvimento; os direitos relativos à protecção; e os direitos de participação.

2.5. O Conceito de Adolescência

A adolescência é uma fase importante da vida do ser humano, marcando a transição da infância para a idade adulta, sendo aqui merecedora de "atenção, pois esta transição (...) pode resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo" (Ferreira & Nelas, 2006, p. 142). É caracterizada por grandes alterações ao nível físico, mental, comportamental e social, "que possibilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento" (*Idem*). Aliás, Outeiral (1994) assinala que "tudo acontece com um ritmo intenso de ação, e não é fácil 'entender' tais flutuações anímicas, escapando, às vezes, à compreensão do próprio adolescente que as vive com intensidade, e, em alguns casos, com perplexidade" (p.31).

Por outras palavras, pode dizer-se que adolescência representa, para o indivíduo, um processo de distanciamento de formas de comportamento e de privilégios característicos da infância e de aquisição de características e

competências que o capacitem a assumir os deveres e os papeís sociais de adulto. Neste sentido, recorde-se as palavras da psicanalista argentina Aberastury (1981) que explica que “a criança, queira ou não, vê-se obrigada a entrar no mundo do adulto” (p.89), sendo a adolescência uma etapa singular e à qual nenhum ser humano pode escapar. Ou seja, após o desenvolvimento da função reprodutiva do ser humano e de este se afirmar como um indivíduo único, vai definindo a sua personalidade, identidade sexual e os papeís que vai assumir na sociedade.

À semelhança do conceito de infância, bem como o de família, que será abordado em seguida, também o conceito de adolescência foi sofrendo alterações ao longo do seu tempo histórico, o que também permite salientar o avanço e a evolução da própria humanidade. Na verdade, em tempos passados a adolescência era encarada

> “apenas como um breve interlúdio entre a dependência da infância e as responsabilidades da vida adultaatribuída ao jovem. Pouco depois da maturidade sexual, muitas vezes caracterizada por uma iniciação elaborada, o novo adulto trabalhava, casava e tinha filhos” (Ferreira & Nelas, 2006, p. 141).

Enquanto período particular do desenvolvimento humano, a adolescência apenas foi reconhecida como tal, sendo aceite socialmente pelos adultos como uma fase da vida do ser humano, no final do século XIX. Actualmente, é considerada uma fase em que o indivíduo, após passar por diversos processos de maturação, constroe a sua identidade, os seus pontos de referência, tendo

liberdade para escolher o seu percurso profissional, bem como o seu projecto de vida.

É uma fase pautada por mudanças físicas rápidas e profundas, onde o ser humano atinge a maturidade reprodutiva e adquire a capacidade de pensar de forma abstracta, procurando a sua identidade, afirmando-se como indivíduo. Trata-se de um período que decorre, sensivelmente, entre os 12 e os 20 anos, "contudo existem oscilações deste período etário impostas pelas diferenças entre os sexos, etnias, meios geográficos, condições sócio-económicas e culturais" (Ferreira & Nelas, 2006, p. 141). Inicia-se com os primórdios físicos da maturidade sexual, terminando com a realização social da situação de adulto independente, pelo que

> "num mesmo meio, encontramos grandes variedades de indivíduo para indivíduo: há puberdades muito precoces e outras muito tardias. Por outro lado uma mesma pessoa em diferentes momentos tem diferentes ritmos de maturação" (*Idem*).

Apesar da forte carga biológica, a duração da adolescência é determinada culturalmente e as transformações psicológicas são fortemente influenciadas pelo ambiente social e cultural, ou não fosse o ser humano uma unidade biopsicossocial (Morin, 1988), determinada de acordo com três dimensões: biológica, psicológica e social. Aliás, num estudo realizado sobre a adolescência, Ozella e Aguiar (2008) assumem e explicam

> "que o homem é constituído em uma relação dialética com o social e com a história, sendo ao mesmo tempo único, singular e histórico. Esse homem, constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma

> humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção vigente" (p. 98).

Assim, ao nível biológico, a adolescência inicia-se quando surgem os sinais físicos sexuais, bem como a capacidade de reprodução, ao nível social é um período de transição entre a infância, em que o ser humano está dependente de outros, e a idade adulta, onde adquire a sua autonomia económica e social. Ao nível psicológico, esta fase inicia-se com a aquisição da maturidade fisiológica e termina com a aquisição da maturidade social, quando se assumem os direitos e os deveres de adulto, ou seja, direitos e deveres sexuais, económicos, legais e sociais. Aberastury (1980) define a adolescência como "um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento" (p. 15), referindo-se a esta fase como um período de "contradições, confuso, doloroso" (p. 16), sendo "o momento mais difícil da vida do homem" (p. 29). A adolescência é uma etapa da vida do ser humano onde ocorre uma transformação profunda, que exige do indivíduo grande capacidade de adaptação, precisamente pelas mudanças e consequentes alterações das funções biológicas, das novas formas de relacionamento interpessoal e novas responsabilidades ao nível familiar, mas também social. Como refere Eisenstein (2005, p. 6), a "a*dolescência* é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive". Desta forma, "a adolescência é hoje

conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta. Inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente" (Ferreira & Nelas, 2006, p. 141), além disso, as autoras salientam ainda que se trata de "um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projecto de vida" (Ferreira & Nelas, 2006, p.141).

Ana Freud (1958) fez referência às alterações dos instintos, à organização do eu, às relações objetais e aos papéis sociais como aspectos que caracterizam a adolescência, dando vez ao processo que leva desde o equilíbrio psicossocial da infância dentro de seu grupo familiar, passando por uma inevitável etapa de transtornos do desenvolvimento, até a independência adulta. E a crise que o adolescente vivencia, deve ser entendida como necessária e não como um distúrbio, na medida em que permite cometer erros, procurar a sua identidade e afirmar-se, onde o jovem atribui um novo sentido à sua personalidade e ao seu papel na sociedade. A imagem corporal é um aspecto central na identidade do *eu*, onde existem repercurssões pesicossociais num período pautado por mudanças físicas.

Como vem sendo referido, a adolescência é uma etapa caracterizada por grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais e consequentemente, provoca determinados comportamentos que podem ser distinguidos entre comportamentos individuais e comportamentos grupais. Desta forma, quanto aos comportamentos individuais da adolescência, constata-se:

> "inquietude física, menor capacidade de concentração, crescente ambivalência frente aos objetos amorosos, tiques, rituais, mania de

> colecionar, regresso a crenças anteriores acerca de sexo apesar da informação sexual adquirida, regressão a fases libidinais anteriores, avaliação pré-genital do sexo oposto, evitação de contato físico com os pais etc" (Câmara & Cruz, 1999, p. 2).

Face aos comportamentos em grupo, os mesmos autores salientam o

> "conflito entre a lealdade aos pais e ao grupo adolescente, desafios a normas de linguagem, higiene e saúde, gosto por riscos, evitação dos pais ou substitutos tais como professores, lealdade aos pares, busca de segurança em grupos, ver o sexo oposto como troféu e não considerá-lo em termos de relações interpessoais, evitar toda ajuda de adultos, baixo prestígio da comunicação verbal com adultos" (Câmara & Cruz, 1999, p. 2).

Em boa verdade, a adolescência é uma fase marcada por conflitos, crises, verifica-se o distanciamento da família e maior aproximação ao grupo de pares, mas é também uma fase que prepara o jovem para a idade adulta, permitindo cometer erros. Neste sentido, para se entender esta fase, a adolescência não pode ser limitada e entendida apenas com foco nas mudanças corporais, decorrentes da evolução do processo biológico e maturação hormonal, mas também ao crescimento interior, ao desenvolvimento psíquico, à construção da personalidade e da identidade. De acordo com Paladino (2005, p. 35).

> "a identidade é, então, algo formado ao longo do tempo por intermédio de processos inconscientes, e não algo inato, existente

> na consciência no momento do nascimento. (...) Ela permanece sempre incompleta, sempre sendo formada. O processo de identificação seria este processo, eternamente em andamento"

Também a respeito da construção da identidade, Oliveira (2001, pp- 230-231) explcia que "entender o processo de construção da identidade adolescente com seus lutos, depressão, psicopatia, reinvindicação, luta, implica em considerar os aspectos biológicos, psicodinâmicos e sociais em permanente interação"), sendo de salientar os autores Erikson e Freud, que também se referiram à adolescência como uma séria e prolongada crise de identidade, destacando-se a afirmação de "turbilhão adolescente" que chegou a ser utilizada.

2.6. O Conceito de Família

Mais do que nunca, hoje é reconhecida e atribuída importância à família para a sociedade, mas também para cada indivíduo, na medida em que se constitui

> "um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade…(…)" (Alarcão, 2000, p.35).

E mais do que nunca, ahoje está bem presente a ideia de que a família, concretamente os pais, têm um papel fundamental no desenvlvimento integral e global da criança.

A família é um dos grupos sociais de parentesco e enquanto unidade de agrupamento sócio-cultural, constitui-se a base da organização social de qualquer grupo humano. Apesar de ser um dos universais da cultura, as suas formas de constituição, estruturação e organização variam de sociedade para sociedade, bem como ao longo do tempo e da sua história. A família constitui-se um sistema aberto, recebendo influências exteriores e por sua vez, também exerce influência sobre o que a rodeia. Neste sentido, só se pode compreender uma família se se conhecer os contextos em que se move (Relvas, 1996). Tratando-se de um sistema aberto, está em permanente evolução, pelo que ao longo do tempo os papeís dos seus elementos vão passando por transformações, sendo necessário que o grupo se ajuste às mesma, de forma a manter-se equilibrada. Uma vez que a família se trata de um sistema, partilha as características de outros sistemas, sendo

> "composta por objetos e respetivos atributos e relações: contém subsistemas e é contida por diversos outros sistemas, ou suprassistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente organizada; possui limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio" (Alarcão, 2000, p. 38).

E o que diferencia estes sistemas e subsistemas "são os papéis e funções, as normas e os estatutos ocupados pelos indivíduos" (*ibidem*, 2000, p. 41). A família é um sistema de fundamental importância para a sociedade e para o indivíduo, assumindo duas funções essenciais no que respeita ao seu

desenvolvimento e sobrevivência: “desenvolvimento e proteção dos seus membros (função interna) e a sua socialização (…) e transmissão de cultura (função externa) ” (Relvas, 1996, p. 17). É da responsabilidade da família, promover junto de cada membro o sentimento de pertença ao grupo e a sua socialização, educando cada elemento para a autonomia através de relações de suporte.

No Antigo Regime, e de um modo geral, a família assentava no casamento, configurada como uma instituição universal, referindo-se às diversas formas como os indivíduos, de sexo diferente, estabeleciam, de forma contratual, relações de associação matrimonial, fixando obrigações recíprocas, regularizando o convívio social. Tratava-se de um assunto de todo o grupo, mais do que do indivíduo, ou seja, era “a família que casava e cada um se casava com uma família” (Bourdieu, *apud* Segalen, 1999, p. 136).

Nas sociedades modernas ocidentais, a instituição família sofreu um conjunto de alterações, no que respeita à sua constituição, estrutura e funções, ganhando relevo desde os finais do século XIX em diante. A família evolui e passa por alterações de acordo com adoção de novas funções e de novos papeís dos indivíduos que a constituem, pelo que a alteração do comportamento de um membro, afecta a família no seu conjunto, exigindo a sua reestruturação e reorganização.

Segundo Relvas (1996), o desenvolvimento da família ocorre a três níveis – funcional, interacional e estrututural –, e o seu ciclo vital diz respeito à “sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas (…) que caracterizam as suas etapas”. (p. 16). Desta forma, o casamento por livre escolha, afirmou-se como forma

privilegiada de constituição da família nuclear, associado à sentimentalização das relações amorosas e ao recuo de lógicas tradicionais ligadas à valorização de questões patrimoniais e institucionais. Do ponto de vista estrutural, consolidou-se o tipo de família conjugal nuclear e monogâmica, restrita ao triângulo constituído pelos cônjuges e respectiva descendência, o qual adquiriu autonomia em relação aos outros grupos de parentesco, embora sem se verificar rupturas absolutas a este nível. Ao nível funcional, com a proletarização e a industrialização, no âmbito de uma economia pautada pelo capitalismo, perderam importância as funções relacionadas com a transmissão patrimonial e com a produção económica familiar, mantendo-se apenas a de consumo. Por outro lado, ganhou relevância acrescida a função socializadora dos elementos mais novos da unidade familiar – a criança assume um lugar de eleição – e assistiu-se a um aumento da função afectiva da família, manifesta no facto de o casamento se ter tornado numa questão de amor, embora, ao mesmo tempo e de forma paradoxal, esta relevância do afectivo contribua para a fragilização da unidade conjugal.

A intensificação das transformações familiares traduziu-se, a partir da década de 60 do século XX, na diminuição da estabilidade do casamento, no desenvolvimento da coabitação e na erosão da legitimidade da instituição matrimonial e dos papéis sexuais no casamento. Neste contexto, não podemos pensar a família, do ponto de vista das Ciências Sociais e Humanas, sem a considerar uma instituição social, regulada por normas sociais e regras jurídicas e como grupo social primário de desenvolvimento de todos os seres humanos. Desta forma, surgiram e têm coexistido formas de conjugalidade diversas, consoante o predomínio de dimensões relacionadas com a

afectividade amorosa, com a problemática patrimonial ou com a dimensão institucional. Como salienta Medeiros, “o casamento tem assumido formas novas e variadas, que podem tanto ser vistas como um sinal de falência, ou como uma tentativa de se ultrapassar um modelo que não estaria coerente com as rápidas transformações que acometem o homem contemporâneo” (2011, p. 57), além disso, a autora refere ainda que, “os novos arranjos matrimoniais fazem parte de um contexto social em reorganização (especialmente se pensarmos que a família não é um fato natural, mas sim uma construção cultural)” (Medeiros, 2011, p. 57).

Inscrevem-se neste quadro plural formas informais de conjugalidade, descritas com recurso a uma diversidade de termos, desde os lares sem conjugalidade (lares unipessoais e lares sem estrutura familiar, ou ainda o lar monoparental que têm registado um aumento significativo nos últimos anos), aos lares com vínculo institucional ou união livre, união de facto (já reconhecida juridicamente), a outras designações tais como as famílias reconstruídas/recompostas. De acordo com Ferrari e Kaloustian (2002 *apud* Oliveira, 2009, pp. 67-68),

> “a família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares”.

Estes arranjos diversificados podem variar em combinações de várias naturezas, seja em relação à composição, como também às relações familiares estabecidas. Para Oliveira (2009, p. 68), esta composição

> "pode variar em uniões consensuais de parceiros separados ou divorciados; uniões de pessoas do mesmo sexo; uniões de pessoas com filhos de outros casamentos; mães sozinhas com seus filhos, sendo cada um de um pai diferente; pais sozinhos com seus filhos; avós com os netos; e uma infinidade de formas a serem defi nidas, colocando-nos diante de uma nova família, diferenciada do clássico modelo de família nuclear".

Por estas razões, nos diferentes tipos de lares, deve ter-se em conta o parentesco por afinidade e o parentesco por consanguinidade, uma vez que os nossos parentes se assumem como a família de origem, enquanto o Lar (grupo doméstico) se constitui por um grupo de pessoas que vivem juntas, podendo ter ou não relações de parentesco entre si. A este propósito Lobo, baseando-se na proposta de Cherlin e de Furstenberg Jr. (1994) acerca do parente de sangue ou por afinidade, explica que,

> "mesmo reconhecendo a existência de laços de sangue, isso não faz necessariamente as pessoas pensarem-se entre si como parentes ou familiares, na medida em que a ausência de qualquer tipo de relacionamento pode significar, por exemplo, que um parente de "sangue" não seja considerado como fazendo parte da família" (2009, p. 48).

Por outro lado, observa-se a diminuição das taxas de nupcialidade, o aumento da taxa de divórcios, a diminuição dos índices de fecundidade e o aumento do número de crianças nascidas fora do casamento. Uma interpretação destas mudanças foi a de que elas indiciariam uma "crise da família". Uma interpretação alternativa é a da desinstitucionalização da família, enquanto reveladora da erosão e declínio do modelo de "família instituição", nomeadamente junto das gerações mais jovens. Este modelo, conotado com a família tradicional, pressupõe a estabilidade do vínculo conjugal e uma divisão hierarquizada das funções familiares baseada em distinções de género. A "família instituição" tem sido posta em causa a favor de um modelo de "família contrato", no qual o vínculo matrimonial perde a sua estabilidade devido à assumpção de um princípio de livre entrada e saída da relação baseado num critério de qualidade afectiva e as funções familiares deixam de estar definidas antecipadamente em função de um estatuto marido/mulher, ficando sujeitas a uma negociação entre os elementos do casal. A respeito de novas formas de conjugalidade Carvalho Filho (2000, p. 45) explica que "o que constatamos é que os indivíduos têm se divorciado, não por considerarem o casamento menos importante, mas, justamente, porque sua importância é tão grande que eles não aceitam que a vida conjugal não corresponda às suas expectativas", pelo que com o aumento de separações, surgem novas configurações familiares, não só em número, como também em diversidade (Medeiros, 2011).

Esta transição modernizadora, gerando o aparecimento de formas de organização familiar centradas no bem-estar emocional e na paridade entre os elementos do casal, inscreve-se num movimento histórico de privatização da

vida familiar[10] e num processo mais amplo de individualização, fundador da modernidade. As conjugalidades informais correspondem, assim, ao aumento da autonomia individual nas sociedades modernas, no sentido de uma maior liberdade para a construção de projectos familiares e do reforço de lógicas de autonomia e de paridade no contexto do casal. Neste quadro compreensivo, um complexo de factores podem ser associados ao aumento da conjugalidade informal nas sociedades contemporâneas. A liberalização dos costumes, as novas atitudes relativas à sexualidade dos jovens, a erosão da influência religiosa e a afirmação da componente individualista onde se associam fenómenos de recomposição (uma vez que se recompõem continuamente conjugalidades que se dissolvem), vêm favorecer uma maior tolerância social em relação às novas formas de conjugalidade, mesmo as consideradas "mais informais". No caso das gerações mais jovens, a defesa de interesses pessoais, num contexto de prolongamento da escolaridade e de desemprego juvenil, conduzem a ponderar a opção pela coabitação em detrimento do casamento. Sobre este assunto, Santos (2008), refere que a coabitação conjugal é, simultaneamente, parte integrante do movimento de modernização da sociedade portuguesa, como é também um bom revelador das descontinuidades e continuidades dos valores e comportamentos face ao casamento, à sexualidade e às relações entre os géneros. A autora salienta ainda, sobre as alterações ocorridas na família e na conjugalidade, que

> "a mudança social e de valores que acompanha as transformações recentes na paisagem conjugal e das relações familiares (aumento da coabitação informal e recuo do casamento, crescimento do

[10] Ou seja, de perda de importância do vínculo institucional entre o casal e correlativa primazia do sentimento amoroso na estruturação da dinâmica familiar.

> divórcio, dos nascimentos fora do casamento, das famílias monoparentais, entre outros fenómenos), tem como pano de fundo um movimento de desinstitucionalização, por um lado, e de privatização, por outro, do casal e da família" (Santos, 2008, p. 3).

No tocante a Portugal, o aumento da taxa de divórcio prende-se directamente com uma questão legal, ou seja, com o facto de só a partir de 1975 ter sido "consagrado na lei a possibilidade do divórcio para os que casavam pela Igreja Católica que eram, na altura, a grande maioria. A subida da ruptura conjugal verifica-se, assim, no nosso país, apenas depois desta data" (Torres, 1996, p. 28).

Deste modo, pode constatar-se o progressivo enfraquecimento das determinações sociais a favor da individualização, reflectindo-se no plano da conjugalidade, na tendencial prevalência do sentimento sobre a instituição, da paridade sobre a assimetria de papéis, da contingência sobre a durabilidade dos vínculos. Diferenças resultantes, não apenas de efeitos cruzados de trajectória e pertença social mas, também, geracionais, tendo em conta as profundas e rápidas mudanças que têm ocorrido na história recente da sociedade portuguesa.

3. Objetivos Propostos

O desenvolvimento de uma intervenção, deve ter em integrar a identificação de novos problemas, que devem ser solucionados através de respostas criativas e inovadoras, adequadas aos público-alvo e ao próprio contexto onde se desenvolve.

A definição dos objectivos é um processo crucial, na medida em que através da definição de objectivos, é possível perceber a intervenção e o trabalho que se pretende realizar, sendo por isso linhas orientadoras. Por outras palavras, pode dizer-se que o estabelecimento de objectivos, permite e orienta a intervenção, de forma a que esta não seja exclusivamente dotada de qualidade, mas também de eficácia, permitindo antecipar imagens da realidade que se pretende após a intervenção.

Os objectivos são, então, metas e intenções, que apoiam a intervenção a "desenvolver[-se] com maior qualidade e eficácia" (Zabalza, 1992, p. 82) e que tando em conta a identificação e análise de necessidades, se apresentam como "legítimas, viáveis e funcionais relativamente à hierarquia das necessidades a satisfazer" (*ibidem*), tendo como funções a clarificação semântica e a clarificação prática (Zabalza, 1992).

Tendo bem presente as necessidades e o contexto em que o estágio se realizou, em relação à Escola EB1/JI Pedro Álvares Cabral, foram definidos os seguintes objectivos:

- Desenvolver programas de intervenção ao nível das competências pessoais e sociais;
- Dinamizar a rede de apoio social;

- Promover e fortalecer a relação escola/família;
- Desenvolver Programa Parental com as famílias dos alunos do 1.º ciclo em parceria com Instituições da Comunidade;
- Prevenir situações de risco;
- Intervir de forma dinâmica e prática em contexto de turma de acordo com as necessidades da escola;
- Desenvolver e intervir em contexto de pátio, através de dinâmicas lúdicas-pedagógicas, no sentido de minimizar conflitos situações de conflito.

No que respeita aos objectivos da intervenção nos estudos de caso, que também estão próximos de objectivos pessoais e dos objectivos das valências onde se realizou o estágio (GAAF e SOS – Criança), foram considerados os seguintes objectivos:

- Colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo;
- Identificar e ultrapassar as dificuldades encontradas ao nível da prática profissional;
- Proceder ao diagnóstico e avaliação psicológica do jovem;
- Desenvolver uma intervenção adequada às necessidades e problemas detectados, na medida em que um estágio pressupõe a identificação de novos problemas e o desenvolvimento de estratégias e intervenções que os permitam solucionar.

4. Metodologia

O presente capítulo visa a apresentação da metodologia de intervenção que foi adoptada ao longo de todo o estágio e portanto, pretende-se apresentar a amostra, bem como os dispositivos metodológicos a que se recorreu e os procedimentos que foram colocados em prática.

4.1. Amostra

O estágio foi realizado no Instituto de Apoio à Criança, mais concretamente, no Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família, no sector do S.O.S. – Crianças e na Escola EB 1/JI Pedro Álvares Cabral, sendo o seu público-alvo crianças e jovens.

Assim, face à população da escola, no ano lectivo 2012/2013 exsitiam cerca de 161 alunos, distribuídos por sete turmas: 3 do JIº ano e uma do 1.º, do 2.º, do 3.º e 4.º ano. A Escola EB 1/JI Pedro Álvares Cabral, pela localidade e pelos vários núcleos populacionais que a frequentam, destaca-se pelas acentuadas diferenças socioeconómicas.

Como se referiu anteriormente, uma das características da psicologia clínica é o estudo de caso e o presente relatório, que visa retratar todo o processo de estágio decorrido ao longo do ano lectivo de 2012 / 2013, também se centrou em três estudos de caso. Deste modo, a amostra ou intervenientes nestes estudos de caso, são três jovens – o Márcio, a Rita e o Daniel (nomes fictícios), sendo necessário explicitar, que por uma questão de confidencialidade e anonimato, estes nomes são fictícios.

Márcio é um menino, que aquando da intervenção tinha 11 anos, de nacionalidade portuguesa e encontra-se a frequentar o 6.º ano de escolaridade, sem nenhuma retenção até ao momento, no Ensino Integrado da Música. O Márcio foi encaminhado para o atendimento psicológico (no IAC), a pedido da escola que frequenta, Centro de Desenvolvimento e Educação D. Nuno Álvares Pereira, por apresentar dificuldades de aprendizagem específicas, particularmente, ao nível da leitura e da escrita.

Rita é uma menina com 12 anos de idade, também ela de nacionalidade portuguesa e à semelhança de Márcio, também frequenta o 6.º ano de escolaridade. É uma aluna com bom rendimento escolar, sendo o motivo da consulta os problemas de integração na turma, por Rita ser demasiado adulta para a sua idade, tendo sido a sua madrinha que sugeriu o acompanhamento do IAC, uma vez que já conhecia o instituto, tendo também sido acompanhada pelo mesmo.

Daniel é um menino português, também ele com 15 anos, frequentando o PIEF (Programa Integrado de Educação e Formação), equivalendo ao 6.º ano de escolaridade. Daniel foi encaminhado para o IAC através da sua escola, pelo facto de se constatarem problemas decorrentes da inexistência de relação mãe / filho e problemas ao nível do comportamento em contexto escolar.

4.2. Instrumentos

Os três estudos de caso que serão apresentados mais adiante, dizem respeito a três casos diferentes, pelo que foram utilizados diversos

instrumentos ao longo das sessões realizadas em cada um dos estudos de caso.

4.2.1. Entrevista Semi-Estruturada

Segundo Bogdan e Biklen (1994), as entrevistas podem constituir-se numa estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com outras técnicas, como foi o caso. Existem diversos tipos de entrevistas, sendo a semi-estruturada[11] uma delas, e que se caracteriza pela existência de um guião construído previamente pelo entrevistador, traduzindo-se num eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, permitindo uma preparação prévia da conversa. Esta, é igualmente útil, uma vez que permite ao entrevistador, ainda que de forma indirecta, ajudar o entrevistado a fornecer a informação de forma mais precisa e com maior facilidade.

Neste tipo de entrevista, o paciente tem liberdade para expor os seus problemas, começando pelo assunto que for da sua preferência, de forma a que este se consiga estruturar. O entrevistador intervém de modo a assinalar alguns vectores e a orientar o paciente, por exemplo: quando o entrevistado não sabe como começar ou continuar; assinalar situações de bloqueio por incremento da angústia para assegurar o cumprimento dos objectivos da entrevista; indaga acerca de aspectos da conduta, aos quais este não se refere espontaneamente. Ou seja, o entrevistador apenas intervém quando existem lacunas na informação do entrevistado e que são consideradas de especial importância, ou quando existem contradições e ambiguidades.

[11] Também designada, por entrevista semi-directiva.

4.2.2. Inventário de Depressão Infantil - CDI

Em 1975, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes (Bahls, 2002), o que despoletou um avanço no que respeita ao desenvolvimento de entrevistas diagnósticas estruturadas, semi-estruturadas e escalas de avaliação (Coutinho, 2005). Assim, a partir do momento em que a depressão em crianças e jovens passou a ser entendida como um síndrome independente da depressão em adultos, foram estabalecidos critérios de diagnóstico clínico, biológico e psicossocial (Coutinho, 2001).

A literatura científica acerca deste tema, demonstra a existência de várias escalas de avaliação, no entanto, no presente trabalho optou-se pelo Inventário de Depressão Infantil – CDI, adaptado de Marujo (1994), sendo a versão original – *Children's Depression Inventory* – de Kovács e Beck (1977) e Kovács (1985). O CDI constitiu-se um instrumento de rastreio que permite identificar crianças e adolescentes com alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de auto-avaliação e de outras condutas interpessoais (Coutinho, 2005). Assim, optou-se por este instrumento não só porque permite avaliar os sintomas depressivos da criança ou do jovem mas também, devido à "sua facilidade de aplicação e coleta de dados, e pela visão geral que ele oferece sobre os sintomas depressivos que a criança pode apresentar" (Carmo & Silva, 2009, p. 338).

O CDI é constituído por um total de 27 itens, sendo cada um destes itens composto por quatro frases, descrevendo quatro possibilidades, ordenadas por gravidade de expressão sintomática e cotadas de 0 a 3. O jovem deve escolher em cada item, a alternativa que melhor descreve o seu comportamento nas últimas duas semanas. Metade dos itens inícia as escolhas com a frase correspondente à gravidade máxima e a outra metade inicía com as frases correspondentes à gravidade mínima, sendo o resultado final obtido através do somatório da pontuação nos 27 itens, podendo variar entre 0 e 54 pontos. Os resultados no CDI permitem estabelecer uma definição empírica de sintomatologia depressiva, sendo connsiderados com sintomas depressivos, os jovens que apresentam um resultado a partir de um desvio-padrão acima da média e sem sintomas depressivos, aqueles que apresentam um resultado inferior a menos um desvio-padrão da média.

4.2.3. Inventário de Depressão de Beck – BDI

O BDI (*Beck Depression Inventory*), corresponde a questionário e auto-relato com 23 itens de escolha múltipla, permitindo medir a severidade e intensidade da depressão do indivíduo. Este é composto por vários itens relacionados com os sintomas depressivos, bem como sintomas físicos. O tempo necessário para a realização deste teste pode variar entre os 10 e os 45 minutos, sendo o ponto de corte entre indivíduos normais e deprimidos corresponde a nota global de 20. O autor Adriano Vaz Serra (1994) aferiu esta escala para a população portuguesa e considerou outros valores para a população portuguesa:

0-11 Ausência de Depressão;

12-17 Depressão Ligeira;

18-24 Depressão Moderada;

25-63 Depressão Grave.

4.2.4. Escala de Autoconceito e de Auto-Estima para Crianças – SPPC

A Escala de Autoconceito e de Auto-Estima para Crianças, corresponde à versão portuguesa do *Self Perception Profile for Children* (SPPC) de Susan Harter (1985), como se pode constatar nos estudos realizados por Faria e Fontainne (1995) e Martins, Peixoto, Mata e Monteiro (1995), correspondendo a um questionário de auto-resposta, destinado a indivíduos com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos. A escala é constituída por um total de 36 itens, distribuídos por seis subescalas, onde cada uma delas faz referência a um domínio específico, dos quais cinco são sobre o autoconceito e um sobre a avaliação da auto-estima. Os domínios referentes ao autoconceito são:

- Competência Escolar, que "avalia a percepção do indivíduo relativamente à sua competência ou aptidão no domínio do desempenho escolar" (Augusto, Preto, Tão & Jerónimo, s/d, p. 8);
- Aceitação Social, que "mede o grau de aceitação do sujeito pelas outras crianças, bem como o sentimento de popularidade entre os seus pares" (*ibidem*);
- Competência Atlética, que avalia "a competência do indivíduo em desportos ou jogos ao ar livre" (*ibidem*);

- Aparência Física, que “determina a sua percepção relativamente à própria aparência, como por exemplo peso, tamanho e aspecto” (*ibidem*);
- Comportamento, “avalia a percepção da criança relativamente ao modo como se comporta” (*ibidem*).

Relativamente à avaliação da auto-estima, há apenas um domínio, que é o da auto-estima e avalia “até que ponto a criança gosta dela enquanto pessoa, isto é, se está satisfeita com a sua forma de ser. Constitui um julgamento global do seu valor, não sendo portanto um domínio específico de competência” (*ibidem*).

Cada uma das sub-escalas é constituída por seis itens e é introduzido um item adicional que é utilizado como exemplo de treino, mas não é contabilizado para as pontuações finais. Cada item é composto por duas afirmações, interligadas com um "mas" e o indivíduo escolhe aquela que mais se parece consigo, expressando ainda o grau de identificação. Em cada sub-escala três itens são apresentados de forma à primeira afirmação representar alta competência e os outros três de forma à primeira afirmação representar baixa competência, de modo a evitar a desejabilidade social. A cotação é efectuada para cada item numa escala de 4 pontos, sendo que a pontuação 1 indica baixa competência percebida e a cotação 4 indica alta competência percebida. Após a cotação dos itens calcula-se a média para cada uma das sub-escalas, obtendo-se algumas afirmações que foram construídas na negativa (itens 1, 2 e 6) e devem ser invertidas. A adaptação e validação da sub-escala de auto-estima global realizada por Gaspar et al. (2009) obteve um valor de consistência interna de 0,80.

4.2.5. Escala de Inteligência de Weschler para Crianças – WISC-III

A WISC-III consiste num instrumento clínico utilizado a nível mundial, para avaliar a inteligência em diferentes contextos de actuação do psicólogo (Figueiredo, Pinheiro & Nascimento, 1998). É um instrumento psicométrico que auxilia o diagnóstico clínico, sendo de aplicação individual, que avalia a capacidade intelectual de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos.

Este instrumento é constituído por 13 subtestes, onde cada um mede um aspecto diferente da inteligência e embora a sua estrutura seja semelhante à WISC-R, a WISC-III apresenta várias novidades, nomeadamente ao nível dos materiais (por exemplo, estímulos visuais impressos a cores), dos conteúdos (por exemplo, substituição de itens que se mostravam desatualizados), dos procedimentos de administração e da análise dos resultados. Os subtestes encontram-se divididos em dois grupos – os verbais e os de realização. Os subtestes verbais são: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos (opcional), os subtestes de realização são: Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objectos, Pesquisa de Símbolos (opcional) e Labirintos (opcional).

O desempenho das crianças e dos adolescentes pode ser analisado em termos de subtestes e de seis resultados compósitos: QI (quociente de inteligência) Verbal, QI de Realização, QI da Escala Completa, Índice Compreensão Verbal, Índice Organização Perceptiva e Índice Velocidade de Processamento.

4.2.6. Teste de Idade da Leitura – TIL

O Teste da Idade Adulta é um teste de leitura que envolve a avaliação de dois processos cognitivos: a descodificação e a compreensão, correspondendo à versão portuguesa do Teste de Lobrot L3 (1973). É composto por 36 frases incompletas onde é solicitado ao indivíduo que as complete, num limite máximo de 5 minutos, selecionando uma palavra entre as cinco alternativas apresentadas. Uma vez obtida a pontuação directa, o avaliador apenas necessita de confrontar essa pontuação com os resultados de referência.

4.2.7. Teste das Matrizes Progressivas de Raven – SPM

O SPM (*Standard Progressive Matrisse*) trata-se de uma escala de rendimento intelectual, que avalia o desenvolvimento intelectual de crianças com idades entre os 5 a os 11 anos. O seu objectivo é medir o factor G (capacidade mental geral, o integrador sintético de toda a actividade intelectual), sendo fundamentado pela concepção de inteligência de Spearman. O teste constitui-se u meio de avaliação do desenvolvimento intelectual, permitindo comparar indivíduos face às suas capacidades imediatas de observação e de raciocínio correto, ou seja, examina a capacidade de observação, perceção e de clareza do raciocínio e reflexão. Assim, permite avaliar a aptidão do indivíduo, no momento da prova, para apreender fíguras sem significação definida (perceção) e descobrir as relações existentes entre

as mesmas fíguras, examinando a sua natureza, complementando-as e encontrando o sistema de relações, as analogias (reflexão).

4.2.8. Teste de Atenção Concentrada Toulouse-Pierón – TP

O teste de atenção concentrada de Toulouse-Pierón é um instrumento psicológico, que aferido e validado para a população portuguesa por Amaral (1967). Este teste, permite avaliar a capacidade de atenção em indivíduos com mais de 10 anos, incidindo sobre a velocidade atencional, exactidão atencional e resistância à fadiga atencional. Assim, avalia a aptidão percetiva e a capacidade de atenção dos sujeitos, através de uma tarefa rotineira que exige concentração e resistência à monotonia, onde o sujeito tem que assinalar as fíguras iguais às dos modelos propostos. O TP permite ainda, verificar a regularidade de realização e a resistência a fadiga traduzidas no rendimento minuto a minuto, durante dez minutos.

4.2.9. Figura Complexa de Rey – FCR

O FCR é um teste que foi criado por André Rey em 1941, permitindo investigar a percepção organizacional e a memória visual nos sujeitos com lesões cerebrais (Fuentes, D'Alcante & Savage, 2010). para investigar que avalia a percepção visual e a elaboração dessa percepção, bem como a actividade de memorização visual, em crianças com mais de 5 anos. É um teste recorrentemente utilizado em contexto clínico, mais concretamente na avaliação da estrutura espacial e da organicidade dos défices manifestados. O

teste tem a duração de 10 minutos e são fornecidas duas fíguras (A e B), destinando-se a fígura B à avaliação de crianças dos 4 aos 8 anos. Esta figura poderá ainda ser aplicada a adultos, em que se suspeita da existência de grande deterioração mental.

4.2.10. Teste de Complemento de Frases – Zelazowsca

O Zelazowsca é um teste projectivo com o objectivo de proporcionar um meio concreto, de forma a que as crianças projectem os conteúdos que estão presentes no seu inconsciente. Assim, através do completamento de frases, este teste permite descrever o funcionamento mental do indivíduo.

4.2.11. Teste de Apercepção Temática - TAT

À semelhança do instrumento anterior, o TAT é um teste psicológico projectivo e foi desenvolvido em nos anos 30 pelo psicólogo americano Henry Murray e pela psicanalista Christiana Morgan, da universidade de Harvard. O TAT, sugere, mediante alto grau de dramatização, o que cada prancha explora e coloca a tónica na sequência temporal do drama, ou seja, o que vem antes, agora e depois, de uma forma que podería ser qualificada de balanceada, sugerindo um alto grau de movimento humano. Neste teste, o conteúdo humano está claramente apresentado, pelo menos nas pranchas da primeira série.

4.2.12. Teste de Desenho da Fígura Humana – Goodenough

O teste de desenho da fígura humana foi concebido por Goodenough (1926), sendo um teste projectivo de personalidade e um teste cognitivo, com propósito psicométrico, que permite avaliar crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 3 e os 15 anos. Este teste avalia a maturidade intelectual, referente à capacidade de percepção, de abstração e de generalização, podendo revelar necessidades, emoções e algumas características da criança, onde esta tem a tarefa de executar três desenhos: um de si própria, um de um homem e outro de uma mulher.

4.2.13. Teste do Desenho Livre

O teste do desenho livre (Kolck, 1984) diz respeito a produções gráficas, onde é solicitado ao indivíduo que desenhe algo, sem referenciar algum tema específico, sendo o indivíduo livre de desenhar o que preferir. Este teste é útil no diagnóstico psicológico, onde a personalidade do sujeito se exprime, vendo-se projectados elementos subconscientes e inconscientes, através da liberdade que lhe é concedida para desenhar. Neste sentido, “o desenho é assim um elemento de avaliação essencial na criança ou no jovem, uma vez que nos permite avaliar o seu equilíbrio afectivo, bem como as suas emoções e preferências” (Moura, 2009, p. 51). A forma como a criança utiliza linhas e formas, o modo de utilização do espaço, a escolha da cor, todas estas

características têm um valor expressivo e traduzem de forma específica o estado emocional da criança (Mèredieu, 2006).

4.2.14. Prova de Avaliação da Fluência da Leitura e Provas de Avaliação Informal da Leitura e da Escrita

A prova de avaliação da fluência da leitura, permite, como o próprio nome indica, avaliar a fluência na leitura do sujeito, situando-o num percentil de desempenho, paralelamente, também se recorreu a procedimentos de avaliação informal ao nível da leitura e da escrita.

4.3. Procedimentos

Ao longo das sessões de acompanhamento psicológico, nos três estudos de caso, colocou-se em prática vários procedimentos desde: a observação directa, realização de entrevistas semi-estruturadas, elaboração da anamnese, aplicação de questionários e realização de vários testes psicológicos, que foram explicados anteriormente. Também se prestou acompanhamento acompanhamento individual e realizaram-se dinâmicas, como por exemplo, a 'família das emoções'.

Cada sessão realizada teve a duração de sensivelmente 1 hora, pelo que o acomanhamento psicológico do Márcio (estudo de caso I), realizou-se em março de 2013; o da Rita (estudo de caso II) realizou-se em fevereiro de 2013 e o do Daniel (estudo de caso III) realizou-se em abril de 2013. Estando em causa três estudos de caso distintos, os instrumentos e os procedimentos

utilizados e que já aqui foram salientados, foram aplicados de acordo com o diagnóstico de cada caso.

5. Resultados

5.1. Apresentação das Actividades Realizadas na Escola EB 1/JI Pedro Álvares Cabral

5.1.1. O Diagnóstico

Através do processo de diagnóstico, foi possível identificar as principais necessidades da escola. Neste sentido, percebeu-se que era necessário dar continuidade à dinamização de um espaço lúdico e de reflexão interno à escola, um espaço que, pelo seu carácter informal, de forma a promover o diálogo, a reflexão sobre as vivências dos alunos e a partilha de experiências, sendo por isso, rico em aprendizagens. Além disso, o GAAF podería ser um espaço onde os alunos se podiam divertir. Deste modo, a estratégia interventiva definida, procurou ter o papel fundamental de criar um

clima de envolvimento emocional e afetivo e melhorar a disciplina na escola, bem como promover o desenvolvimento global e harmonioso das crianças em colaboração com os pais e com a escola.

A intervenção com as famílias também constituiu uma necessidade fundamental, sobretudo por se verificar uma percentagem elevada de famílias monoparentais, com problemas económicos, dependências e sobrelotação habitacional. Assim, constatou-se a necessidade de intervir junto das famílias, promovendo condições de vida que proporcionem um desenvolvimento saudável. Além disso, também foi importante promover um maior envolvimento parental no percurso escolar dos alunos. Relativamente à relação comunidade-escola verifica-se a existência de boas relações, e sempre que necessário e de acordo com as necessidades dos alunos, contactos pontuais de forma a solucionar problemas. No entanto, o GAAF considera importante a criação de uma rede de parceiros formal, com o objetivo de obter informações, discutir casos em conjunto com os parceiros da comunidade e em equipa multidisciplinar, agilizar respostas e encaminhamentos, contribuindo assim para a prevenção de fatores de risco das crianças e das famílias. No que diz respeito à comunidade educativa, as problemáticas mais marcantes estão relacionadas com os problemas económicos e problemas de comportamento, mais especificamente: indisciplina, dificuldade no cumprimento de regras e normas, instabilidade emocional, dificuldade de relacionamento inter-pares, agressividade, impulsividade e violência entre os pares. Desta forma, ficou clara a necessidade de sensibilizar os alunos e as famílias na aplicação de ações de sensibilização, bem como a criação de um espaço de reflexão com

objetivo de estimular o desenvolvimento pessoal, social e afetivo dos alunos.

Para dar resposta a estas necessidades, foram necessários os recursos internos, desde a Direção; Coordenação dos professores titulares de turma e das educadoras; Comunidade educativa de docentes; Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família; Assistentes operacionais e técnicos / animadoras; Pessoal não docente; Lapsis (Serviço de Psicologia) e Equipa da Educação Especial. Por outro lado, também foram necessários recursos externos, que consistem na rede de parceiros.

Desta forma, as prioridades de intervenção podem ser divididas nas quatro áreas de intervenção do GAAF, respetivamente: *Escola*, *Família*, *Comunidade* e *Aluno.* A destacar:

- Articulação com a rede de apoio social, com o objetivo de co-responsabilizar e agilizar respostas e encaminhamentos;
- Envolvimento das famílias e sua implicação no projeto educativo e social dos alunos;
- Ações de sensibilização com o intuito de prevenir problemas comportamento tais como a desmotivação escolar, a indisciplina e a violência inter-pares, promovendo comportamentos saudáveis e o desenvolvimento global e harmonioso dos alunos.

5.1.2. Objetivos da Intervenção Desenvolvida (Anexo A)

Tendo em conta as valências em que o estágio se realizou, os objectivos da intervenção foram os seguintes:

- Intervir de forma dinâmica/prática em contexto de turma de acordo com

as necessidades da escola; • Desenvolver programas de intervenção ao nível das competências pessoais e sociais; • Desenvolver Programa Parental com as famílias dos alunos do 1.º ciclo em parceria com Instituições da Comunidade; • Intervir em contexto de pátio, através de dinâmicas lúdicas- pedagógicas, no sentido de minimizar conflitos situações de conflito.

5.1.3. Atividades Realizadas

Atividades Realizadas com os Alunos da Escola EB 1/JI Pedro Álvares Cabral	
Nome da Atividade	**Objectivo**
"Carnaval"	Sensibilizar os alunos para o dia festivo; Promover a imaginação e criatividade de cada um.
Divulgação do GAAF e SOS Criança	Sensibilizar a comunidade educativa para o trabalho realizado no GAAF e divulgação da linha SOS – Criança.
Dia Mundial do Livro - Teatro	Promover e sensibilizar os alunos para a importância da leitura através da dramatização, recorrendo aos recursos internos de cada aluno.
Aula de HIPHOP –	Dar a conhecer a cultura HIP HOP, sendo esta uma

Dia Mundial da Dança	ferramenta utilizada para trabalhar com jovens com problemas psicológicos e de integração social. Em algumas comunidades o HIP HOP é uma forma de linguagem muito forte.
Torneio de Futebol	Criar estratégias para melhorar o aproveitamento do tempo livre; Demonstrar que através do "jogo" se reconstroem as relações sociais.
Concurso de Beleza	Dinamizar a comunidade de alunos.
Dia Mundial do Ambiente – Plantação de uma Árvore	Sensibilização para a importância do meio ambiente.

5.2. Estudo de Caso I

5.2.1. Apresentação do Caso do Márcio (nome fictício)

De forma a conhecer-se Márcio e os seus problemas, realizou-se a sua anamnese. Face à sua infância, é salientar que Márcio resultou de uma gravidez não planeada, mas aceite pela mãe. A gravidez foi normal, tendo Márcio nascido de cesariana devido à posição do cordão umbilical, no entanto, não foi amamentado pela progenitora por esta não ter leite. No que respeita ao seu crescimento e desenvolvimento, Márcio foi sempre uma criança que com um percurso normal e deixou as fraldas quando tinha dois anos. Ao nível da socialização sempre foi *"…uma criança irrequieta, traquina e reguila, também sendo muito meiga",* realçando o facto de que sempre gostou de brincar e relaciona-se bem com os pares e com adultos. No que respeita à histórica médica, Márcio frequentou a Terapia da Fala, da qual teve alta a 28 de Janeiro

de 2009, e ainda beneficiou de apoio ao nível da psicomotricidade até ao final do ano de 2009.

Até aos três meses, Márcio esteve com mãe e nessa altura foi para uma creche nas Janelas Verdes. Mais tarde, no ano lectivo de 2006/2007, foi admitido no Centro de Educação e Desenvolvimento D. Nuno Álvares Pereira (CED NAP), para frequentar o ensino pré-escolar. A Encarregada de Educação deste aluno solicitou, a nível individual, uma avaliação para despiste de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, ao Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana no início do ano letivo de 2007/2008, tendo mantido apoio de Psicomotricidade até ao final de 2009. Beneficiou ainda de acompanhamento em Terapia da Fala, no CED NAP entre Setembro de 2006 e Janeiro de 2009, tendo alta, "*atingindo os objetivos propostos… superou as dificuldades que apresentava quer na fala quer na expressão verbal e escrita*".

Paralelamente a estes acompanhamentos, o Márcio foi referenciado para a Consulta de Desenvolvimento do Hospital D. Estefânia, onde foi realizada uma avaliação psicológica (Julho de 2008), focalizada no domínio cognitivo, tendo sido sugerido o seu enquadramento, ao abrigo do Decreto-lei 3/2008, por apresentar "(…) *limitações significativas ao nível de atividade e participação, decorrentes de alterações ao nível das seguintes funções do corpo: b130.1 – Funções da energia e dos impulsos; b140.1- Funções da atenção; b1471.2 – Qualidade das funções psicomotoras; b152.1.2 – Funções emocionais; b1565.2 - Percepção visuo-espacial e b1641.1 – Organização e Planeamento", (Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF, 2003)*. Considerando que este aluno beneficiava da intervenção do apoio da Terapia

da Fala no CED NAP e de sessões de Psicomotricidade na Faculdade de Motricidade Humana, estando bem integrado a nível escolar e sendo previsto o apoio psicoterapêutico no Hospital D. Estefânia, a iniciar no ano letivo de 2008/2009, de acordo com o relatório anteriormente referenciado, o mesmo, devido aos constrangimentos inerentes ao CED NAP, não foi comtemplado para usufruir de apoio pedagógico personalizado.

No ano letivo transato, o Márcio foi sinalizado pela Orientadora Educativa e pela Tutora para realizar uma avaliação cognitiva, onde era referido que o educando "…*lê, compreende o que lê, mas não consegue reproduzir, transcrever corretamente…*". No entanto, devido à inexistência de materiais específicos que permitam fazer o despiste da problemática do Márcio, ao nível das dificuldades de aprendizagem mais específicas, nomeadamente da dislexia, da disortografia, da disgrafia, ou outra dificuldade que possa estar a interferir com o desenvolvimento de Márcio, foi solicitado apoio na avaliação das suas dificuldades, de forma a se poder adequar a intervenção, com o objetivo de ultrapassar as dificuldades de avaliação, para que este jovem possa ter maior sucesso escolar. A mãe do Márcio paralelamente a todos os pedidos de ajuda solicitou uma avaliação no Hospital S. Francisco Xavier, onde só lhe foi aplicada a WISC III, fazendo-se acompanhar da folha de resultados e de um relatório de Avaliação psicológica, que feita a interpretação de forma a avaliar o nível de inteligência de Márcio, os resultados obtidos "*apontam para um quociente de inteligência (QI) com uma categoria descritiva de nível superior. Márcio apresenta um perfil homogéneo das suas capacidades, com competências similares no QI Verbal e no QI de Realização. Estes dados são confirmados na avaliação da capacidade mental geral (CPM – percentil 75),*

(anexo b) prova de nível intelectual não-verbal, onde pontua um nível médio superior. Procedendo a uma análise mais profunda e pormenorizada dos resultados, obteve um índice de compreensão verbal com resultados que se situam num nível médio, quando comparado com os valores de referência para a sua faixa etária. Márcio demonstra ter adquirido conhecimentos através da educação formal e evidência competências ao nível da formação de conceitos verbais, salientando-se igualmente, que ao nível do raciocínio lógico matemático, possui competências médias superiores. Face ao vocabulário, às competências linguísticas e de expressão do pensamento, constataram-se valores médios.

No que se aplica ao índice de organização preceptiva, os resultados de Márcio situam-se num nível superior e portanto, verificam-se competências na capacidade de análise percetiva, da organização e conceptualização viso-espacial. Nas tarefas onde é necessário organizar lógica e sequencialmente estímulos complexos de perceção do tempo e do espaço, revela prestações acima da média esperada para a sua idade. Relativamente ao índice de velocidade de processamento, a sua prestação situa-se a um nível médio, no entanto, constatou-se grande discrepância de resultados nos dois sub-testes avaliados. O valor mais baixo obtido em toda a escala, prende-se com a capacidade de associar números a símbolos e de memorizar essas associações. Estas tarefas estão relacionadas com a capacidade de aprendizagem mecânica, memória cinestésica e competências práxicas."

No que respeita à história familiar, a mãe de Márcio era solteira e tinha 25 anos quando o filho nasceu e sempre residiu com os avós maternos e o tio materno de Márcio, pelo que não viveu maritalmente com o pai do seu filho.

Márcio nunca foi assumido pelo pai, pelo que não tem nenhuma relação com o mesmo e quando a mãe não está em casa, o jovem fica ao encargo da avó materna, dormindo com a mesma e mesmo tendo um quarto só para si, Márcio durmia frequentemente com a sua mãe. Actualmente, Márcio vive com mãe, mas passa grande parte do seu tempo em casa da avó. A mãe permite que o seu filho passe a semana na casa da sua mãe e que só aos fins-de-semana vá a casa, o que provoca uma certa instabilidade ao nível emociona e ao nível das regras. (Informação recolhida junto da mãe na 1.ª sessão no IAC)

5.2.2. Apresentação dos Resultados

Em contexto terapêutico, o Márcio revelou ser uma criança simpática, com competências relacionais e com quem foi fácil estabelecer a relação terapêutica. Apresentou sempre um comportamento adequado com o adulto e a sua colaboração face às tarefas que lhe foram propostas, teve uma adesão constante, revelando entusiasmo e motivação para a realização das mesmas.

Desta forma, com o intuito de traçar um perfil das suas competências, foi efectuada uma avaliação na qual se recorreu aos seguintes instrumentos: Inventário de Depressão Infantil; Escala de Autoconceito e de Auto-Estima para Crianças;Teste de Idade da Leitura; Teste das Matrizes Progressivas de Raven; Teste das Matrizes Progressivas Coloridas; Teste de Atenção Concentrada Toulouse-Pierón; Figura Complexa de Rey; Teste de Desenho da Fígura Humana – Goodenough; Teste do Desenho Livre; Prova de Avaliação da Fluência da Leitura; Prova de Avaliação Informal da leitura e da Escrita.

2.ª Sessão – Márcio veio acompanhado pela mãe, onde lhes foi dito que iriamos dar inicio á aplicação dos testes, com a devida autorização por parte da mãe.

No que diz respeito à avaliação cognitiva realizada, pode concluir-se que os valores obtidos, de uma forma geral se encontram dentro do nível médio, ou seja, do que é esperado para a faixa etária de Márcio. O tempo utilizado para a execução de algumas tarefas, prende-se com a necessidade que o mesmo tem em compensar os recursos cognitivos com a perfeição da tarefa. A utilização desta estratégia demonstra que este tem capacidades para se adaptar e responder de forma eficaz aos conteúdos solicitados. Face à avaliação realizada, através do inventário de depressão infantil e da escala de autoconceito e de auto-estima para crianças (anexo b), para diagnosticar sintomas depressivos e avaliar a sua auto-estima, os resultados situam-se nos valores médios, sendo que o valor mais baixo foi obtido na componente atlética e comportamento.

3.º/ 4.º Sessão - Na figura complexa de Rey, (anexo b) o jovem demonstrou competências ao nível da organização percetiva, revelando, uma memória visual adequada e ajustada e na Prova de Atenção Touluse-Pierron obteve resultados que apontam para um índice de atenção adequada e sustentada, considerando concentrado (8.8% para uma média entre 5% e 10%) e um rendimento de trabalho considerado bom (145 para uma média entre 100% e 140%). Nas Provas da Leitura, constata-se que já adquiriu as regras básicas destes mecanismos, revelando, contudo, uma velocidade leitora muito inferior ao que é esperado não só na sua faixa etária, como nível de

escolaridade também (percentil 10). Relativamente à textura, lê, utilizando acelerações e pausas, mas respeita a estrutura das frases e pontuações. Ocasionalmente, Márcio faz a substituição de umas palavras por outras, com sentido diferente, verificando-se que já desenvolveu estratégias de autocorreção. É ainda de realçar que demonstrou ter capacidade para a leitura de pseudopalavras e palavras pouco frequentes.

Em relação aos valores obtidos no teste de idade de leitura (15) (anexo b), situam o Márcio num nível etário inferior ao seu, facto que pode estar a interferir com as suas aprendizagens escolares.

Relativamente à sua produção escrita, verificaram-se erros sistemáticos compatíveis com uma perturbação específica desta área, ou seja, em situações de ditado e escrita espontânea, verificou-se um número significativo de erros. Também se constataram dificuldades ao nível da escrita de palavras regulares, irregulares, frequentes, pouco frequentes e pseudopalavras, bem como omissões, adições e substituições de letras. Voltando o foco da avaliação para o seu desenvolvimento emocional, Márcio revela ser uma criança com competências relacionais adequadas, apresentando comportamentos adequados com os adultos, assim como com os seus pares, transparecendo um humor positivo relativamente ao ambiente escolar.

5.ª Sessão- Devolução dos resultados

Não foi possível continuar com o acompanhamento uma vez que esta mãe, apesar de indicar alguma disponibilidade e preocupação deixou de ter possibilidades de acompanhar o filho às consultas, justificando "*que este iria ser acompanhado num Instituto próprio para o problema dele*".

5.2.3. Conclusões

Realizados os processos de diagnóstico e avaliação psicológica, Márcio é uma criança que apresenta um potencial cognitivo que se situa num nível médio superior ao esperado para a sua idade. Após a análise dos resultados obtidos nos testes e provas que se realizaram com Márcio, fortes indicadores sugerem que cumpre os critérios de diagnóstico de uma Perturbação da Leitura e da Escrita. De acordo com os critérios do DSM-IV-TR, apresenta um rendimento de leitura (precisão, velocidade e compreensão) e produção escrita, que se situa num nível inferior aquele que é esperado em função da idade cronológica, quociente de inteligência e nível de escolaridade.

Tendo em conta o seu perfil cognitivo e as dificuldades específicas, aconselha-se que esta criança possa ser alvo de uma intervenção com enfoque na leitura e na escrita, proporcionando um acompanhamento mais sistematizado e ajustado às dificuldades de Márcio, sendo esta uma intervenção indispensável nesta fase de aprendizagem.

5.3. Estudo de Caso II

5.3.1. Apresentação do Caso da Rita (nome fictício)

Rita foi o fruto de uma gravidez desejada e nasceu aos 8 meses, com 1,999 Kg, tendo sido detetado um atraso no crescimento intra-uterino, estando a colocar em risco a mãe e o bebé. Quanto ao seu crescimento e

desenvolvimento, o primeiro dente surgiu por volta dos 10 meses e aos 6 anos já tinha cinco dentes definitivos. Ao nível psicomotor, Rita gatinhou pela primeira vez, sensivelmente aos 7/8 meses e começou a andar com 12 meses e teve alguns problemas a nível da linguagem, registando-se um pequeno atraso, devido a problemas auditivos e à fenda palatina.

Foi amamentada com o leite da mãe, através de biberão, pois não conseguia agarrar o mamilo, no que respeita ao controlo dos esfíncteres, durante o dia foi aos 2 anos e meio e durante a noite aos 3 anos. Rita nasceu, como já foi referido, com fenda palatina e mais tarde, deteram-lhe problemas de audição flutuante (já lhe foram administradas 6 anestesias), sendo que a primeira intervenção cirúrgica foi aos 9 meses, tendo posteriormente frequentado a terapia da fala.

Em relação à sua personalidade, é reconhecida pela mãe como uma criança extrovertida, social e perspicaz, que conhece todos os professores, gosta de pregar partidas e tem sentido humor.

Na sua história familiar é de destacar que a mãe de Rita teve um esgotamento e tomou anti-depressivos, actualmente toma ansiolíticos. Da família paterna, destaca-se o avô que sofre uma trombose e que o paralisou (já faleceu). Relativamente à personalidade dos pais, a mãe salienta que é uma mãe presente e preocupada e os relacionamentos privilegiados de Rita são com a madrinha (32 anos) e com o seu melhor amigo (Pedro, 12 anos).

Os pais de Rita separaram-se sensivelmente, há 5 anos, separação essa, que segundo a sua mãe, aceitou bem, vivendo agora com a sua mãe. Costuma jantar todas as sextas-feiras com o pai, passando, quinzenalmente, os fins-de-semana com este. Contudo, nem sempre quer ir ao pai, é capaz de ficar cerca

de um ou dois meses sem estar com ele, sem que diga que o quer visitar. A relação com a mãe é o oposto, a mãe refere que têm uma relação "muito umbilical" e que a filha lhe conta tudo acerca do que se passa com ela, mesmo acerca dos namorados, acabando por deixar de ser mãe e passar a ser amiga, o que a mãe não vê como sendo o mais apropriado para uma relação de mãe/filha.

Entrou para o Jardim Infantil aos 2 anos de idade (após ser operada), onde o seu processo e adaptação escolar decorreu muito bem, a salientar que na primeira semana a mãe apenas a deixou umas horas no infantário, mas de acordo com a educadora não era necessário continuar esta fase de adaptação. Aos 6 anos entrou na escola, tendo adaptado de forma positiva, mas segundo a mãe, devido aos seus problemas de saúde, no início mostrava-se mais ansiosa com a separação.

Na escola, Rita é uma excelente aluna. Na sua turma existem dois alunos com necessidades educativas especiais (NEE), com quem se relaciona muito bem. Segundo a sua mãe, Rita é muito protectora e estes alunos gostam dela, obdecendo-lhe, pelo que os professores colocaram-na junto destes alunos. Este facto acaba por prejudicar Rita, na medida em que esta não consegue estar com total atenção à matéria, pois distrai-se para dar atenção aos colegas e Rita sente que está realmente a ser prejudicada ao nível escolar.

No início do ano foi assaltada à saída da escola, tendo sido utilizada uma faca para a ameaçar, retirando-lhe os dois telemóveis e ultimamente, Rita tem tido alguns pesadelos sobre este acontecimento. Outro acontecimento também abalou Rita, o que a levou a ser sinalizada à CPCJ[12] por abandono escolar,

[12] Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

pois como a mãe referiu o seu melhor amigo, Pedro, faleceu durante o mês de Janeiro (diagnosticado desde criança com tumor maligno). Rita não tem vindo a sentir-se bem, tendo-se isolado e não frequentou as aulas durante um mês, salientando, por diversas vezes, que sente falata de estar sozinha, sentindo a necessidade de se isolar. Referiu que não consegue deixar de pensar no seu amigo, tendo 'substituído' o Pedro pelo seu primo de 9 anos, passando a viver os seus problemas e não a sua vida.

5.3.2. Apresentação dos Resultados

O processo de avaliação psicológica da Rita iniciou-se com uma entrevista à sua mãe, como se pode verificar através da anamnese. Para uma melhor compreensão da intervenção realizada com Rita, o processo será apresentado segundo as sessões realizadas neste caso.

1.º Sessão: Conversa com a mãe da Rita

A relação da mãe de Rita com o pai da jovem é conflituosa e a mãe acha que a filha deixou de frequentar as aulas por esta não estar bem integrada na turma.

A mãe relatou que a filha tinha um grande amigo, que a acompanhava desde criança, no entanto, o seu amigo faleceu em Janeiro e foi um episódio mal resolvido pela jovem. No final da vida de Pedro, Rita tem por várias vezes falar com o amigo, tendo sido afastada por este, pelo que não consegue gerir a

morte do amigo, nem fechar este capítulo e seguir em frente. A mãe refere que o problema da sua filha é o de não ter conseguido lidar com a morte do amigo.

Voltando novamente ao abandono escolar a mãe relata que falou com a filha e que esta lhe terá dito que saía de casa, mas ia para o último andar (arrecadações) do seu prédio desenhar, ouvir música e esperar pela hora de regressar a casa. Esta mãe pareceu bastante ansiosa, nervosa e com um fio condutor de conversa pouco claro. No decorrer da conversa a mãe referiu que se encontrava novamente sem força, uma vez que já teve um período grande de depressão e acompanhamento psicológico, sentindo que precisava novamente deste acompanhamento.

2.º Sessão: Primeira consulta de Rita

Rita veio sozinha à sua primeira consulta, com uma atitude positiva e ativa, disponível para estabelecimento da relação psicólogo-paciente e para colaborar. Foi explicado o papel do psicólogo e a características do espaço consulta, ou seja, foi-lhe explicado que o psicólogo é uma pessoa com quem se pode conversar sobre tudo o que se quiser e que tudo o que fosse dito no espaço consulta, não saíria dali. A relação com a jovem estabeleceu-se de forma imediata e simples, tendo mostrado vontade de ali estar. Foi visível a sua angústia e alguns aspetos depressivos no seu discurso, começando a falar abertamente sobre o seu melhor amigo.

A avaliação da Rita consistiu, numa primeira fase, na entrevista anamnésica com a mãe, seguindo-se duas sessões avaliativas com a Rita. Ao longo das sessões de avaliação foram aplicados os seguintes testes: anamnese, entrevista semi-estruturada, teste da fígura humana de Goodenouh, figura complexa de Rey, o teste de atenção cocnentrada de Toulouse-Piéron,

complemento de frases – Zelazowsca e escala de autoconceito e auto-estima de Susan Harter.

3.º Sessão: Início da aplicação dos testes

O Teste da Figura Humana de Goodenough (anexo c) é um teste projetivo e foi aplicado com intuito de avaliar a maturidade intelectual e analisar a projeção do corpo humano tal como é sentido, experienciado e percebido. Conclui-se que Rita revela uma perceção adequada da figura humana e maturidade no campo da coordenação motora, estando situada no percentil normal, tendo em conta a sua faixa etária.

O teste desenho da família (anexo c) é um teste projetivo, através do qual se pretende avaliar o estado afetivo da criança, a vivência e dinâmica familiar. Através deste teste é demonstrada a elevação privilegiada com a figura materna, revelando alguma dificuldade em ver a figura paterna como securizante. Rita manifesta ainda um modo de funcionamento rígido nas suas relações.

4.º Sessão: Continuação da aplicação de testes

Nesta sessão começou-se por aplicar o teste da fígura complexa de Rey, (anexo c) um teste grafo-perceptivo que se destina ao despiste de dificuldades ao nível da atenção e memória. Este teste divide-se em duas etapas: reprodução por cópia e reprodução por memória. Os primeiros, indicaram a existência de boas capacidades grafo-perceptivas, revelando ainda perfeccionismo e precisão e uma qualidade superior à média, perante a faixa etária de Rita. Os resultados da reprodução por memória revelam, igualmente,

uma reprodução de qualidade superior à média, em função da sua faixa etária, não demonstrando dificuldades ao nível da organização dos dados a fixar.

Também se realizou o teste de atenção concentrada Toulouse-Pierón, (anexo c) teste que permite proceder ao despiste de alterações ao nível da orientação espacio-temporal, pelo que os resultados de Rita revelam boas capacidades perceptivas, demonstrando uma capacidade de concentração muito elevada.

Face à escala de autoconceito e auto-estima de Susan Harter, foi um teste aplicado a Rita, com a finalidade de perceber como a jovem se perceciona em determinadas competências e a importância que confere às mesmas. Apesar de Rita atribuir importância significativa às áreas de competências académicas, aceitação social e atlética, os resultados comprovam que se perceciona com competências baixas nestes domínios, o que pode abalar a sua auto-estima. Por outro lado, revela-se suficientemente satisfeita com a sua forma de ser e enquanto pessoa, atribuindo ainda uma importância elevada em relação ao comportamento, percecionando-se com capacidades elevadas neste âmbito. (anexo c)

De forma a proceder-se a uma avaliação adequada, recorreu ao teste semi-projetivo – o complemento de frases – Zelazowsca –, (anexo c) podendo salientar-se alguns aspectos referentes ao relacionamento que a Rita mantem com o pai, através das respostas dadas pela jovem. Repare-se: o pai é "chato"; quando o pai chega a casa "sinto-me perturbada". Relativamente à sua mãe, a jovem demonstra que tem uma relação saudável e positiva com a mesma, referindo que quando for grande "quero ser como a minha mãe". É de salientar que a jovem apresenta um discurso depressivo, referindo que pensa muitas

vezes "que o mundo vai acabar". Em relação à escola e aos seus pares, Rita sente-se rejeitada, o que lhe provoca ansiedade e uma baixa auto-estima, referindo que se sente "à parte na escola" e que sabe que "ninguém da minha turma gosta de mim".

5.º Sessão: Devolução dos resultados à mãe

6.º Sessão: Rita sentiu necessidade de falar

Rita entra na sala e referindo que precisava de falar. Estava sem forças novamente e lembrava-se constantemente do seu melhor amigo. Deixei a Rita falar tudo o que queria e o que sentia. Falou, chorou e no final da sessão riu-se de algumas brincadeiras que fazia com alguns amigos.

A jovem iniciou o seu discurso falando da morte do seu melhor amigo, eis algumas das suas expressões que demonstram bem como se sente: "*O meu melhor amigo morreu 3 dias depois do meu aniversário*"; "*O Pedro começou a afastar-se de mim, penso que tenha sido para eu não sofrer tanto, mas ele morreu e eu não falei com ele*"; "*Fico magoada quando outras pessoas se fazem passar por melhores amigas do Pedro, pois não sabem dar o valor que ele merece*"; "*Penso muitas vezes no Pedro, principalmente à noite e choro*"; "*Deixei de ter vontade de comer, só como para ter força*". Todas estas frases foram ditas sem interrupções, a Rita estava com muita necessidade de falar e desabafar, depois fez uma pausa e começou de novo a falar mas agora, de um primo que tem 9 anos e que se parece muito com o Pedro, referindo-se ao primo como o meu "*Pedro*". Mostrou-se muito preocupada com o primo, porque acha que ele cresceu muito depressa, mas que por vezes tem "*ataques*". Se for

em casa não existe problema, mas se for na escola o comportamento do primo pode ter consequências, como sofrer de Bulliyng, como Rita diz ter sofrido no 5.º e 6.º ano. Aqui decidi então falar um pouco da escola, como se sente agora nesta turma e o porquê do seu abandono escolar. As sessões seguintes, permitiram acompanhar e orientar Rita face às suas dificuldades, no sentido de ultrapassar a morte do amigo, conseguindo 'virar a página' e resolver este conflito interior que tanto a inquieta.

5.3.3. Conclusões

Fazendo uma avaliação geral, Rita é uma menina muito protectora e que demonstra muita preocupação com os outros, particularmente aqueles que são mais próximos de si e com quem interage mais. Tendo em conta os resultados obtidos, é possível concluir que Rita possui boas capacidades cognitivas, que permitem adaptar-se e organizar-se perante as exigências do meio em que está inserida. Contudo, há uma problemática de cariz afectivo-relacional, com sintomas depressivos, que pode estar a causar implicações menos positivas na sua vida relacional. Sugere-se que Rita deva continuar o acompanhamento psicológico, de forma a trabalhar e colmatar a falha afetiva presente, bem como os aspetos depressivos que apresenta e conter as suas angústias.

5.4. Estudo de Caso III

5.4.1. **Apresentação do Caso do Daniel** (nome fictício)

O Daniel foi sinalizado por apresentar problemas ao nível do comportamento em contexto escolar e pela inexistência de relação mãe biológica/filho. O jovem foi encaminhado pela técnica do IAC, que se encontra a desempenhar funções na escola.

Ambos os pais de Daniel eram toxicodependentes, resultando de uma gravidez não desejada, tendo nascido de parto normal. Aos 18 dias de vida, Daniel foi retirado à mãe, pelo que não houve uma interacção entre mãe e filho, não tendo sido amamentado pela mesma. No que concerne ao seu crescimento e desenvolvimento, da informação recolhida, sabe-se que Daniel teve um desenvolvimento normal da dentição e ao nível psico-motor. Em relação à linguagem, Daniel teve acompanhamento em terapia da fala, tendo como diagnóstico “fala assim porque é mimado”.

Daniel entrou no jardim-de-infância quando ainda tinha meses (não foi possível apurar informação concreta), tendo-se adaptado bem. Mais tarde, aos 7 anos, entra na escola, com uma boa integração, contudo, a tia salientou que entre o 3.º e o 4.º ano de escolaridade, o sobrinho começou a ficar instável a nível emocional. No entanto, a sua tia realça que Daniel tem um bom relacionamento com os seus filhos (primos de Daniel) e de acordo a mesma, o jovem tem diversos amigos, com uma personalidade de líder, sendo bastante popular no bairro onde reside. A tia também referiu que o sobrinho pratica desporto, jogando futebol.

5.4.2. **Apresentação dos resultados**

O Daniel aceitou vir à consulta por insistência da tia e na sua primeira consulta, veio acompanhado por uma técnica do IAC, tendo-se mostrado simpático mas pouco comunicativo. Foi-lhe explicado o papel do psicólogo, uma pessoa com quem pode falar de tudo o que quiser e que tudo o que fosse conversado nas consultas, ficava nas consultas. No entanto, este processo iniciou-se com uma conversa com a tia de Daniel, sobre o desenvolvimento do jovem e quais as suas preocupações e angústias. A tia veio ao atendimento psicológico do S.O.S. - Criança, no IAC, também ela acompanhada por uma técnica do serviço. À semelhança do caso anterior, para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, os resultados serão apresentados seguindo a ordem das sessões.

1.ª Sessão: Conversa com a tia

A Encarregada de Educação (tia), a quem o Daniel foi entregue aos 18 dias de vida, relatou toda a vivência do jovem. Explicou que Daniel sabe quem são os pais, tendo contacto esporádico com o pai, falando com ele por telefone pois este encontra-se a viver fora de Lisboa com a avó materna. Da parte do pai, Daniel tem dois irmãos, fruto de outra relação, um com 28 anos (rapaz) e outro com 24 anos (rapariga). Ambos moram em Lisboa e o jovem tem um contacto esporádico com ambos.

A mãe biológica do jovem tem cerca de 40 anos e tem um novo relacionamento, do qual resultaram dois filhos, um com cerca de um ano de idade. Reside próxima de Daniel, mesmo em frente, o que faz com que o jovem veja frequentemente a mãe e os irmãos, indo frequentemente para a janela

para ver a mãe e os irmãos passar. No entanto, não tem nenhum relacionamento com a mesma. A tia explicou ainda, que por volta dos 13 anos de idade, Daniel tentou uma aproximação com a mãe, tendo almoçado e jantado em sua casa durante cerca de uma semana, mas regressava a sua casa para dormir. A tia relata que o jovem dormiu uma vez em casa da mãe e que no dia seguinte a mãe o terá confrontado de ter tirado dinheiro à irmã (3 euros). Este ficou revoltado e nunca mais falou com a mãe.

2.º Sessão: Conversa com Daniel

Daniel veio à consulta acompanhado por uma técnica do IAC e começamos por falar se sabia porque estava ali, respondendo que era por causa do seu comportamento na escola, resolvi então falar um pouco da escola. Onde estudava, em que ano estava (6.º ano numa turma PIEF), e o que é que gostava na escola. Afirmou ter um bom relacionamento com os pares e com adultos, à excepção do professor de Matemática e Ciências.

De seguida pedi-lhe que me falasse um pouco da sua família e começou por dizer que vivia com a tia, que para ela é a sua mãe. Quando mencionou a mãe, perguntei-lhe o que era a mãe para ele, ao qual me respondeu que era uma pessoa normal e que já a tinha esquecido como mãe. Relatou-me a situação de se ter tentado aproximar da mãe, quando tinha mais ou menos 13 anos, mas que não conseguiram estabelecer uma ligação, salientando que "*Só faz falta quem fala*". Referiu que tem dois irmãos, uma menina entre os oito e os nove anos e um menino com dois anos. Pedi-lhe para me dizer o que sente

quando vê a mãe, uma vez que esta mora perto dele, e a expressão utilizada pelo jovem foi "*Magoado*". Em relação aos tios, disse ter um bom relacionamento e quando fala sobre os sentimentos, Daniel refere a "*Raiva*" e explica que "*Sente raiva quando anda à porrada, gosta de andar à porrada e anda até ganhar!*".

3.º Sessão: Início da aplicação dos testes

Iniciou-se a aplicação de testes projectivos, através dos desenhos família, da árvore, da figura humana e o desenho livre. Os testes dos desenhos permitiram recolher informação sobre o indivíduo, de forma não-verbal, facilitando o contacto entre o avaliado e o avaliador. Apesar de estes testes não serem recomendados para esta faixa etária, os testes foram realizados de forma a conseguir comunicar com o jovem, e também devido às suas características cognitivas do jovem, recolhidas através da entrevista.

Face ao teste do desenho da família, (anexo d) o desenho de Daniel representa o mundo do jovem, sendo esta a sua família e as relações que mantém com ela, sendo de importância decisiva para a compreensão da personalidade dos jovens. No seu desenho, o jovem não investiu, fez um genograma no qual não se incluiu. Quando questionado porque não se desenhou respondeu: "*não é preciso*", mas também "*não sabia que era para me desenhar*", respondi que lhe tinha pedido um desenho da família, podendo concluir-se que Daniel não sente que, realmente, participa na família. Tendo em conta as questões colocadas a Daniel, é de salientar que na sua perspectiva todos os elementos desenhados "*são simpáticos, felizes, e quem manda mais é a Lurdes*" e quem manda menos "*Sou eu*". Na questão "se

tivesses que escolher alguém para ficar em casa pois não havia lugar no carro que escolhias?" O jovem responde que "*se é para alguém ficar em casa então ficavam todos porque não ia haver viagem*".

Em relação ao desenho da árvore, (anexo d) o jovem mostrou-se cooperante, dizendo que "*Este desenho ia levar todos os sabores*", não utilizou cores mas teve o cuidado de colocar frutos espalhados pela copa da árvore. O desenho livre (anexo d) foi desenhado novamente sem cores, sendo de realçar que mesmo sem cores, Daniel investiu mais nos pormenores, nomeadamente na casa, nos pássaros e numa árvore de fruto. Ainda no que respeita ao desenho árvore, o jovem disse que é uma cerejeira, que pode estar plantada num terreno em Coimbra e foi ele que a plantou, porque gosta de cerejas. A árvore encontra-se no meio da relva junto a outras árvores. Quando questionado se era uma árvore viva, responde "*13 cerejas não é viva*?", estava viva e só iria morrer daqui a 40 anos. Comparando esta árvore com uma pessoa esta seria do sexo masculino "*homem*".

No teste do desenho da árvore, o tronco representa o sentimento de poder básico e força interior, a "força do Ego", Buck também afirma que o tronco, frequentemente, representa a área básica do autoconceito. Daniel desenhou um tronco alargado para os dois lados, o que pode indicar dificuldade de vida e de compreensão e o facto de não ter denhado uma árvore com raiz, demonstra a sua auto-suficiência, não precisando de apoio. Relativamente à copa da árvore desenhada, é uma copa centrípeda, podendo indicar autocentralização, narcisismo, pouca extroversão, reduzida comunicabilidade e sociabilidade. O facto de ter colocado frutos na copa revela a sua imaturidade e o desejo de compreender os problemas da sua vida,

recorde-se que em crianças entre os 9 ou 10 anos, o desenho de fruta é normal e Daniel tem uma idade superior, o que salienta ainda mais a sua imaturidade.

Quando foi pedido ao Daniel para desenhar uma figura humana (anexo d), o jovem desenhou uma figura masculina, sem a utilização de cor e sem grande investimento e pormenores, à qual atribuiu o nome de Francisco, com 16 anos, que estava a passear e que era bombeiro. Quando lhe foi questionado sobre o que Francisco menos gostava de fazer, Daniel respondeu "*não sei*", mas apontou como qualidade "amigo" e não encontrou defeitos. Explicou que o seu maior medo "*é morrer*" e refere que o Francisco já foi magoado. O teste do Desenho da Figura Humana é um teste cognitivo que permite avaliar o coeficiente de inteligência (Q.I.), recolhendo alguma informação de cariz emocional.

Na realização desta tarefa, Daniel mostrou-se pouco empenhado, não sendo cuidadoso com os limites da fígura. A avaliação quantitativa permite situar os valores obtidos pelo Daniel na Banda de Q.I de 57. Relativamente à avaliação qualitativa, esta figura não apresenta qualidade formal, com traçado pouco cuidado e sem pormenores, o que demonstra alguma insegurança na expressão gráfica.

Em relação ao desenho livre, aproveitou-se o facto de Daniel ter desenhado uma casa e colocaram-se algumas questões. Explicou que a casa não era dele, *"é da minha avó paterna*" e estava situada em Coimbra. Escolhia um quarto qualquer, apenas tinha que ser voltado para o parque para conseguir ver se havia meninos na rua "*para ir para o pé deles*". Se a casa fosse de Daniel, vivia lá toda a família, não mencionando nenhum nome e quando terminou o desenho, referiu que "falta desenhar os quartos", mas a

verdadeira casa de Coimbra tem quartos só não tem é arrumação, no entanto referiu que "*também só lá vive a minha avó e o meu pai biológico*". Desenhou uma árvore porque era ali o terreno onde ele plantou a árvore de frutos.

4.º Sessão: Realização do jogo da família das emoções

A sesssão inciou-se com um jogo sobre a família das emoções (anexo d), de modo a perceber-se melhor o que Daniel entende por raiva e quais as situações que lhe provocam este sentimento/emoção. Optou-se por fazer o jogo, porque o jovem também se mostrou desinteressado, sem vontade de falar, pelo que quando entrou na sala queixou-se imediatamente de má disposição, com sono e explicou que também não podia ficar uma hora porque tinha *"médico de desenvolvimento"*. No entanto aderiu de uma forma positiva, tendo colaborado, mas não foi possível terminar o jogo.

5.º Sessão: Aplicação dos testes Zelazowsca, do Inventário de Depressão de Beck e Escala de Autoconceito e de Auto-Estima para Crianças de Susan Harter

Como se explicou anteriormente, o Zelazowsca (anexo d) é um teste que remete para a percepção do jovem face a determinadas questões, apresentando-se sob a forma de completamento de frases, que remetem para situações do dia-a-dia e sentimentos face a determinadas questões. Na avaliação do conteúdo das respostas a este teste, é perceptível a preocupação de Daniel perante o que lhe pode acontecer, demonstrando que se sente a mais na sua casa. O seu maior desejo é "*ir-me embora do país*" e "*fazer uma casa na Jamaica*" e realçou novamente de se ir embora, afirmando que quando

for grande "v*ou sair para fora do país*". Relativamente ao seu futuro profissional, gostaria de ser jogador de futebol e em relação à escola, refere que se sente bem, mas constata-se alguma incoerência na medida em que afirmou que "*não gosto de nenhum stor*" e *"os professores só gritam"*. É importante salientar que relativamente ao medo diz "*tenho medo quando me dizem uma coisa que eu não quero saber*".

O Inventário de Depressão de Beck (anexo d)é uma escala escala de avaliação da depressão para jovens e adultos, permitindo avaliar a forma como o paciente se sente e não o que manifesta em relação a determinados sintomas característicos do quadro depressivo. Neste sentido, este instrumento foi utilizado como um instrumento de análise da evolução do quadro depressivo, sendo que os resultados do Daniel, enquadram-se na depressão moderada. Ou seja, a depressão moderada encontra-se num quadro de valores que variam entre os 18 e 24 e o jovem obteve um resultado de 19 valores, apresentando valores significativos para a depressão.

Face à escala de autoconceito e auto-estima para crianças, (anexo d) que também se utilizou com Daniel com o intuito de aferir o julgamento e a competência da jovem no perfil da auto-percepção (Como é que eu sou?) e o seu julgamento acerca da importância de cada um dos cinco domínios (Qual é para ti a importância destas coisas?). Nesta prova o Daniel apresenta competência percebida no domínio da aparência física (3.5), que avalia a percepção da criança em relação à sua aparência, como por exemplo, peso, tamanho, aspecto e o valor mais baixo é ao nível da competência atlética (2.8), onde é avaliada a percepção da criança no que respeita à sua competência em desportos ou jogos praticados ao ar livre. No domínio do comportamento

obteve uma clssificação de 3, face à forma como se comporta nos diversos contextos, e em relação à competência escolar obteve 2.8, reflectindo um valor médio quanto à sua percepção relativamente à sua aptidão e desempenho escolar. No domínio da aceitação social, que avalia a percepção do jovem relativamente à sua aceitação por outros jovens e ao seu sentimento de popularidade entre eles, obteve uma pontuação de 3. No domínio da auto-estima, o resultado encontra-se acima da média (3.3), considerando-se que este jovem gosta dele enquanto pessoa e está satisfeito com a sua forma de ser.

No que respeita à importância que o jovem atribui às diversas competências, é de salientar que os valores obtidos são consistentes, na medida em que existe uma correlação entre o que Daniel atribui como competência e a importância que lhe confere. Salienta-se ainda, que os valores que apresentam maior discrepância entre si, são os da competência atlética e que a discrepância existente entre a sua percepção e a importância que atribui nos restantes domínios, não é significativa, pelo que não deve ser tida em conta.

Na realização dos testes e das respectivas tarefas que foram pedidas a Daniel, este demonstrou-se desinteressado, e como se estar ali fosse uma obrigação, referindo *“que eram muitas folhas”* e *“isto é bué”.* No entanto, foi realizando os testes e quando tinha dúvidas, colocava-as.

7.º Sessão: Aplicação do TAT

Nesta sessão, Daniel apresentou-se bastante agitado, demonstrando vontade de ir embora e quando lhe foi explicado o que ia fazer, ficou ainda

mais ansionégico, o que foi interpretado como um possível receio do desconhecido, indicando "*não sei contar histórias que grande seca!".*

A prancha 1 remete para a identificação de um indivíduo jovem numa situação de imaturidade funcional que se encontra confrontado com um objeto que pode ser considerado como um objeto de adulto, cujas as significações simbólicas são transparentes. Todavia, Daniel, foge ao conflito inerente ao conteúdo latente do cartão, anulando totalmente o objeto, evitando assim, o confronto com a prancha "Miúdo com a mão na cabeça". Ou seja, Daniel consegue percecionar o conteúdo manifesto na prancha, mas não consegue elaborar uma história em redor deste, o que leva a pensar que o jovem se identifica com a postura depressiva deste jovem, e coloca em evidência as insuficiências do investimento de si.

A prancha 2, remete para a relação triangular figurada, suscetível de reativar o conflito edipiano. Aqui, Daniel demonstrou grande apego ao conteúdo manifesto, no entanto, consegue visualizar as personagens que lhe são pedidas, mas não as coloca em relação nem em nenhuma atividade até ser questionado. Hipoteticamente, Daniel identifica a "*a senhora com livros"* como sua mãe, vendo a sua mãe como uma fígura difícil de alcançar e interagir e na verdade, para o jovem, a sua mãe está disponível, estando muito centrada nela própria e nos seus filhos.

A Prancha 3BM remete para uma problemática de perda de objeto e coloca a questão da elaboração da posição depressiva. Neste cartão, Daniel identifica estados depressivos da senhora que possivelmente define em si, evitando uma vez mais, qualquer relação e qualquer conflito a que a pracha apela. Além disso, inicialmente, Daniel mostrou-se surpreendido com o

conteúdo do cartão, o que leva a pensar que para o jovem, esta prancha representa um medo real, face ao afastamento da sua mãe. Daniel pode ter receio de perder a mãe, recorde-se que ele se dirrije à janela quando ela passa, de chorar e ficar triste, não sendo capaz de fazer o movimento de retalização. É também de realçar, que na fantasia do jovem, este pode desejar que quando sai ou abandona a mãe, esta não queira que ele vá embora, sofrendo e demonstrando, através de estados emocionais, a sua falta, sentindo saudade. Embora esta fantasia não seja verbalizada explicitamente por Daniel, percebe-se que o jovem sente necessidade de se aproximar da mãe, de ter contacto com ela e estabelecer uma relação. Contudo, Daniel recorre ao mecanismo de defesa de negação, afastando a mãe da sua vida para não sofrer.

A prancha que se segue (4), remete para o conflito pulsional no seio de uma relação, na medida em que cada um dos protagonistas pode ser portador de movimentos pulsionais diferentes, agressividade/libido. Ao que tem vindo a ser referido frequentemente, nesta prancha Daniel, volta a não conseguir elaborar uma história em redor do cartão, apegando-se novamente ao conteúdo manifesto. E à semelhança do que acontece na prancha anterior, Daniel produz o mesmo movimento de desejo que a sua mãe chore e sinta a sua falta e parece existir uma ambivalência quanto à identificação das emoções sentidas e desejas – "*Deve ser amor!"*.

A prancha 5 reenvia as solicitações latentes para uma imagem materna que penetra e olha, na medida em que ela não prejulga sobre o registo conflitual no qual o sujeito se vai situar, pois as modalidades de relação à imagem materna são elas mesmas múltiplas. Daniel contou que *"aos treze*

anos, tentei aproximar-me da minha mãe, almoçava e jantava em casa dela durante mais ou menos uma semana, mas ia a casa da tia dormir, uma vez dormi em casa da minha mãe e no dia seguinte ela disse-me que eu tinha roubado três euros à minha irmã, fui-me embora e nunca mais falei com ela", referindo também *"Só faz falta quem fala"*. Tais afirmações, demosntram que, possivelmente, Daniel sente angústia da separação, medo e insegurança, pois a mãe não está presente na sua vida de forma consistente, entra e sai da sua vida, *"ela está indecisa entrar e não entrar".* Com efeito, o cartão reativa a curiosidade sexual, os fantasmas e a cena primitiva, inclusive a culpabilidade ligado à masturbação. O olhar da mulher condensa, o conflito intrapsíquico numa problemática edipiana e possivelmente, Daniel revê a sua figura materna nesta imagem, hipoteticamente culpando-o pelo término desta relação dual primordial.

A prancha 6 BM remete para a proximidade entre mãe e filho, num contexto de mal-estar. Neste teste, verificou-se que Daniel consegue percecionar a diferença de géneros e através do tema do cartão, parace existir uma desorganização parcial. Mediante os resultados obtidos, Daniel reve-se no cartão apresentado (proximidade mãe filho num contexto de mal-estar) e utiliza o mecanismo de defesa de negação para evitar o conflito, pois respondeu defensiva e directamente *"não sei".*

Face à prancha 7 BM, trata-se de um cartão que remete para a proximidade pai e filho, num contexto de reticência do filho. O conflito deverá desenvolver-se em torno de uma proximidade entre estas duas personagens, em termos de ternura e de oposição. Daniel tem capacidade para visualizar a diferença de gerações e esta relação de proximidade pai-filho, vai

precisamente ao encontro do que é solicitado neste cartão. Ou seja, Daniel demarca esta relação com sentimentos de ambivalência *("O pai está a dizer-lhe que quando morrer o filho vai ficar com a herança"; "Deve estar"),* agressividade (o tema da morte) e rivalidade *("A herança só fica para o filho"). É de salientar, que Daniel desencadeou,* eventualmente, fantasmas destrutivos.

Relativamente à prancha 8 BM, a imagem reativa representações suscetíveis de serem relacionadas com a angústia de castração e/ou agressividade para com a imagem paterna, no entanto, no caso de Daniel, a agressividade é projetada para a imagem materna. Constata-se que na cena da operação condensa, com os desejos parricidas e os fantasmas de castração que os concebem, no seio de uma culpabilidade edipiana, o jovem manda cortar a barriga à mãe, mas não consegue olhar, possivelmente por sentir culpa. Desta forma, parece existir o desejo contaminante de a matar, que domina a história central, mas por outro lado, o aspeto da relação aparece na dimensão reparadora para com esta, uma vez que não a mata mas que a fere com o intuito de a magoar.

Na prancha 10, o cartão reenvia para a expressão libidinal num casal, que Daniel captou. Parece que Daniel vive num registo de ambivalência entre o amor e a insegurança, uma vez que esta imagem transmite-lhe amor, baseado em desconfiança. A prancha 11 remete para a angústia e Daniel sente-a, mas o seu não reconhecimento constitui um índice patológico. Este cartão envoca o combate contra a natureza representada nos seus aspetos perigosos, o que envia, simbolicamente, para a evocação das relações com a mãe Natureza, isto é, com a mãe arcaica (Shentoub, 1999). O facto de este cartão colocar à

prova a capacidade do sujeito elaborar a angústia, realçou a desorganização do jovem.

No que respeita à prancha 12 BG, esta vem dar um momento de apaziguamento em relação à prancha precedente, ao convidar o sujeito a diversificar o leque das suas reações sensoriais e afetivas. Daniel, tal como vem sendo referido ao longo de todo o protocolo, uma vez mais se apegou totalmente ao conteúdo manifesto, não elaborando qualquer história em redor do cartão, colocando a resposta numa moldura rígida e envelhecida. O cartão da prancha 13 B, reenvia para a solidão num contexto de precariedade do simbolismo materno. Possivelmente, o facto de esta criança estar triste e se sentir sozinha, pode indicar a relação de abondono que experienciou com a mãe, associado à perda de objecto.

A prancha 16 solicita a elaboração de uma história em torno de uma prancha branca, tarefa essa, que foi de difícil concretização para Daniel. Este cartão reenvia a forma como o sujeito estrutura os seus objcetos privilegiados e as relações que com eles estabelece. Ou seja, Daniel, hipoteticamente, não consegue estabelecer qualquer tipo de relação, nem estabelecer nenhum vínculo, sentindo possivelmente um imenso vazio interno relacional, com prevalência de mecanismos de defesa primitivos. Assiste-se a uma colagem ao conteúdo manifesto, e a ausência de uma figuração interna de um objeto total, torna impossível a sua reconstrução a partir do estímulo do cartão. Na prancha 19, uma vez mais, Daniel revelou conteúdos relacionados com o manifesto, não elaborando qualquer narrativa para esta prancha. E o facto de não o fazer, parece ser uma forma de defesa mediante os conflitos a que cada prancha apela, negando a problemática da imagem materna, simbolicamente.

Concluindo, a realização do TAT (anexo d) decorreu com algum entusiasmo e curiosidade face às pranchas que lhe iam sendo apresentadas e conseguiu produzir algumas falas em torno do cartão, mas sempre com estímulos. Daniel realizou a prova, mostrando desinteresse e pouca vontade para a sua realização, respondendo de forma direta, sem fazer interpretações dos cartões, não querendo imaginar situações, nem criar histórias relacionadas com os mesmos. Constatou-se ainda, que todo o protocolo foi acompanhado por algum nível de ansiedade, comum em situações de avaliação.

Constatou-se que Daniel se agarrou bastante ao conteúdo manifesto que está associado a cada uma das pranchas, limitando-se a descreve-la, não elaborando uma história, patenteando um discurso pobre e pouco coerente, o que poderá remeter para uma defesa contra as angústias a que esta prova apela. Verificou-se igualmente, que o confronto com a problemática da solidão e abandono e os cartões caracterizados pela abstracção, geram níveis elevados de ansiedade e angústia, que se traduzem numa clara inibição face aos cartões desta natureza (evitamento). Para além disso, o jovem nunca coloca os personagens em relação, surgindo sempre isolados, limitando-se a descreve-los.

De um modo geral, pelo facto de Daniel não ter interiorizado fíguras paternais totais, poderá fazer com que este não se adeque à realidade. Esta prova permitiu perceber que Daniel foge do seu “sentir”, servindo-se de mecanismos de defesa primitivos, sendo evidentes os seus estados de carácter depressivo.

8.º Sessão: Conversa com Daniel

Esta sessão foi uma sessão para conversar com Daniel, onde o mesmo começou por explicar que estava a durmir na casa da madrinha, onde lhe foi explicado que isso não era o mais correcto e que não podia estar sempre a dormir fora de casa, porque não é bom para si. Daniel explicou que foi para casa da madrinha para deixar a tia, com quem vive, sossegada. Em casa da Tia tem um quarto só para ele, em casa da madrinha tem que dividir o quarto com o primo, talvez seja este o motivo de ir para casa da madrinha e de estar sempre cansado. A madrinha tem 3 filhos dos quais apenas um estuda, estando a terminar o Curso de Educação e Formação Tipo II de Serviço de Mesa, com equivalência ao 9.º ano de escolaridade.

Nesta sessão, procurou-se perceber e conhecer um pouco mais da relação que o jovem tem com o seu pai biológico, explicando que já não vai a Coimbra há cerca de 2 anos, pelo que tem falado com o pai por telefone e acrescentou ainda, que não quer ir visita-lo porque *"ele está sempre bêbado, e não é divertido ir para lá e ficar com a avó".* Daniel percebe bem o problema que o pai tem com o álcool e explicou que pai vive da reforma da avó, pois antes recebia o RSI mas "*como não foi tratar não está a receber, o que é muito bem feito porque assim não tem dinheiro para beber*". Referiu que o pai se preocupa com ele, pois é seu pai, mas não quer ter um contato maior ou mais próximo com o mesmo, como explicou *"Chega os telefonemas".*

9.º Sessão: Devolução dos resultados dos testes

10.º Sessão: Última sessão

Nesta consulta, o Daniel apresentou-se mais cooperante e interessado, mas com uma agitação acentuada, acabando por perguntar “quando terminam as sessões?”. Depois explicou “sinto-me cansado, desmotivado, tenho acordado a meio da noite e depois não consigo adormecer”. Ainda se desenvolveu uma pequena conversa, no sentido de perceber o que Daniel faz quando não consegue adormecer, no entanto, não quis falar, afirmando que estava demasiado cansado. É de salientar que referiu que daqui a cinco anos, gostava de jogar à bola, tirar a carta de condução e estar a trabalhar. A sessão terminou mais cedo, uma vez que o jovem não queria estar ali e mostrou-se visivelmente cansado.

5.4.3. Conclusões

Tendo em conta a intervenção realizada, bem como os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados, Daniel demonstra problemas de cariz afectivo-relacional e um comportamento com sintomas depressivos, que podem ser causados pela situação familiar do jovem. Em relação aos desenhos que Daniel elaborou, é necessário referir que o jovem revela uma imaturidade face à sua idade. Além disso, verificou-se a falta de detalhes adequados, o que pode revelar sentimentos de vazio, que se podem traduzir em falta de energia e depressão.

6. Discussão

As actividades realizadas na Escola EB 1/JI Pedro Álvares Cabral, foram uma parte muito importante deste trabalho, pois a brincar também se aprende, são mostradas emoções, partilhando-se experiências, vivenciando-se sentimentos. Estes momentos, constituem-se num “momento de partilha em que um se dá a conhecer ao outro, onde se criam laços, se resolvem conflitos e se formam personalidades. Cada momento de brincadeira corresponde a um determinado comportamento de acordo com a situação e a pessoa envolvida” (Cabrita, 2005, p. 9).

Relativamente à população de alunos com quem o GAAF interveio, constatou-se que a carência económica, a negligência e os problemas de comportamento são as problemáticas com maior incidência. O trabalho desenvolvido teve em vista a promoção do desenvolvimento de competências pessoais e sociais, bem como de competências no domínio psicomotor e motoras, nomeadamente nos níveis do desenvolvimento do equilíbrio, manipulação, força, mudanças de direção, resistência. Tal facto, permitiu às crianças desenvolverem competências sócio-afetivas de cooperação, entreajuda, respeito mútuo, respeito pelas regras do jogo, tal como, a elaboração, em grupo, das melhores estratégias para ganhar (Torneio de Futebol), não descorando o desenvolvimento de capacidades em outros domínios. As estratégias implementadas para o alcance dos objetivos privilegiaram e promoveram: a autonomia, o que conferiu aos alunos um papel ativo na construção das suas próprias aprendizagens; a cooperação, que proporcionou a troca de experiências; o desenvolvimento de competências

sociais e afetivas; a comunicação verbal e não-verbal (entenda-se o movimento), que permitiu fomentar a iniciativa das crianças na participação das atividades e o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo; o reforço positivo, levando as crianças a sentirem-se confiantes nas atividades que realizavam e a aumentar a sua auto-estima. A organização do espaço e a seleção dos materiais também foi crucial para conseguir alcançar as condições favoráveis à inclusão de todas as crianças nas actividades realizadas. Relativamente à metodologia utilizada, realça-se a importância da animação do pátio, que contribui para atenuar os conflitos inter-pessoais e estimular comportamentos saudáveis.

No que respeita aos casos acompanhados, em relação ao estudo de caso I, detectou-se em Márcio a Perturbação da Leitura e da Escrita. A aprendizagem é um processo fundamental no desenvolvimento do ser humano e de acordo com Cruz (1999), a aprendizagem da leitura e da escrita constitui-se no “eixo das matérias escolares, isto é, ocupam um lugar predominante dentro das matérias escolares, pois na realidade elas são a base para o resto das aprendizagens” (p. 138).

A perturbação da leitura, é caracterizada pelo baixo rendimento da leitura – precisão, velocidade, compreensão da leitura –, ao nível do que é esperado em função da idade, do ano de escolaridade e QI do indivíduo. A perturbação da escrita é uma perturbação funcional, que afecta a qualidade da escrita do indivíduo no traçado ou na grafia, na medida em que a escrita “requer do sujeito capacidades motoras relativamente desenvolvidas, em particular de motricidade fina, concretizadas no acto de segurar o lápis e de o movimentar, actividades que o olho e a mão controlam” (Rebelo, 1993, p. 49).

Uma vez que a aprendizagem da leitura e da escrita implica um conjunto de processos complexos, podem ser condicionadas e influenciadas por diversos factores, extrínsecos e intrínsecos, tornando-se necessário estar atento às crianças e aos jovens que dão vida às nossas escolas. Tal facto, permite desde já realçar a importância da intervenção e do acompanhamento prestado a Márcio. Em termos de factores extrínsecos, pode entender-se a instabilidade familiar, relações familiares e sociais perturbadas, meio sócio-económico e cultural desfavorecidos e bloqueios afectivos, por factores intrínsecos, entendem-se factores inerentes ao próprio indivíduo, ou seja, deficiências sensoriais, visuais, auditivas, mentais, físicas ou motoras (Cabrita, 2005).

A principal finalidade da aprendizagem da leitura e da escrita, é dotar o indivíduo de um conjunto de aquisições e esquemas que lhe permitam compreender e interpretar um texto, bem como se expressar através da escrita. Tendo por base o processo de diagnóstico e de avaliação psicológica, bem como as ideias conceptuais aqui apresentadas, acredita-se que Márcio apresenta uma perturbação ao nível da escrita e da leitura. Os dados obtidos nos vários testes e provas realizados com Márcio, permitem identificar uma perturbação da escrita e da leitura, atendendo-se particularmente, aos resultados obtidos no DSM-IV-TR, onde Márcio apresentou um rendimento de leitura, isto é, precisão, velocidade e compreensão, e produção escrita, inferior ao que é expectável, tendo em consideração a sua idade cronológica, quociente de inteligência e nível de escolaridade. No entanto, apresentou um potencial cognitivo superior, ao que é esperado para a sua idade. Estes resultados vão encontro do que é afirmado por Prior (1996), que refere que em

cada sala de aula, uma a duas crianças que não tem problemas de ordem intelectual, enfrentam desde cedo, dificuldades na aprendizagem, principalmente na leitura, escrita e cálculo.

Sugere-se que Márcio dê continuidade ao acompanhamento psicológico, sendo necessária uma intervenção focada nas dificuldades de aprendizagem detectadas, de forma a melhorar a prestação e o desempenho escolar do jovem. Tal como se referiu anteriormente, o acompanhamento psicológico pauta-se por uma relação de ajuda, com vista a facilitar a adaptação do sujeito à situação atual e a optimizar os recursos pessoais ao nível do autoconhecimento, auto-ajuda e autonomia, promovendo o bem-estar psicológico do indivíduo, bem como a sua autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e conflitos (Trindade & Teixeira, 2000).

Nos casos II e III, ou seja, de Rita e Daniel, respectivamente, encontra-se uma problemática de cariz afectivo-relacional, com sintomas depressivos. É de salientar que a depressão infantil ocorre, em 20% dos casos, na faixa etária entre os 9 e os 17 anos[13], sendo causada por dificuldades de relacionamento com elementos da própria família, da escola ou de outros locais, no entanto, o diagnóstico não é fácil, na medida em que crianças e adolescentes não conseguem identificar ou nomear os sintomas que surgem das mais variadas formas (Reis & Figueira, 2001).

Assim, no segundo estudo de caso, os resultados obtidos demonstram uma problemática de cariz afectivo-relacional, acompanhado de sintomas depressivos e que pode estar a provocar implicações menos postivas na vida relacional de Rita. Através dos dados obtidos, é também possível afirmar que

[13] Informação retirada do website: www.junior.te.pt.

Rita possui boas capacidades cognitivas, que lhe permitem uma adaptação e organização, mediante o meio em que está inserida.

No terceiro estudo de caso, à semelhança do caso anterior, Daniel também demonstra problemas ao nível afectivo-relacional, bem como um comportamento depressivo e que podem ter sido causados pela situação familiar vivenciada por Daniel. Nesta ordem de ideias, concorda-se com Santos (2004, p. 38), que explica que

> "a família é o contexto relacional e afetivo que permite à criança desenvolver-se e construir a sua identidade. Para que este processo decorra de forma harmoniosa é necessário que a família se constitua como um contexto estruturante e organizador, com particular destaque para dois parâmetros que me parecem especialmente relevantes, designadamente a diferença de gerações, e a diferença de género, feminino e masculino. As figuras parentais, pai e mãe, e a forma como se relacionam entre si e com os filhos, têm naturalmente muito significado neste processo (…)".

Através dos testes do desenho, Daniel também revelou um nível de imaturidade em relação à sua idade, constatando-se a falta de detalhes adequados, o que pode indiciar sentimentos de vazio, que se podem revelar em falta de energia e depressão.

A depressão em crianças, manifesta-se pelo desinteresse, "falta de reatividade, e anedonia e fadiga constantes, que leva ao estreitamento e à limitação dos horizontes, pois o indivíduo depressivo acaba privando-se da comunhão com outros" (Cunha et al., 2005, p. 3). Através da utilização de

vários instrumentos, de modo a realizar-se uma avaliação coerente, encontraram-se alguns dos indicadores de depressão nos casos supracitados. Desta forma, é clara a necessidade de Rita e Daniel continuarem a ter acompanhamento psicológico, de modo a ultrapassarem os seus problemas e as suas dificuldades, especialmente, nesta fase tão particular do ciclo vital do ser humano.

Reflexão Final

O presente trabalho, como foi referido incialmente, procurou dar a conhecer todo o processo de estágio, realizado no ano lectivo de 2012/2013. Esta foi uma experiência única e importante, o que a torna inesquicível.

Do ponto de vista pessoal, permitiu-me conhecer novas pessoas, novos contextos, novas experiências de vida, o que me fez crescer e conhecer-me melhor, podendo por isso, caracterizar esta fase como um processo de desenvolvimento e autoconhecimento. Do ponto de pedagógico, foi todo um processo de aprendizagem e evolução, de aplicação de todo o conhecimento adquirido ao longo do percurso formativo, que permitiu identificar e ultrapassar dificuldades ao nível da prática profissional e desenvolver estratégias adequadas a cada contexto. Por tudo isto, também foi um processo de crescimento profissional. Foi um processo marcado pela aquisição e aperfeiçoamento de competências e capacidades que, em retrospectiva, permitem fazer uma avaliação positiva de todo o processo de estágio.

Referências Bibliográficas

Aberastury, A. (1980). *Adolescência.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Aberastury, A. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanálitico, por Arminda Aberastury e Mauricio Knobel.* Porto Alegre: Artes Medicas.

Alarcão, M.(2000). *(Des)Equilíbrios Familiares.* Coimbra: Edições Quarteto.

American Psychiatric Association.(2002).*DSM-IV-TR- Manual Diagnóstico e Estatistico de transtornos mentais(*4ªed.rev.).Porto Alegre: Artes Médicas.

Ariés, P. (1981). *A história Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.

Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria, 78*, pp. 359-66.

Bock, A.(1999). *A Psicologia e as Psicologias.* Digital Source.

Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psicologos, 5(1),* pp. 63-68.

Cabrita, A. (2005). *Recreio – Espaço de Lazer / Tempo de Aprender.* Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação de Educação. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Carmo, A. & Silva, A. (2009). Depressão Infantil: Uma Realidade Presente na Escola. *Nucleus, 6(2),* pp. 333-344.

Carvalho, M. (2005). *Portas para Estimulação Múltipla: Uma proposta.* Universidade do Minho.

Carvalho Filho, B. (2000). *Marcas de Família: travessias no tempo.* São Paulo: Annablume / Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto do Governo do Estado do Ceará.

Corsaro, W. (2003). *We're friends, right): inside kid's culture.* Washington, DC: Joseph Henry.

Coutinho, M. (2001). *Depressão Infantil: Uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Ed. Universitária.

Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão Infantil e Representação Social*. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB.

Cunha, B. et al. (2005). "Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica". *Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo, 15(3),* pp. 1-28.

Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem.* Porto: Porto Editora.

Eisetein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde, 2(2),* pp. 6-7.

Esteves, S. (2013). Fluência na Leitura – Da Avaliação à Intervenção, Guia Pedagógico. Lisboa: Psicosoma.

Faria, L. & Fontainne, A. (1995). Reflexões sobre a adaptação de um instrumento de auto-conceito a crianças e pré-adolescentes. In L. Almeida & I. Ribeiro (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e Contextos,* pp- 323-330.

Fedida, P. (1968). Perception et Compréhension Clinique en Psychologie. *Bulletin de Psychologie,* pp. 908-929. Edição Especial.

Figueiredo, V., Pinheiro, S. & Nascimento, E. (1998). Teste de Inteligência WISC-III Adaptando para a População Brasileira. *Psicologia Escolar e Educacional,* 2(2), 101-107.

Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psycho Analytical Study of the Child, 13,* New York.

Fuentes, D.; D'Alcante, C. & Savage, C. (2010). Planejamento Cognitivo da Ação Através da Figura Complexa de Rey. In L. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P.

Mattos, N. Abreu, (Orgs.), *Avaliação Neuropsicológica* (397-401). Porto Alegre: Artmed.

Garfield, S. (1965). Historical Introduction. In B. B. Wolman (Org.), *Handbook of clinical psychology (pp. 125.140). New York: McGraw-Hill Book Company.*

Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M., Leal, I. & Ferreira, A. (2009). Optimismo em crianças e adolescentes: adaptação e validação do LOT-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(3),* pp. 439-446.

Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawings.* New York: World Book Co.

Guillaumin, J. (1968). La Signification Scientifique de la Psychologie Clinique. *Boletim de Psicologia,* pp. 936-949.

Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children.* Denver: University of Denver Press.

Heywood, C. (2004). *Uma história da infância: da Idade Média à época contemporanea no Ocidente.* Porto Alegre: Artmed.

Kolck, O. (1984). *O Teste do Desenho Livre.* São Paulo: Mestre Jou.

Kovács, M. & Beck, A. (1977). An Empirical-clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression. In J. Schulterbrandt & A. Raskin (Orgs.), *Depression in Childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.

Kovács, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychpharmacology Bulletin, 21(4),* pp. 995-998.

Lobo, C. (2009). Parentalidade Social, Fratias e Relações Intergeracionais nas Recomposições Familiares. *Sociologia, Problemas e Práticas, 59,* pp. 45-74.

Martínez, I. & Pérez, R. (2010). *Psicología Clínica: Qué es? Qué hace? Cómo lo hace? Para que sirve?* Universidad Autónoma Metropolitana: Casa abierta al tiempo.

Martins, M., Peixoto, F., Mata, L. & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e adolescentes de Susan Harter (Self-Perception Progile for Children). In L. Almeida, M. Simões & M. Gonçalves (Orgs.), *Provas Psicológicas em Portugal* (79-89). Braga: APPORT.

Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência. Dissertação de doutoramento.* Lisboa: Universidade de Lisboa.

Medeiros, M. (2011). Trajetórias, Formas de Conjugalidade e Relações Sociais de Gênero entre Casais Binacionais. *Revista Latino-americana de Geografia e Gênero, 2(1),* pp. 56-64.

Méredieu, F. (2006). *O Desenho Infantil.* São paulo: Editora Cultrix.

Moita, V. (1983). A angústia como conceito operatório na técnica projectiva de Rorschach. *Análise Psicológica, 1(IV),* pp. 5-16.

Morin, E. (1988). *O Paradigma Perdido: A Natureza Humana.* Lisboa: Publicações Europa América.

Moura, S. (2009). *O caso do Marco: Jovem portador de deficiência mental com conduta anti-social.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa.

Oliveira, N. (2009). Recomeçar: Família, filhos e desafios. São Paulo: Editora UNESP.

Oliveira, V. (2001). *Avaliação psicopedagógica do adolescente.* Rio de Janeiro: Vozes.

Outeiral, J. (1994). *Adolescer: estudos sobre a adolescência.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Ozella, S. & Aguiar, W. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa,* v.38, n.º 133, pp. 97-125.

Paladino, E. (2005). *O adolescente e o conflito de gerações na sociedade contemporanea.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clinica.* Lisboa: Climepsi.

Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie.* Paris: PUF.

Prévost, C. (1988). *La Psychologie Clinique.* Paris: PUF.

Prior, M. (1996). *Understanding Specific Learning Difficulties.* London: Psychology Press.

Rebelo, J. (1993). *Dificuldades da Leitura e da Escrita em Alunos do Ensino Básico.* Rio Tinto: Edições ASA.

Reis, R. & Figueira, I. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna, 37,* pp. 212-222.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família perspectiva sistémica.* Porto: Edições Afrontamento.

Rodrigues, V. & Gonçalves, L. (1997). *A banha da cobra.* Lisboa: D. Quixote.

Rousseau, J. (1995). *Emilio ou da educação.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Santos, F. (2008). Perfis de Coabitação no Portugal Contemporâneo. *VI Congresso Português de Sociaologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas.* Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Santos, J. (2004). *Crises e ruturas – A criança, a família e a escola em sofrimento.* Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

Santos, M. (2004). Algumas notas acerca da consulta de psicologia clínica. *Análise Psicológica, 4(XXIII),* pp. 677-682.

Shentoub,V. (1999). "*Manual de Utilização do TAT*". Manuais Universitários: Climepsi Editores.

Schneider, D. (2002). *Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo da obra "Saint Genet: comédien et martyr" de Jean-Paul Sartre.* Tese de doutoramento em Psicologia Clínica. São Paulo: PUC.

Torres, Anália Cardoso (1996). *Divórcio em Portugal: Ditos e Interditos.* Oeiras, Celta Editora.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica, 1(XVIII),* pp. 3-14.

Vaz-Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário da Avaliação Clínica da Depressão.* Coimbra: Edição Psiquiátrica Clínica.

Wartofsky, M. (1999). A construção do mundo da criança e a construção da criança do mundo. In W., Kohan & D., Kennedy (Eds.), *Filosofia e Infância: possibilidades de um encontro.* Petrópolis: Vozes.

Zabalza, M. (1992). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola.* Porto: Edições ASA.

Referências Webgráficas

Artigos:

Almeida, F. (2009). “Teste das Matrizes Progressivas de Raven”. Dísponível em: http://www.revistaperitia.org/wp-content/uploads/2010/04/MPCR.pdf. [Consultado em 07/07/2013].

Augusto, J., Preto, M., Tão, S., Jerónimo, T. (s/d). “SPP-FC – Self-Perception Profile For Children / PCS-FC – Perceived Competence Scale For Children - Susan Harter”. Disponível em: http://www.forma-te.com/mediateca/download-document/4987-susana-harter.html. [Consultado em 06/07/2013].

Brito, S. (s/d). “A Psicologia Clínica – Procura de uma Identidade”. Disponível em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Indice8_ficheiros/Brito.pdf. [Consultado em 03/07/2013].

Câmara, M. & Cruz, A. (1999). “Adolescência prolongada: o tempo que não se quer deixar passar” Disponível em: http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_15/camara_cruz.pdf. [Consultado em 10/07/2013].

Cordeiro, S. (2007). Descortinando o Conceito de Infância na História: Do Passado à Contemporaneidade. Disponível em: http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/76SandroSilvaCordeiro_MariaPintoCoelho.pdf. [Consultado em 26/09/2013].

Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). "Adolescências... Adolescentes..." Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf. [Consultado em 10/07/2013].

Websites:

Instituto de Apoio à Criança. Website disponível em: www.iacrianca.pt. [Consultado em 02/06/2013].

Junior. Website disponível em: www.junior.te.pt. [Consultado a 14/07/2013].

Silva, Torrado (1996). " *Caderno de Apresentação da Defesa dos Direitos da Criança nos Serviços de Saúde e Humanizazação do seu Atwendimento de março de 2012*" pp. 3. Instituto de Apoio à Criança. Website disponível em: www.iacrianca.pt. [Consultado em 02/06/2013].

Legislação / Documentos Legais:

Convenção dos Direitos da Criança. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf [02/06/2013].

Declaração dos Direitos da Criança. Disponível em: http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dc-declaracao-dc.html. [Consultado em 04/06/2013].

Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de Setembro. Disponível em: http://www.psicologia.pt/profissional/emprego/ver_artigo.php?id=144&grupo=5. [Consultado em 04/06/2013].

Anexos