

I PARTE
ENQUADRAMENTO
INSTITUCIONAL

O INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL

○ Enquadramento Institucional

O Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), como postulado pelo Decreto-Lei 131/2007 de 27 de Abril, *é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e de património próprio (...) prosseguindo atribuições do Ministério da Justiça.*

É constituído por três órgãos principais: (1) Conselho Directivo, cuja função é definir as directrizes que orientam o funcionamento e organização do INML, (2) Conselho Médico-Legal, que exerce funções de consultadoria técnico-científica sobre questões de natureza pericial, e (3) Fiscal Único, responsável pelo controlo da legalidade, regularidade e boa gestão financeira e patrimonial do instituto.

Ao nível dos Serviços Centrais do INML, estes constituem-se por: (1) Departamento de Investigação, Formação e Documentação, que promove a coordenação científica da actividade de medicina legal e de outras ciências forenses; (2) Departamento de Administração Geral, que se subdivide em: Divisão de Informática, Divisão Administrativa e Financeira e Divisão de Recursos Humanos; e (3) Gabinete de Assessoria Jurídica, que presta apoio jurídico ao conselho directivo, serviços centrais e respectivas delegações.

No que diz respeito às delegações em território nacional estas são: (1) Delegação do Centro – Coimbra; (2) Delegação do Norte – Porto e (3) Delegação do Sul – Lisboa. Todas elas possuem os mesmos serviços técnicos: Clínica Médico-Legal, Psiquiatria Forense, Genética e Biologia Forense, Anatomia Patológica Forense, Tanatologia Forense e Toxicologia Forense. Os gabinetes médico-legais encontram-se localizados por todo o país e sob a direcção da Delegação respectiva, realizando actividade pericial apenas no âmbito da Tanatologia Forense e Clínica Médico-Legal.

A **Delegação do Centro (Coimbra)** constitui-se como sede e tem como serviços técnicos, os de:

a) Serviço de Clínica Médico-Legal, que tem como competência a realização de perícias ao nível de avaliação do dano corporal, incluindo exames sexuais, avaliação da toxicodependência e doenças profissionais, e exames complementares de outras especialidades, tais como exames ortopédicos, neurológicos, psicológicos e outros;

b) Serviço de Genética e Biologia Forense que tem como competências a realização de perícias e exames laboratoriais, de hematologia forense e dos demais vestígios orgânicos, exames biológicos de filiação, de criminalística biológica e outros;

c) Serviço de Patologia Forense, que tem como competências a realização de autópsias, identificação de cadáveres e outros restos mortais, embalsamento, estudos de peças anatómicas e exames de anatomia patológica forense;

d) Serviço de Toxicologia Forense, que tem como competência a realização de perícias e exames laboratoriais químicos e toxicológicos.

Tem como áreas de actuação as comarcas de Anadia, Arganil, Condeixa-a-Nova, Coimbra, Lousã, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela e Tábua; e como gabinetes médico-legais em sua dependência, os de: Aveiro, Angra do Heroísmo, Castelo Branco, Covilhã, Figueira da Foz, Funchal, Guarda, Leiria, Ponta Delgada, Tomar e Viseu.

○ **Serviço de Clínica e Psiquiatria Forense**

Forense deriva de *fórum*, local onde na Antiga Grécia se situavam os tribunais, e significa num sentido mais generalista, uma ponte entre a psiquiatria e o direito, tratando de todas as situações que possam levantar dúvidas em relação à capacidade de juízo de uma pessoa (Cordeiro, 2003).

É o ramo da medicina que trabalha a relação dos transtornos mentais com os princípios legais, dirigindo esforços para a elucidação das causas, reduzindo os elementos auto destrutivos do comportamento prejudicial (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Esta disciplina exerce a sua actividade a pedido de juízes, advogados, famílias e em algumas circunstâncias do próprio arguido ou parte visada, a título particular.

Tem como título ou função principal a interacção mente-comportamento-acto perpetuado. Na psiquiatria forense, o perito, ao examinar e redigir um parecer está encarregado de oferecer evidências médico-legais que possibilitem a aplicação da lei de acordo com a especificidade do caso (Laks & Engelhardt, 2003).

A Psiquiatria Forense encontra-se, por isso, na dependência do Serviço da Clínica Médico-Legal Forense, e tem como competências principais:

- A realização de exames e perícias em pessoas, para descrição e avaliação dos danos provocados na integridade psico-física, nos diversos domínios do direito, designadamente no âmbito do direito penal, civil e do trabalho nas comarcas do âmbito territorial de actuação da delegação;

- A realização de perícias relativas a outras comarcas da respectiva área médico-legal, desde que aceites pelo Procurador-geral distrital;
- A realização de perícias e exames psiquiátricos e psicológicos solicitados à delegação;
- O director da delegação pode autorizar a realização de outros exames e perícias que não os descritos anteriormente.

Ressalva-se que os exames e serviços solicitados à delegação poderão ser distribuídos pelos diversos serviços públicos e privados que, de acordo com a lei em vigor, possuam competências para a sua realização. À Psiquiatria Forense, propriamente dita, compete a realização de exames psiquiátricos e psicológicos no âmbito do Direito Penal, Civil, do Trabalho e outras áreas do Direito.

○ **Perícias Médico-Legais**

A actividade pericial encontra-se regulamentada nos artigos 151º a 163º do Código Penal. Neste âmbito enunciaremos alguns diplomas legais, devido à sua importância para a realidade pericial, de acordo com Miguel (2004):

- Decreto-Lei 96/2001 de 26 de Março, que reorganiza o sistema médico-legal e constitui o INML como entidade centralizadora na realização de perícias médico-legais;
- Decreto-Lei 15/93 de 22 de Janeiro, que define a perícia sobre o estado de toxicodependência, no art. 52º, regulamentado pela portaria 94/96 de 26 de Março;
- Lei 45/2004 de 19 de Agosto que regulamenta o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses.

No que concerne a perícia médico-legal, propriamente dita, esta define-se como:

- *Actividade de interpretação de factos a provar que, constituindo um meio de prova, é efectuada por um profissional habilitado para tal* (Magalhães, 2004);
- *Espécie de avaliação psiquiátrica com a finalidade de elucidar factos do interesse da autoridade judiciária, policial, administrativa ou eventualmente, de um particular* (Taborda, 2003);
- *Conjunto de procedimentos técnicos que tenham como finalidade o esclarecimento de um facto do interesse da justiça* (Taborda, 2003);

O perito tem como função principal dar resposta ao objectivo da perícia, de forma imparcial e objectiva, traduzindo a sua complexidade por termos mais simples e compreensíveis para que outros profissionais possam dar o seu parecer de forma concreta e adequada. Torna-se assim, como *um técnico incumbido pela autoridade de esclarecer o facto [ou quesito] em causa, auxiliando na formação do conhecimento do juiz* (Taborda, 2003). O perito, torna-se então

numa testemunha pericial, capaz de extrair conclusões dos dados, e portanto, oferecer parecer sobre determinado caso. Este poderá ser chamado a prestar esclarecimentos em Tribunal, referentes ao parecer por si emitido. No entanto, goza de alguns direitos: pode recusar-se a responder a perguntas que não compreenda; pode [e deve] afirmar que não sabe responder a determinada pergunta que lhe é colocada; pode especificar e clarificar a resposta perante perguntas dicotómicas de sim/não; pode consultar registos e dados para completar o que está a proferir (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

No âmbito do direito penal a perícia destina-se, na maior parte dos casos à determinação de:

- a) Perigosidade. Constituindo-se esta como uma tendência para a perpetração de actos de violência (Taborda, 2003).
- b) Inimputabilidade. Enquanto incapacidade para no momento do delito reconhecer a ilegalidade ou ilicitude do acto cometido por existência prévia de um quadro psicopatológico. Como consequência, pode inferir-se uma anulação ou diminuição da sua imputabilidade, estabelecendo-se para os jurados uma extinção completa, incompleta ou uma atenuante da responsabilidade criminal (Taborda, 2003).

Taborda (2003) continua afirmando que *“a perícia psiquiátrica aplicada ao campo do Direito Penal, tem como objectivo fundamental o estabelecimento de relações de causalidade psíquica entre os homens e as suas acções; isto é o estabelecimento da imputabilidade como requisito prévio da responsabilidade e da culpabilidade no caso de acções delitivas”*.

Ainda segundo Taborda (2003) no âmbito do Direito Civil o perito é chamado a pronunciar-se, geralmente sobre os seguintes aspectos:

- a) Interdição: esta medida poderá ser atribuída a quem por anomalia psíquica seja incapaz de governar pessoas ou bens, sendo-lhe designado um tutor para gerir esses elementos;
- b) Inabilitação: medida que poderá ser atribuída a quem por anomalia psíquica transitória, abuso de álcool ou drogas ilícitas não seja capaz de gerir convenientemente os seus bens;
- c) Questões testamentárias: consideram-se incapazes de testar todos aqueles que apresentem anomalia psíquica;
- d) Regulação do exercício de poder paternal: apresenta-se como uma perícia bastante meticulosa, uma vez que ambos os progenitores e menores envolvidos deverão ser avaliados, em prol de uma decisão harmoniosa com o desenvolvimento saudável e sustentável dos menores em questão;
- e) Internamentos compulsivos: medida que permite o internamento dos sujeitos que desrespeitem a ordem, segurança e moral pública, segundo decisão jurídica.

No âmbito do Direito do Trabalho, o perito é muitas vezes chamado a pronunciar-se sobre:

a) Acidentes de trabalho e doenças profissionais: Realização de uma perícia psicológica que ateste as consequências psiquiátricas que dado evento traumático provocou no sujeito. A nível físico, a TNI (Tabela Nacional de Incapacidades) apresenta os coeficientes de desvalorização ou de incapacidade do sujeito, que podem variar de 0% (estado normal) a 100% (estado vegetativo). É nas perícias de Direito de Trabalho, que são mais frequentes simulações de queixas e exacerbações de sintomas psicofisiológicos.

Segundo Taborda (2003), as avaliações periciais podem ser classificadas em três diferentes grupos:

a) Avaliações transversais: o perito tem como função descrever o que se passa no momento presente, constituindo-se como um exame da situação e problemática actual. Constituem-se como perícias mais precisas e menos dadas a erros, uma vez que se fundamentam no *aqui e agora*. Em Direito Penal, o exemplo mais característico desta avaliação é a perícia de constatação de doença mental ou de perda de discernimento após comissão de delito ou crime, que poderá transformar uma medida privativa de liberdade em uma medida de segurança. Em Direito Civil as perícias de avaliação de dano psíquico e maus-tratos a crianças e jovens, conferem-se como bons exemplos deste tipo de avaliação (Taborda, 2003);

b) Avaliações retrospectivas: a partir do momento presente, o perito infere com a maior precisão possível qual o estado psíquico do examinado em determinado momento já passado. São perícias que exigem uma maior bagagem técnica e experiência por parte do perito, devido às suas conclusões menos prováveis e objectivas. As perícias relativas a imputabilidade ou inimputabilidade do sujeito são um bom exemplo de avaliações retrospectivas (Taborda, 2003);

c) Avaliações prospectivas: constituem-se como as perícias que a partir do momento presente e tendo em conta os actos passados, se conclui inferencialmente sobre o risco futuro de emissão de determinado comportamento. Este tipo de avaliação é o que apresenta um menor índice de fiabilidade, devido ao facto de ninguém conseguir prever actos futuros de forma rigorosa. As perícias de periculosidade são um fiel exemplo deste tipo de avaliação (Taborda, 2003).

O exame pericial forense fundamenta-se essencialmente no exame psiquiátrico e psicológico clínico, fazendo uso do conhecimento psicopatológico, de técnicas como a entrevista e da própria capacidade diagnóstica do perito. Consiste numa avaliação médica precisa que deve responder aos quesitos formulados pelo juiz e pelas partes intervenientes em todo o processo legal (Taborda, 2003).

De forma geral, constitui-se através de um exame do estado mental e descrição de história de doença actual, de onde se obtém um diagnóstico que permite formular conclusões médico-legais. Perante, falta de informação ou dados insuficientes poderão também ser solicitados exames complementares a outras especialidades. De ressaltar que, perante eventuais patologias não se propõem terapêuticas (Taborda, 2003).

Outro dos pontos importantes que deve ser salientado acerca das perícias médico-legais é a Simulação. A este propósito recorde-se uma frase de Ossipov (1944): *“Todo simulador é um actor que representa uma doença conforme ele a compreende”*.

De uma forma geral, a simulação em contexto forense pode ser entendida como:

-“Uma tentativa de controlar o examinador, (...) visando a criação de um conjunto de sinais e sintomas que convençam o perito de uma situação que o periciado gostasse que fosse real” (Duque, 2003); tentativa de fazer *parecer real o que por si não é* (Houaiss, 2001); *“A produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou amplamente exagerados, motivada por incentivos externos, tais como esquivar-se do serviço militar, fugir do trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processos criminais ou obter drogas”* (DSM-IV-TR).

Pode também, segundo Carolo (2005) ser percebida e classificada segundo diversas vertentes:

- Pré-simulação: simulação de um quadro patológico para obtenção de algo;
- Meta-simulação: após a *cura*, o sujeito continua a mostrar-se doente;
- Dissimulação: encobrimento de doença pré-existente;
- Para-simulação: situação mista em que coexistem doença e simulação;
- Super-simulação: sujeito exagera sinais e sintomas de determinado quadro patológico que padece.

Apesar de se constituir como um processo que pode encerrar em si algo de patológico, deverá sempre ser diferenciado do transtorno de personalidade dissociativo e transtorno fictício, porque nele a motivação e produção de sintomas ocorrem de forma consciente e não inconsciente (Duque, 2003). Rogers (1990a, *cit. in* Duque, 2003) fez uso da lista de critérios de simulação do DSM-III como instrumento para detectar uma população de simuladores, e conseguiu provar a ineficácia desses mesmos critérios. *“As boas notícias, foram que dois terços da população preenchiem esses critérios. As más, que para cada simulador identificado, quatro pacientes de “Bona fide”¹ foram erroneamente incluídos nos critérios”*.

¹ Nota de Tradução: Segundo a versão on-line do *Dicionário de Vocabulário e Tradução*, disponível em <http://www.pt.bab.la>, *Bona Fide* significa Autêntico, Verdadeiro, Genuíno, Inquestionável. Segundo a versão on-line de <http://www.wikipedia.org>, *Bona Fide* é o estado mental de honestidade e convicção.

Conclui afirmando que “apesar de os sujeitos examinados no contexto forense raramente serem voluntários e terem seus próprios interesses (...) não podemos assumir que estejam a fingir”.

A simulação é encontrada de forma transversal em quase todas as áreas de perícias médico-legais, sejam elas do Direito Penal, do Direito Civil e do Trabalho ou em Alterações da Regulação do Poder Paternal. Alguns esclarecimentos serão efectuados:

- a) Na área penal é frequente encontrarmos sujeitos que façam uso da simulação, tentando dar a entender a existência de uma psicopatologia, que lhes confira o direito a um internamento em Hospitais Psiquiátricos, em vez de num Estabelecimento Prisional;
- b) Na área de acidentes de trabalho é frequente o exacerbamento de queixas, dores e estados psicológicos bastante deprimidos, como forma de obtenção de uma indemnização maior por parte das seguradoras e entidades envolvidas no acidente;
- c) Em casos de alteração da regulação do poder paternal, é frequente assistirmos a crianças manipuladas por um dos progenitores, tentando provocar uma imagem bastante destruidora do outro progenitor também envolvido no processo. Elementos não presenciados pela criança, e que poderão também não ter existido de todo, podem ser relatados, com o fim ultimo de agradar ao progenitor detentor da sua guarda.

A detecção da simulação, segundo Resnick (1997) é passível de ser efectuada através de entrevistas prolongadas e mais morosas, que incluam perguntas abertas e através de provocação deliberada de contradições (*cit. in* Duque, 2003).

Conclui-se que a perícia médico-legal encerra em si aspectos bastante pertinentes e significativos que não podem ser descurados. O que diferencia um bom de um mau perito acaba por ser a capacidade de clarificar, objectivar e recolher a máxima informação possível acerca do acto perpetuado ou situação em causa, a par do conhecimento dos aspectos éticos e deontológicos que envolvem uma perícia, assim como da competência para detecção de possível quadro clínico simulatório. Todo este leque de elementos, se bem conduzidos, permite uma resposta imparcial, objectiva e esclarecedora do quesito, podendo servir então de parecer útil e valioso para decisão jurídica.

○ **Descrição do Estágio Curricular 2007/2008**

O estágio no Serviço de Clínica e Psiquiatria Forense ocorreu durante o ano lectivo de 2007/2008, com início a 8 de Outubro de 2007 e término a 2 de Junho de 2008. As avaliações psicológicas de clientes e todas as perícias forenses, foram realizadas às Segundas-Feiras, das

9h às 17.30h, com uma carga horária diária de 8h, e carga total durante os 9 meses de estágio de 256h.

O gráfico nº 1 representa uma estimativa global do total de horas dispendido no trabalho desenvolvido no INML. Por ‘horário’ entende-se o somatório de horas de trabalho desenvolvido no INML. Como se pode verificar a maior fatia de horas foram decorridas na elaboração de relatórios periciais, não só pela necessidade de incorporação de vários dados de múltiplas fontes [próprio individuo, outros envolvidos no processo e instrumentos de avaliação] assim como do tempo dispendido para verificação e correcção do próprio relatório elaborado. Ao nível das acções de formação assistidas sobre o tema, destacamos o I Congresso Internacional de Psicologia e Psiquiatria Forense, decorrido em Outubro de 2007 e as Primeiras Jornadas de Violência Psicológica e Criminologia no Auditório da Universidade de Coimbra, em Março de 2008.

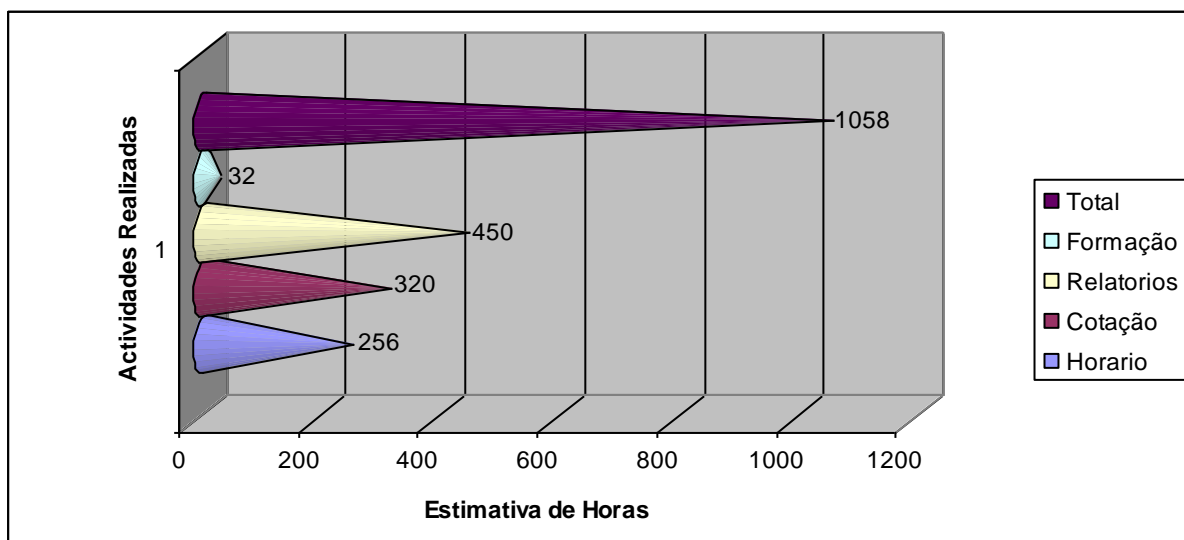


Gráfico 1: Estimativa do número de horas por actividades realizadas no estágio no INML

Os clientes do Serviço de Clínica e Psiquiatria Forense, durante o percurso de estágio curricular, foram crianças, adolescentes, jovens adultos e idosos, fundamentalmente encaminhados pelos Tribunais. De igual modo, exames psicológicos complementares eram pedidos, pelo técnico Psiquiatra do mesmo serviço. De referir também a avaliação de casos, que chegam ao serviço a título particular. O estágio no Serviço de Clínica e Psiquiatria Forense, desenvolveu-se essencialmente no âmbito da observação e avaliação psicológica dos clientes, de forma a se poder dar resposta aos quesitos pedidos pelo tribunal ou pelo técnico psiquiatra. Após a realização da perícia, elaborava-se um relatório da perícia realizada, que seria enviado à entidade requisitante do pedido. O estágio desenvolvido neste serviço permitiu: (1) a observação do trabalho desenvolvido por técnicos profissionais desta área; (2) contactar

com outros colegas estagiários, na discussão e análise de casos; e (3) consolidar, implementar e explorar as competências adquiridas ao longo da minha formação. Ao longo de todo o trabalho desenvolvido no Serviço de Clínica e Psiquiatria Forense, foram avaliados **28 casos**. Seguidamente procede-se à descrição da população avaliada neste serviço, tendo em conta: (1) a natureza da perícia realizada; (2) género e (3) idade.

Relativamente ao gráfico 2, torna-se perceptível a distribuição (em percentagem) da natureza das perícias realizadas. Assim, o maior número de avaliações psicológicas foi realizado no âmbito do pedido de Exames complementares, requeridos pelo técnico psiquiatra do serviço. Mais uma vez, vamos de encontro à necessidade de o perito precisar de mais informação ou mais dados que lhe permitam responder objectiva e consistentemente ao quesito. Desta feita, requiere frequentemente exames complementares a outros profissionais. Logo de seguida, encontramos as perícias adjuvantes à perícia Cível, de regulação do poder paternal (23%) e a perícia no âmbito penal (10%). Todas as outras avaliações psicológicas efectuadas, distribuem-se com bastante menor expressão.

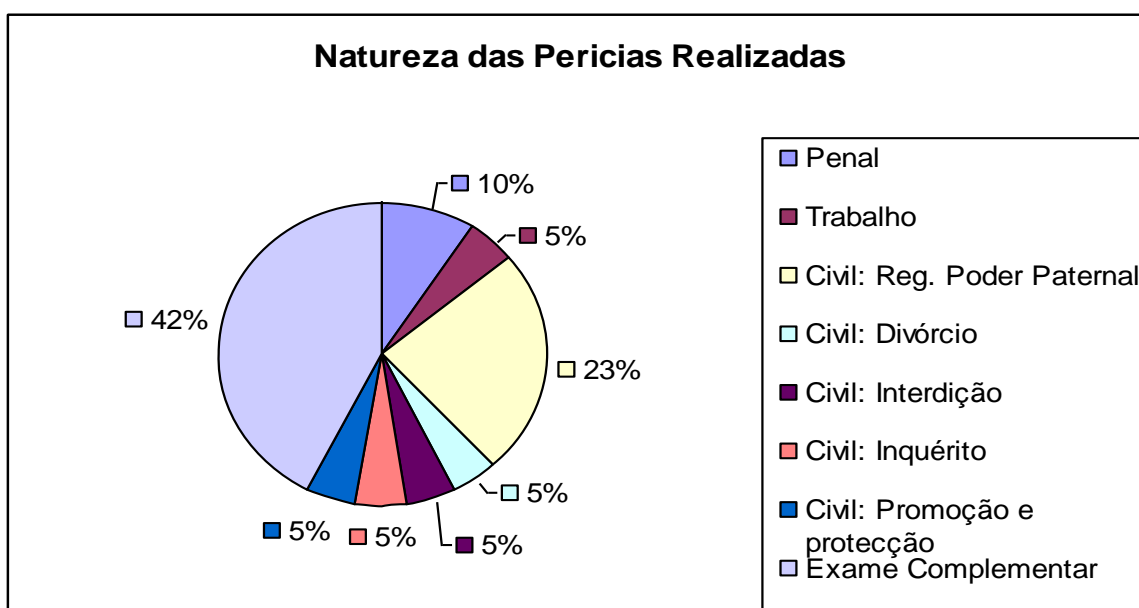


Gráfico 2: Distribuição da população por natureza da perícia realizada

Ao analisarmos o gráfico 3, constatamos que existe quase uma homogeneidade no género dos casos avaliados. Clientes do sexo feminino terão sido 57%, ao passo que 43% dos casos avaliados, dizem respeito a clientes do sexo masculino.

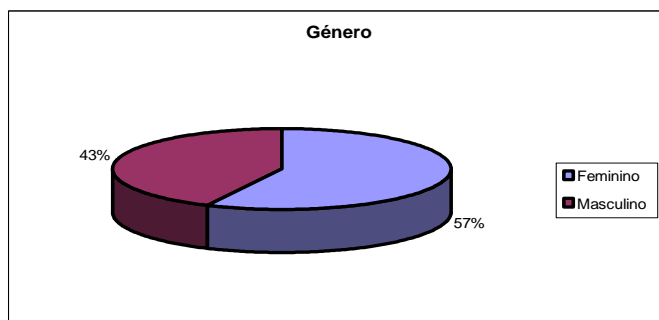


Gráfico 3: Perícias realizadas em função do género do cliente

No que diz respeito ao gráfico 4, constata-se que a maioria das perícias realizadas foram efectivadas com crianças com menos de 10 anos de idade, com um total de 7 casos. Com o mesmo número de perícias realizadas (=5) encontramos a faixa etária dos jovens adultos (21-30 anos) e adultos (31-40 anos). O intervalo de idades compreendido entre os 11-20 anos, os 41-50 anos e os 51-60 anos, são também de expressão significativa, com 3 casos de avaliação psicológica, respectivamente. A faixa etária de menor expressão é a compreendida entre os 61-70 anos.

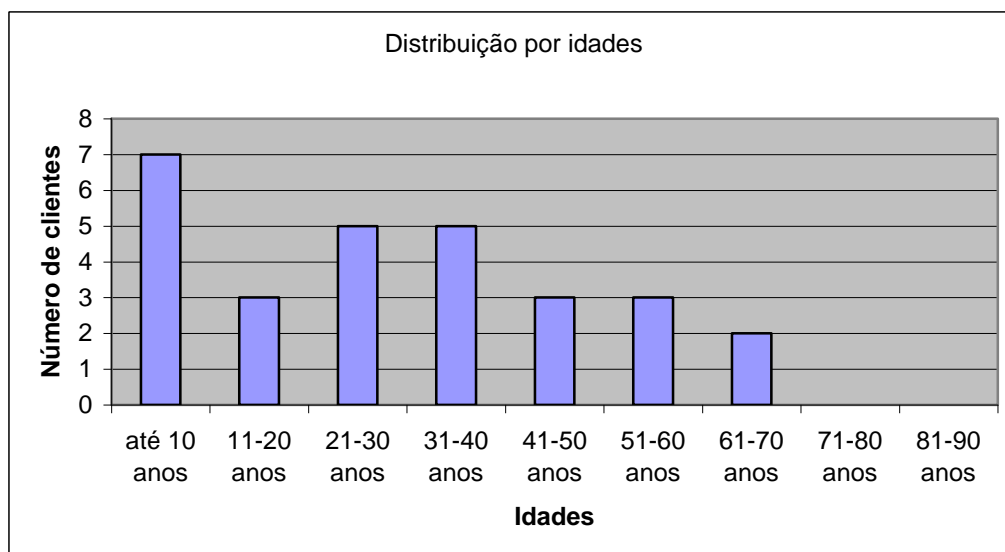


Gráfico 4: Distribuição da população por idades

O INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

○ Enquadramento Institucional

O Instituto de Apoio à Criança (IAC) é uma Organização Não Governamental, que procura preencher lacunas em áreas que não recebem uma intervenção directa e comparticipada do estado. Tem como principal objectivo a defesa e promoção dos direitos da criança, promovendo o seu global e harmonioso desenvolvimento. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que intervém através de uma voz activa na sociedade com a finalidade última de defender os direitos da criança, sendo esta encarada na sua globalidade como sujeito possuidor de direitos nas diferentes áreas, saúde, educação, segurança social e tempos livres. A sua criação remonta até 1974, quando a um neuropsiquiatra de nome João dos Santos, surgiu a ideia da criação de um instituto que defendesse os direitos da criança promulgados pelas Nações Unidas em 1959, que sensibilizasse a população e que articulasse o seu trabalho com outros organismos públicos e privados. Seria pois um órgão de capacitação, de mobilização da opinião pública, mais que uma autoridade e um instituto rígido. Tratava-se de “*divulgar, educar, activar e consciencializar*” (Santos, 1982). Em 1983, é criado em Lisboa, o IAC pelo Decreto-Lei nº119/83 de 25 de Fevereiro, adquirindo o estatuto de Instituição Privada de Solidariedade Social, sem fins lucrativos. Constitui-se assim como um instituto não centralizador e não estatal, que estabelece livremente as suas áreas de actuação e estratégias de intervenção, tomando como pilar central “*pensar a criança como um todo em si própria, num sistema de relações que as integra*” (Santos, 1982). Em 1985, tendo como base o enorme número de casos de crianças maltratadas que davam entrada no Hospital Pediátrico de Coimbra, surge um pólo dinamizador que pretende ajudar a divulgar as ideias do IAC e os seus objectivos gerais, promovendo acções de sensibilização para a família, escola e comunidade e uma reflexão crítica e multidisciplinar dos problemas que concernem a infância. Em 1992, foi então criado e legitimizado o Núcleo de Coimbra do IAC, actualmente com o nome de *Fórum Construir Juntos* (FCJ), juntamente com a definição e planeamento de quais os programas de intervenção mais emergentes e prioritários na região de Coimbra. Este núcleo foi também integrado no Projecto de Desenvolvimento no Âmbito Social (PDAS) na secção da Infância e Juventude de Coimbra.

○ O Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família (GAAF)



Figura 1. Logótipo GAAF. Fonte: Criação pelos estagiários com anuência do IAC

O GAAF, enquanto projecto em articulação com o SOS Criança – Mediação Escolar, intervém nos agrupamentos e comunidades escolares prestando um serviço de apoio e ajuda aos alunos, na procura de alternativas e estratégias de resolução de problemas quotidianos. Tem como finalidade contribuir para um crescimento mais harmonioso e global da criança/jovem, promovendo um ambiente mais humanizante e facilitador da integração escolar e social. No que diz respeito ao aluno, o GAAF propõe-se realizar: (1) apoio psicopedagógico; (2) acompanhamento individualizado/em grupo ou em pátio; (3) atendimento ao aluno e (4) encaminhamento técnico-profissional para entidades de apoio social. No que concerne a família, a sua área de actuação passa pelo (1) atendimento e acompanhamento do encarregado de educação e família; (2) encaminhamento para entidades de apoio social e (3) visitas domiciliárias. Já na escola, o GAAF compromete-se a efectivar (1) trabalho articulado com directores de turma e professores; (2) reuniões com delegados de turma; (3) apoio/acompanhamento a grupos-turma; (4) reuniões com associações de pais, equipa técnica e de coordenação. Por último, em relação à própria comunidade, o GAAF dinamiza o seu trabalho criando parcerias com entidades de apoio social.

Este projecto foi desenvolvido na Escola EB1 Montes Claros, Coimbra, escola esta que pertence ao Agrupamento de Escolas Martins de Freitas, juntamente com outras 3 escolas do primeiro ciclo tendo sido criada pela portaria nº 151/85, do Diário da República de 16/3/1985. Alberga 11 turmas do 1º ao 4º ano, com um total de 240 alunos. Possui 2 turmas do 1º ano, 2 turmas do 2º ano, 4 turmas do 3º ano e 3 turmas do 4º ano. As disciplinas leccionadas passam por: Matemática, Língua Portuguesa, Estudo do Meio e Actividades de Enriquecimento Curricular, tais como: Inglês, Informática, Educação Física, Expressão Plástica e Expressão Musical.

O agrupamento de Escolas Martins de Freitas possui um Serviço de Psicologia e Orientação com uma psicóloga efectiva, para 1700 alunos. Tendo em conta a enorme diversidade de casos referenciados em toda a comunidade escolar, torna-se tarefa árdua e até mesmo *impossível* [como referido pela própria psicóloga, Dra. Rosa Falcão] *abraçar* tão variado

número de casos. Desta forma, estabelecemos o trabalho do GAAF em estreita parceria com este serviço.

○ Descrição do Estágio Curricular 2007/2008

O estágio no GAAF ocorreu durante o ano lectivo de 2007/2008, com início a 10 de Outubro de 2007 e término a 29 de Maio de 2008. Todos as avaliações e acompanhamentos, foram realizados às Terças, Quartas e Quintas-Feiras, das 9.30h às 18h com uma carga horária diária de 8h, e carga total durante os 9 meses de estágio de 720h.

Atentando no Gráfico 5, constata-se que a maior parte do tempo foi usada em acompanhamentos terapêuticos e nos contactos com encarregados de educação, professores titulares de turma e outras entidades intervenientes no processo. As acções de formação realizadas no âmbito deste estágio prendem-se com o *III Encontro GAAF*, em Lisboa; *Dislexia e Hiperactividade*, em Alcobça e *Crianças: Uma perspectiva legislativa e preventiva*, na Universidade de Coimbra.

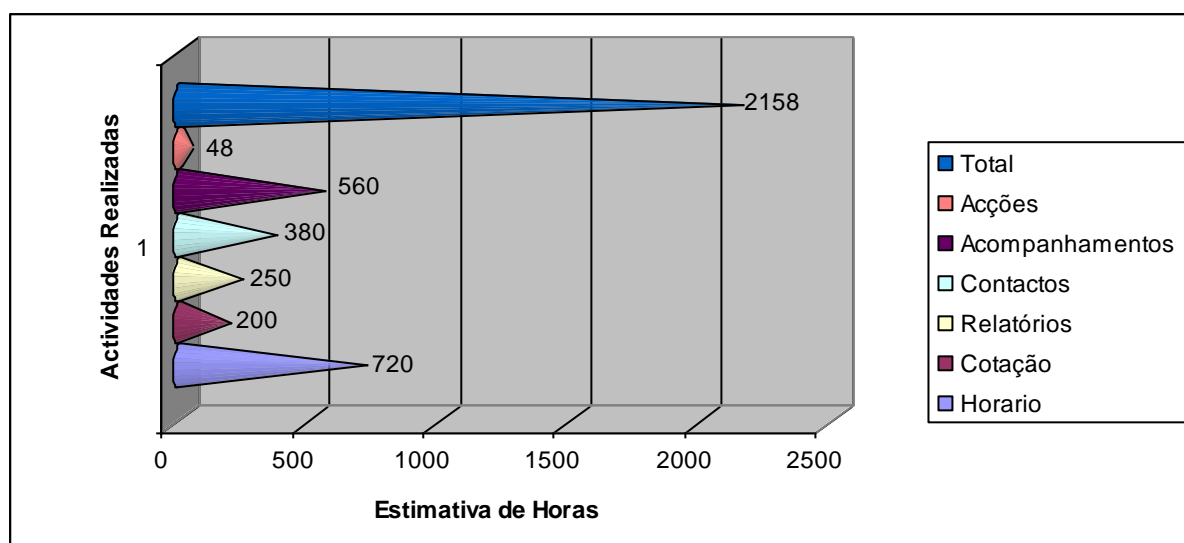


Gráfico 5: Estimativa de horas por actividades realizadas no projecto GAAF

Os clientes do serviço prestado no projecto GAAF, durante o percurso de estágio curricular, foram maioritariamente crianças, encaminhadas pelas professoras titulares de turma. Pais e encarregados de educação foram também atendidos em entrevistas grupais de recolha de dados e informação.

O estágio no GAAF desenvolveu-se essencialmente no âmbito da observação, avaliação psicológica e delineamento de terapêuticas em cada caso. Após a realização da observação e avaliação, elaborava-se um relatório da avaliação psicológica, que seria discutido com a

professora titular de turma e encarregados de educação e dado continuidade ou não para o acompanhamento terapêutico. Este gabinete não foi pioneiro nesta Escola, tendo funcionado o ano lectivo anterior sob a supervisão directa de técnicos especializados do IAC. Durante o estágio curricular realizado (2007/2008), contou com a presença de uma estagiária em Psicologia e outra em Serviço Social, a par da presença constante de todos os professores e do próprio director do concelho executivo.

Importa esclarecer neste ponto a nossa forma de trabalhar e articulação. Sendo o GAAF um organismo de apoio ao aluno e à família, o IAC optou pela junção de duas áreas (Psicologia e Serviço Social), que permitissem um melhor e mais eficaz confronto a cada caso referenciado. O GAAF dispõe de uma rede de parcerias pré-estabelecidas com os Hospitais da Universidade de Coimbra – Serviço de Pedopsiquiatria; Hospital Pediátrico; Centros de Saúde locais; Médicos de Família; CPCJ e todas as outras entidades que tiverem um parecer a emitir sobre determinado caso.

A referenciação ou sinalização de casos apresenta duas modalidades:

- a) Sinalização da criança realizada de forma espontânea por um professor, auxiliar de acção educativa, mãe ou pai da criança em questão;
- b) Sinalização da criança em uma reunião pré-estabelecida com o professor titular de cada uma das 11 turmas.

Foi também concebido um plano de trabalho, que nos permitisse um rápido e eficaz despiste dos casos a referenciar, de todos aqueles existentes na comunidade escolar. Assim, foi agendada uma reunião com cada um dos professores titulares de turma, com o objectivo de compreender melhor o funcionamento global da turma em questão e a individualidade e especificidade de cada um dos seus elementos. Perante a sinalização de algum elemento, fazer-se-ia uma análise e um debate com o professor acerca da problemática sinalizada:

- Há quanto tempo teve o seu início?
- Quais são os comportamentos mais evidentes dessa problemática?
- Quais as principais disfuncionalidades que provoca?
- Já foi implementada algum tipo de estratégia ou medida, no sentido de minimizar essa problemática?
- Qual a relação da criança com a problemática?
- Outras questões de relevo.

Após clarificação da natureza da problemática em questão, fazer-se-ia uma consulta ao Processo Individual do Aluno, no sentido de obter o maior número de informações possíveis e preencher-se-ia uma Ficha de Sinalização própria para o efeito.

A partir deste ponto, iniciar-se-iam os contactos com os Encarregados de Educação, CPCJ, médicos de família, Hospitais Locais e todas as entidades que nos pudessem aportar informações sobre o caso. Procede-se neste ponto ao registo de todos os novos dados obtidos, e inicia-se a formulação do caso. De ressaltar que, tomada a decisão de avançar para um acompanhamento psicológico, será necessária a autorização do Encarregado de Educação.

<u>AUTORIZAÇÃO PARA INTERVENÇÃO</u>	
Eu, _____ Encarregado(a) de Educação	do(a) _____ Aluno(a)
_____, do Ano _____, da Turma _____, declaro que autorizo o Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família (GAAF) a prestar um acompanhamento de apoio ao(à) meu(minha) educando(a), tendo em consideração a situação que me foi apresentada.	
Para o efeito, foram prestados os esclarecimentos devidos sobre as intenções de intervenção a definir por este serviço, em conjunto com outras estruturas de apoio, que serão desenvolvidas em benefício do(a) meu (minha) educando(a).	
Como Encarregado(a) de Educação, assumo, igualmente, a responsabilidade de garantir o meu envolvimento em todas as etapas do processo, levando a cabo as iniciativas necessárias para a concretização da melhoria da situação.	
Coimbra, ___ de _____ de 200__	
	O(a) Encarregado(a) de Educação

	O(A) Técnico(a) do GAAF

Figura 2. Ficha de autorização de intervenção

O processo de Avaliação Psicológica é então iniciado, aplicando-se uma bateria de provas ajustadas ao nível etário de cada criança. Os resultados obtidos são discutidos, e avaliadas quais as melhores estratégias de intervenção. Primeiramente é um trabalho desenhado a nível de GAAF [como se costuma dizer *trabalho de gabinete*], e só depois é convocada uma reunião com o supervisor técnico ou com a psicóloga do SPO. Após os resultados da avaliação psicológica, agenda-se a frequência das sessões de acordo com a disponibilidade de cada criança, face ao seu horário e actividades extra-curriculares, e inicia-se o acompanhamento psicológico. Aquando do término de cada caso é elaborado um relatório final, que engloba todas as informações relativas à criança acompanhada, sendo posteriormente a título informativo ao professor titular de turma e ao Encarregado de Educação. O estágio desenvolvido neste gabinete permitiu: (1) a observação do trabalho desenvolvido por técnicos profissionais nesta área; (2) contactar com outros colegas estagiários, na discussão e análise de casos; e (3) consolidar, implementar e explorar as competências adquiridas ao longo da minha formação. Ao longo de todo o trabalho desenvolvido no GAAF, foram avaliados e intervencionados **9 casos**.

SÚMULA DE TOTAL DE CARGA HORÁRIA/ACTIVIDADES DE ESTÁGIO

De forma a concluirmos o I Capítulo de descrição e enquadramento institucional, apresentamos o gráfico 6 que demonstra a estimativa total de horas dispendidas nos dois locais de estágio. Tendo em conta que o estágio realizado no projecto GAAP incluía 3 dias por semana (Terças, Quartas e Quintas-Feiras) apresenta naturalmente uma maior carga horária. No entanto, denotamos que essa maior carga horária permitia incluir um maior número de actividades, sendo necessário um menor número de horas para o tão apelidado *trabalho de casa*. Por outro lado, o estágio realizado no âmbito do INML requeria uma maior carga horária extra, devido ao menor número de horas efectivas de trabalho.

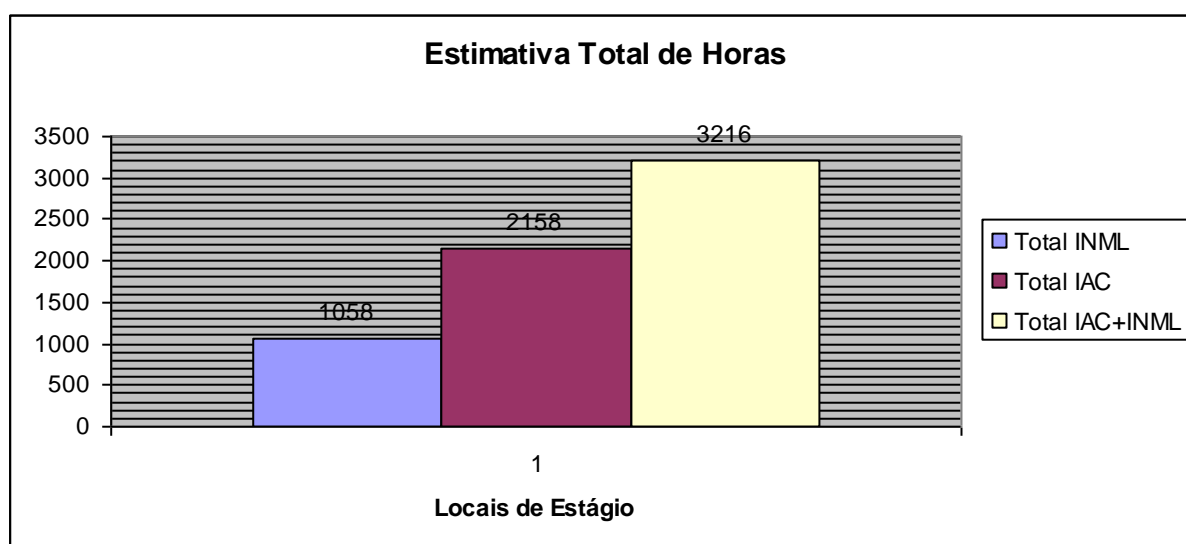


Gráfico 6: Estimativa total do número de horas dispendido nos dois locais de estágio

CAPÍTULO I

COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO

Neste capítulo pretende-se ilustrar as competências adquiridas no âmbito da avaliação psicológica, e que todo o conteúdo apresentado seja fiel indicador de todo o trabalho de avaliação realizado ao longo do estágio no Serviço de Clínica e Psiquiatria Forense. Optou-se assim por centrar a atenção no trabalho desenvolvido no INML, devido às características próprias do mesmo.

Os instrumentos de avaliação administrados ao longo do estágio, na prática de avaliação psicológica serão descritos, assim como o número de clientes avaliados, em função da natureza da perícia realizada. No caso do INML, são apresentados relatórios de perícias efectuadas, onde se operacionalizam as pontuações obtidas pelo sujeito em cada uma das provas que lhe foi aplicada, quais os deficits avaliados e a conclusão geral de resposta ao quesito.

○ **Instrumentos de Avaliação**

Esta parte será dedicada à descrição de todos os instrumentos de avaliação utilizados ao longo das perícias realizadas.

Parental Stress Index (PSI), de Abidin (1995).

De acordo com Abidin (1995), esta prova tem como objectivo a avaliação dos dois domínios principais que representam fontes de stress na relação pais-filhos, sendo eles: as características da própria criança e as características da figura paternal. Integra ainda uma escala de stress de vida que faculta informação sobre o stress de vida situacional experienciado pelos pais. O PSI avalia os diferentes elementos envolvidos no sistema pai-criança, sendo eles: (1) Domínio da criança, com subescalas: Distracção/Hiperactividade, Reforço aos pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de adaptação e exigência, e uma avaliação do temperamento da criança e as percepções que os pais têm do impacto das características das crianças neles próprios; (2) Domínio dos pais, com subescalas: Sentido de Competência, Vinculação, Restrição do papel, Depressão, Relação com marido/mulher, Isolamento social, Saúde, a par de uma avaliação das características pessoais dos pais e variáveis do contexto familiar que influenciam a habilidade para responder adequadamente às tarefas e exigências associadas ao ser-se mãe/pai. A Escala de Stress de Vida (opcional) faculta informação sobre o stress de vida situacional experimentado pelos pais, considerando-se que este tipo de stress, externo à relação pais-criança, tende a intensificar o total de stress que mãe e pai experimentam no seu papel parental.

Beck Depression Inventory (BDI), de Beck (1961).

O autor refere-nos que esta prova, consiste-se como um inventário de auto-administração formado por 21 agrupamentos sintomatológicos derivados a partir da observação clínica de numerosos casos diagnosticados com depressão e, que abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo. Cada agrupamento sintomatológico é constituído por várias frases dispostas segundo uma ordem crescente de intensidade, escolhendo o sujeito aquela que melhor define a forma como se sente.

Eysenck Personality Inventory (EPI), de Eysenck (1990).

Segundo Eysenck (1990) este instrumento é um inventário de personalidade que avalia as dimensões opostas de Neuroticismo - Estabilidade Emocional e de Introversão – Extroversão. É formado por 57 questões de escolha forçada (sim/não), das quais 9 correspondem à Escala Mentira (L), que valida o teste identificando os casos que procuram dar respostas num sentido socialmente desejável, e as restantes 48 que avaliam as 2 dimensões já mencionadas. Constitui-se como um aperfeiçoamento de um teste anterior, o Maudsley Personality Inventory.

Zung Self Rating Anxiety Scale (SAS), de Zung (1979).

O autor indica que esta prova avalia a ansiedade-estado, desenvolvida a partir de descrições de doentes em entrevistas clínicas, seleccionando-se os exemplos mais representativos para cada sintoma. Refere-se sobretudo a estados ansiosos, mais flutuantes e livres, não situacionais, generalizados e inespecíficos. É formada pela avaliação de 20 sintomas e a sua cotação depende da sua frequência que pode variar de “nenhum ou raras vezes” até “a maior parte ou totalidade do tempo”. Possui 4 componentes ou níveis de ansiedade: Cognitivo, Vegetativa, Motor e Sistema Nervoso Central.

Brief Symptom Inventory (BSI), de Derogatis (1982).

Segundo o manual de aplicação da prova, esta avalia sintomas psicopatológicos em termos de 9 dimensões de sintomatologia e 3 índices globais, avaliando sumariamente a existência ou não de perturbação emocional nos sujeitos. Estas 9 dimensões repartem-se por: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo. É composto por 53 itens que variam de intensidade, indo de “Nunca” até “Muitíssimas vezes”.

Profile of Mood States (POMS), de McNair & cols (1971).

De acordo com McNair & cols (1971), este instrumento avalia estados flutuantes e transitórios de humor, medindo 6 dimensões do humor: Tensão/Ansiedade, Depressão/Rejeição, Cólera/Hostilidade, Vigor/Actividade, Fadiga/Inércia, Confusão/Desorientação. Constitui-se como uma escala do tipo lickert, composta por 65

adjectivos à frente dos quais os sujeitos deverão colocar um círculo numa de entre 5 respostas possíveis: de maneira nenhuma, um pouco, moderadamente, muito e muitíssimo. Faz parte da WHO Neurobehavioural core test battery.

Montreal Cognitive Assessment (Moca), de Nasreddine *et. al* (2005).

Segundo os autores, é um instrumento breve de avaliação do défice cognitivo ligeiro, avaliando diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstracção, cálculo e orientação; exigindo-se que o sujeito realize um conjunto de tarefas.

Inventário de Resolução de Problemas (IRP), de Serra (1987).

De acordo com Serra (1987), esta prova permite uma avaliação das estratégias de coping que o sujeito utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem resposta de rotina preparadas.

Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS), de Serra (2000).

Segundo o autor é uma escala que avalia a vulnerabilidade ao stress em relação ao desenvolvimento de psicopatologias. É composta por 23 itens num escala tipo lickert.

Mini-mental State Examination (MMSE), de Folstein (1975).

Na linha de Folstein (1975), esta prova avalia o estado cognitivo, especialmente de pessoas idosas com estados de confusão ou demência. Inclui questões simples e diversos problemas, tais como: o momento e lugar do teste, repetir uma lista de palavras, aritmética, linguagem, compreensão e capacidades motoras básicas.

Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI), de Hathaway (1942).

Apesar de ser um material já muito antigo, é um dos testes de personalidade de uso mais frequente em saúde mental, identificando a estrutura personalística e psicopatologias subjacentes, de acordo com Hathaway (1942). É composto por 550 itens que contêm frases a que os sujeitos devem responder Verdadeiro, Falso ou Não Sei. Possui 4 escalas de validade, que tentam compreender a atitude do paciente e o que deseja transmitir: Escala ? (contempla o número de omissões); Escala L (itens que remetem para pontos fracos que pessoas admitem que não tem ou para visões idealizadas); Escala F (detecta respostas atípicas, improváveis e contraditórias); e Escala K (permite a correcção das outras escalas). O MMPI constitui-se também por 10 escalas clínicas: Hipocondria, Depressão, Histeria, Psicopatia, Masculinidade/Feminilidade, Paranóia, Neuroticismo, Esquizofrenia, Hipomania, e Introversão/Extroversão. No final da aplicação, obtém-se um código de perfil, que nos elucida sobre quais as áreas acima da média, as que se situam dentro da média, e abaixo desta.

Test of Memory Malingering (TOMM), de Tombaugh (1996).

É um teste de reconhecimento visual que pretende ajudar a discriminar entre indivíduos com memórias verdadeiras e os de memórias falsas. Assegura uma fiável conclusão, que poderá ser englobada como parte de uma bateria psicológica de avaliação de falsificação de sintomas e memórias, segundo o autor.

Progressive Matrices, de Raven (1938).

É um teste que avalia o funcionamento cognitivo e uma inteligência do tipo cristalizada, que contempla a apresentação de séries cada vez mais complexas de elementos que cumprem um padrão lógico, de acordo com Raven (1938). Várias alternativas (6 a 8) são então apresentadas, para que o sujeito (segundo o seu raciocínio lógico), escolha a que melhor completa o padrão. Avalia a aptidão do sujeito para apreender relações entre figuras e desenhos geométricos. Existem 3 formas diferenciadas, das quais só as duas primeiras respectivamente foram utilizadas no serviço do INML: Coloured Progressive Matrices, para crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos, formada por 36 itens coloridos; Standard Progressive Matrices, composta por 60 itens repartidos em cinco séries de 12 itens cada, organizados segundo um grau crescente de dificuldade; Advanced Progressive Matrices, formada por 36 itens e destinada a adultos.

Wechsler Adult Intelligence Scale, (WAIS-III), de Wechsler (1997).

De acordo com o autor é uma prova de determinação de Q.I., composta por 14 sub testes, dos quais 11 já englobavam a WAIS-R, incluindo-se como novidades a Pesquisa de Símbolos, Letras e Números e as Matrizes. Os resultados obtidos nos diferentes sub testes permitem calcular o Q.I. Verbal, o Q.I. de Realização e o Q.I. Total, além de 4 índices factoriais: Compreensão Verbal, Organização Perceptiva, Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento.

Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence-Revised (WPPSI-R), de Wechsler (1989).

Instrumento que segundo o autor avalia o funcionamento global de crianças entre os 3 e os 7 anos de idade, e permite identificar quais os pontos fortes e fracos da criança, num dado momento do seu desenvolvimento, principalmente quando se pretende avaliar o efeito de procedimentos educativos ou de aconselhamento pedagógico. É composta por 12 sub testes, dos quais 2 são opcionais: Tabuleiro dos Animais e Frases Memorizadas.

State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), de Spielberger (1973).

De acordo com Spielberger (1973) esta prova permite determinar quais os níveis de ansiedade subjacentes à criança. Na sua forma C-2 (a utilizada no INML), são apresentadas 20 expressões, para as quais cada criança deve escolher de entre três hipóteses: *Quase Nunca*,

Algumas Vezes e *Quase Sempre*, de acordo com a sua adequação de forma habitual a cada uma delas. A Forma C-1 diz respeito a expressões que deverão seleccionadas somente em relação à última semana.

Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, de Piers, Harris & Herzberg (1979).

É um questionário composto por 80 itens, de escolha forçada (sim/não), que permite avaliar como as crianças e adolescentes se sentem consigo próprios. O auto-conceito [como definido por este instrumento] entende-se como um conjunto relativamente estável de atitudes que reflectem tanto uma descrição como uma avaliação do próprio comportamento e atributos, segundo o autor. Este questionário conta com 6 subescalas: Comportamento, Nível intelectual e status escolar, Aparência física e atributos, Ansiedade, Popularidade, Felicidade e Satisfação.

Le test du dessin de famille, de Font (1978).

É um teste projectivo de exploração da afectividade infantil, que acredita que o indivíduo projecta no papel os *seus estados afectivos, desejos, temores, atracções e repulsas* (Font, 1978). Assim, é pedido à criança que desenhe a sua família e que dê um título ao desenho, para posterior exploração com um questionário proposto por Corman (1989).

Composições Escritas

Nome dado ao instrumento não estandardizado utilizado no INML, em entrevistas com crianças até aos 16 anos. É composto por 4 composições que a criança terá de preencher: “Quem sou eu?”, “Descreve o teu pai e a tua mãe”, “Refere o melhor e o pior momento da tua vida”, “Refere três dos teus maiores desejos”. Se a criança não souber ler, as questões deverão ser-lhe lidas e as suas respostas anotadas.

Em forma de compêndio, o gráfico 7 representa o número de vezes que cada instrumento foi utilizado durante as perícias médico-legais. Destaca-se a utilização da entrevista semi-estruturada como instrumento privilegiado de obtenção de dados e como factor chave da detecção de simulação. Seguidamente, a utilização do EPI (Eysenck Personality Inventory), do MMPI e das Matrizes Progressivas de Raven, enquanto instrumentos de maior usabilidade no Serviço de Psiquiatria Forense.

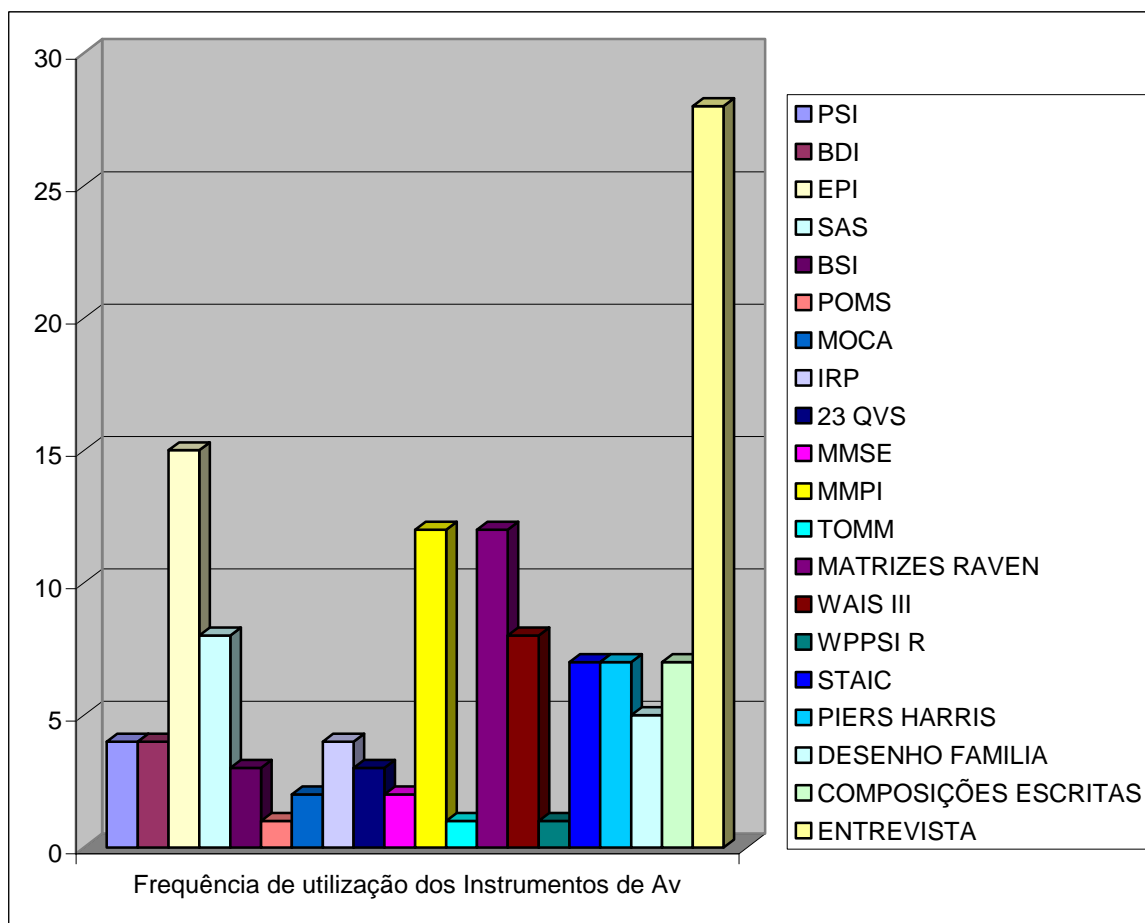


Gráfico 7. Frequência de utilização dos diversos instrumentos de avaliação

Quadro 1. Síntese dos Processos Avaliados no Serviço de Psiquiatria Forense

Nome: M. Idade: 70 Processo: Interdição/Inabilitação
Quesito: Avaliar o grau de inteligência
Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, Entrevista semi-estruturada
Resumo: Trata-se de um processo de Interdição/Inabilitação a decorrer [até à data] no Tribunal Judicial de Oliveira do Bairro, onde o irmão de M. a considera como incapaz de gerir os seus bens e a si própria. Em entrevista a M., esta não sabe o seu nome completo nem a sua idade, nem os Algarismos e os meses do ano. Aos 6 anos de idade <i>teve cataratas e o excesso de operações deverá ter perturbado o seu normal desenvolvimento</i> , refere o irmão. Referente ao quesito do tribunal, é-lhe aplicada a WAIS-III, a qual resulta num total de zero pontos na Escala de Realização e de dois pontos na Escala Verbal. O seu Q.I. é de 52, o que corresponde a uma debilidade mental (<69). Indivíduos adultos com este nível de funcionamento intelectual, podem com a supervisão de terceiros, atingir alguma auto-suficiência em tarefas de grau de dificuldade mínimo.
Nome: S. Idade: 13 Processo: Alteração de Regulação do Poder Paternal
Quesito: Realização de exames psicológicos

<p>Instrumentos de Avaliação: Matrizes Progressivas de Raven, Inventário de Ansiedade-Traço de Spielberger para crianças (STAIC), Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris, Questionário de Personalidade de Eysenck, Composições Escritas, Entrevista semi-estruturada</p>
<p>Resumo: Trata-se de um processo de alteração da regulação do poder paternal, onde o Tribunal de Família e Menores de Coimbra, solicita a realização de exames psicológicos à menor S. É a progenitora que pede essa alteração, justificando-a com o facto de as visitas do pai serem prejudiciais, e logo, canceladas. Em entrevista com S., esta conota qualquer referência ao pai com aspectos negativos, apelidando-o de <i>estranho, falso, é como se não existisse</i>, etc. S. tem um irmão de 12 anos e os seus pais terão se divorciado aquando do seu nascimento. Desde essa data até ao momento presente mudou de casa 7 vezes, referindo que <i>talvez seja por isso que eu seja assim, triste e não me consigo aproximar de ninguém...sempre fui habituada a estar sozinha</i>. Quanto ao quesito solicitado pelo tribunal, e após avaliação psicológica da menor, conclui-se estarmos na presença de uma criança com padrões intelectuais dentro da normalidade; com propensão para reagir com excesso de ansiedade; de auto-conceito mediano, reflectindo uma criança insatisfeita, tímida, entristecida e com poucos recursos sociais; com um traço personalístico associado à introversão e estabilidade emocional, revelando-se uma criança calma, pouco sociável, reservada, mas com auto-domínio e realista. Deixa transparecer uma relação familiar conturbada e conflituosa.</p>
<p>Nome: C. Idade: 65 Processo: Tribunal de Trabalho</p>
<p>Quesito: Avaliação psicológica</p>
<p>Instrumentos de Avaliação: Matrizes progressivas de Raven, Escala de Auto-avaliação de ansiedade de Zung, Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI), Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), Entrevista semi-estruturada</p>
<p>Resumo: O Tribunal de Trabalho de Coimbra solicita “<i>exames psicológicos a C.</i>”, em virtude de esta ter padecido um acidente de trabalho, e estar a decorrer um processo de determinação da sua incapacidade para trabalhar. Á data da perícia, C. tinha sofrido um acidente de trabalho há 4 anos atrás, (2003), “<i>quando estava a passar a sopa, aquilo [tritador industrial] deu um choque, começou a largar uma chama e fumo. Perdi os sentidos e só me recordo de acordar no Centro de saúde com uma mascara de oxigénio</i>”, refere. Continua afirmando que ficou <i>apanhada do lado direito e teve de fazer terapia em Coimbra durante 2 anos</i>. Ingressa também em consultas de psiquiatria. Quando confrontada com o motivo porque terá procurado ajuda, refere que <i>porque eu não fiquei bem; tinha medo da electricidade, de acender as luzes, não dormia... só via chamas à minha frente, agoniava-me com a luz. Tive até de deixar de trabalhar porque não tinha forças. Andei numa paranóia e quase tive de ser internada...fartei-me de tomar medicamentos</i>”. Inicia a toma de benzodiazepinas e anti-depressivos. O seu funcionamento cognitivo global apresenta-se no momento, em níveis inferiores ao que é considerado normal para a população geral. Do ponto de vista psicométrico, o resultado obtido na Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung é excessivo e característico de população doente. Por outro lado, os resultados obtidos com o EPI determinam níveis normais de Neuroticismo e</p>

Extroversão, característicos em personalidades equilibradas. Em termos de interpretação de resultados, os valores destas duas provas (Zung e EPI) entram em contradição, pelo que deverão ser avaliados com cautela e complementados com mais informação clínica. Relativamente aos resultados obtidos com o MMPI, verificamos estar na presença de um perfil com características específicas e bem vincadas, mas sem evidenciar sintomatologia patológica que permita concluir estarmos perante um transtorno de personalidade. Estão patentes várias sequelas/alterações ocasionadas pelo acidente, mas neste momento existem fortes indícios de estarem resolvidas e não minimizarem nem diminuïrem a capacidade de C. Reflectidas no seu perfil, uma elevada componente ansiogénica e nervosismo, parecem ser as únicas sequelas do acidente que se mantêm actualmente, a par de uma postura bastante apelativa.

Nome: A. **Idade:** 58 **Processo:** Complementar pedido pela Psiquiatria

Pedido: Determinar características de personalidade

Instrumentos de Avaliação: MMPI, Inventário Depressivo de Beck (BDI) e Entrevista semi-estruturada

Resumo: Tendo em conta que este é um processo de avaliação complementar pedido pelo perito psiquiatra do INML, não iremos responder a nenhum quesito de Tribunal, mas sim complementar informação que permita ao perito responder de forma mais eficaz ao quesito. Em entrevista a A., esta refere que o seu marido faleceu há 8 anos num acidente de trabalho por alegado incumprimento das normas de segurança no trabalho. Afirma que após esse acontecimento altamente traumatizante, não consegue trabalhar e ingressa num acompanhamento psiquiátrico, sendo-lhe diagnosticadas alterações psiquiátricas e depressão grave. Inicia medicação com anti depressivos e ansiolíticos. Segundo o relatório psiquiátrico, A. é uma pessoa *extremamente ansiosa, de humor triste, com alterações de memória, ideação suicida, possuidora de uma grande angústia, com frequentes insónias, irritável, e de enorme auto-desvalorização pessoal*. A Junta médica considera-a inapta para o trabalho. No que diz respeito às características da personalidade avaliadas, evidencia sintomatologia patológica co-mórbida com um estado depressivo de intensidade moderada.

Nome: A. **Idade:** 7 **Processo:** Inquérito

Quesito: Realização de exames psicológicos

Instrumentos de Avaliação: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, STAIC, EPI- Forma Júnior, Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris, Desenho da Família, Composições Escritas, Entrevista semi-estruturada

Resumo: A. é um menor que desde 2007 se encontra num Centro de Acolhimento Temporário, juntamente com mais dois irmãos. Tem mais quatro irmãos, dos quais três estão com a mãe, que o visitam todos os fins-de-semana. Refere que o pai teria comportamentos agressivos com a mãe e em todos os irmãos, facto pelo qual foram obrigados a fugir para casa de uma amiga da mãe, noutra cidade. A sua mãe, entretanto inicia um novo relacionamento e todos os menores são entregues a uma instituição. Refere *gostar muito de estar na instituição e de não ter saudades do pai*, que nunca mais viu desde que fugiram. Em resposta ao quesito do Tribunal, A. revelou ser uma criança que possui um

nível intelectual global superior ao da média, revelando alguma propensão para reagir de forma ansiosa e de auto-conceito mediano. Ao nível personalístico, alguns traços de introversão e instabilidade emocional evidenciaram-se. Na prova Desenho da Família, substitui a figura paterna pelo seu padrasto, que parece ocupar um lugar nos afectos desta criança. Recomenda-se que os adultos responsáveis por esta criança, se esforcem no sentido de proporcionar um ambiente equilibrado e estável, que possibilite um desenvolvimento harmonioso de A.

Nome: J. Idade: 21 Processo: Complementar pedido pelo Neurologista

Quesito: Determinação de funcionamento cognitivo

Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, Montreal Cognitive Assessment (MOCA), Entrevista semi-estruturada

Resumo: J. tem 21 anos e encontra-se há 5 meses [à data da avaliação] num Centro de Reabilitação. Teve um acidente num veículo motorizado há 5 anos em Viseu, do qual resultou um estado comatoso de 2 meses e um período de 2 anos em cadeira de rodas. Do acidente resultou o ingresso em sessões de fisioterapia, problemas físicos e neurológicos, e consequências sociais que refere ao longo da entrevista. Inicia sessões com um psicólogo, mas não toma medicação. Apresenta-se no INML com marcadas dificuldades em articular o seu pensamento e em executar movimentos mais finos e precisos. No que diz respeito ao solicitado pelo perito neurologista, observamos que J. apresenta um Q.I. inferior ao da média da população em geral (78 pontos), e poderá estar a desenvolver um processo de deterioração mental, evidenciado pela pontuação de 18 pontos obtida no MOCA.

Nome: M. Idade: 37 Processo: Complementar pedido pela Psiquiatria

Quesito: Avaliar o grau de inteligência e traços personalísticos

Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung, EPI, MMPI, Entrevista semi-estruturada

Resumo: M. de 37 anos, sofre um acidente de viação em 2002; no veículo seguia o marido e os 3 filhos, sendo que um deles falece. M. foi submetida a varias cirurgias no Hospital de São Teotónio em Viseu, das quais consegue recuperar. Queixa-se de não conseguir pegar em pesos, ter menos força e de não conseguir permanecer muito tempo em pé. A par disto, o marido refere estar preocupado visto M., *se ter tornado agressiva, bater nos filhos e em mim, chegando até a ameaçar que os mata*. Continua, dizendo que M. se tornou distraída e desmotivada com tudo, recusando ajuda psicológica dizendo que *todos os outros é que estão doentes*. A prova pericial solicitada ao psiquiatra consiste em *determinar quais as lesões e incapacidades que padece*, mas o nosso 'quesito' é outro. Foi-nos solicitado pelo perito [a titulo complementar] uma avaliação de inteligência e de traços personalísticos. Desta forma e após a aplicação de uma bateria de provas psicológicas, M. apresenta um quociente intelectual inferior à média (77 pontos) e um possível início de deterioração mental devido ao resultado obtido no MOCA (21). Revela propensão para reagir com ansiedade, e demonstra uma personalidade assente em padrões de extroversão e estabilidade emocional. O MMPI revela uma postura defensiva, com elevação das Escalas Esquizofrenia (89 pontos) e Histeria (84 pontos), o que pressupõe a presença de uma acentuada

perturbação emocional.
Nome: M. Idade: 39 Processo: Complementar pedido pela Psiquiatria
Quesito: Determinar características de personalidade
Instrumentos de Avaliação: MMPI, Entrevista semi-estruturada
Resumo: M. tem 39 anos e é madeireiro de profissão. Sofreu um acidente de trabalho em 2006: quando procedia ao corte de um eucalipto, este desabou, atingindo-o. Foi assistido nas urgências do Hospital de Viseu e enviado para os Hospitais da Universidade de Coimbra. Um relatório da seguradora conclui que M. apresenta <i>limitações físicas em certos movimentos e apresenta limitações de memória e uma baixa capacidade de decisão</i> . Durante a aplicação do MMPI, revela-se muito atento, concentrado, mas bastante confuso, demorando um largo período de tempo a decidir onde colocar o cartão, afirmando <i>tudo isto é relativo</i> . Demorou 5 horas a completar esta prova. Os resultados demonstram uma elevação acentuada na tríade neurótica.
Nome: M. Idade: 47 Processo: Penal
Quesito: Determinação do quociente de inteligência
Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, Entrevista semi-estruturada
Resumo: M. tem 47 anos e encontra-se em prisão preventiva no Estabelecimento Prisional de Viseu, a aguardar julgamento. É acusado de três crimes de coacção sexual agravado de uma menor. Está a ser seguido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Viseu. Afirma que não sabe ler e que vê tudo a tremer, <i>porque me partiram os óculos na prisão</i> . Em resposta ao Solicitado pelo Tribunal Judicial de Santa Comba Dão, M. foi submetido à aplicação da WAIS-III. Teve como resultado um Q.I. de 59 pontos, uma pontuação inferior à média (<69), sugerindo um quadro de debilidade intelectual de grau leve.
Nome: J. Idade: 28 Processo: Penal
Quesito: Realização de exames psicológicos
Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung, EPI, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), MMPI, Inventário de Resolução de Problemas (IRP), Entrevista semi-estruturada
Resumo: Quadro Clínico em discussão, seguidamente neste capítulo.
Nome: P. Idade: 21 Processo: Complementar pedido pela Psiquiatria
Quesito: Determinar características de personalidade
Instrumentos de Avaliação: MMPI, Entrevista semi-estruturada
Resumo: P. tem 21 anos e encontra-se em prisão preventiva no Estabelecimento Prisional de Coimbra, por agressão com arma branca. Esteve internado nos Hospitais da Universidade de Coimbra no serviço de Psiquiatria Juvenil, e refere que desde cedo consome substâncias psicotrópicas e consagra pequenos roubos. O relatório do psiquiatra salienta: <i>comportamentos anti-sociais e satanismo</i> . Em 2002 e 2003 frequenta consultas psicológicas devido a: confessar sentir-se deprimido e ansioso e ao consumo de THC e Cocaína. Afirma que desde jovem que consome estas substâncias e abusa das benzodiazepinas.

<p>O MMPI apresenta uma dimensão não patológica, com todas as escalas clínicas dentro de padrões de normalidade. A mais pontuada é a Escala Psicopatia (71 pontos), sendo uma elevação moderada, não alcançando uma dimensão patológica.</p>
<p>Nome: J. Idade: 49 Processo: Promoção e Protecção</p>
<p>Quesito: Avaliação psicológica à avó do menor, no que respeita as suas competências parentais</p>
<p>Instrumentos de Avaliação: Matrizes Progressivas de Raven, Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung, EPI, MMPI, Índice de Stress Parental (PSI), Entrevista semi-estruturada</p>
<p>Resumo: J. tem 49 anos e é avó de um menor de 4 anos. O pai do menor foi averiguado através de testes de paternidade, e a sua mãe reside com o seu companheiro em casa da avó, juntamente com os seus dois irmãos (filhos de J.). Esta família tem um processo na CPCJ desde 2005 devido a: <i>discussões e agressões frequentes entre a mãe e a avó do menor; a mãe do menor não ter emprego e a casa onde todos habitam não apresentar as mínimas condições de higiene.</i> A mãe do menor é descrita por M. como <i>leviana, mentirosa e trabalha numa casa de meninas,</i> e o seu companheiro como <i>chulo, que extorque toda a gente.</i> Continua afirmando que <i>ambos me batem devido à minha renúncia constante em dar-lhes dinheiro.</i> Em resposta ao quesito, concluímos que M. não está sob stress nem em risco de desenvolver um comportamento parental disfuncional, possuindo competências parentais globais suficientes, embora neste momento, possa estar a desenvolver sentimentos de frustração causados pela dificuldade em lidar com a situação específica que o menor estará a atravessar.</p>
<p>Nome: I. Idade: 48 Processo: Complementar pedido pela Psiquiatria</p>
<p>Quesito: Realização de exames psicológicos</p>
<p>Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung, EPI, MMPI, MOCA, Entrevista semi-estruturada</p>
<p>Resumo: I. tem 48 anos, é professora de Biologia, e encontra-se à data, internada no hospital de Dia do serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Refere que notou <i>que pouco a pouco fui perdendo as minhas capacidades.</i> Vive sozinha, nunca casou, não tem filhos. Refere sentir-se <i>cansada, esquecida, confusa, não consigo dar aulas.</i> Suspendeu funções em 2006. Consultou uma psicóloga que lhe diagnosticou um estado depressivo. Inicia uma auto-medicação com Xanax. A perícia é requisitada pelo Ministério da Educação, Direcção Regional de Educação do Centro, devido a uma Junta Médica da ADSE-DREC por indícios de perturbação psíquica. Tem como quesito central <i>avaliação das faculdades mentais para o desempenho da sua profissão.</i> Respondendo ao quesito do perito psiquiatra, I. apresenta um Q.I. inferior ao da média da população em geral, com possível deterioração mental (evidenciada pelos resultados obtidos no MOCA). No que respeita o MMPI, demorou 4 horas para terminar a prova. Todas as escalas clínicas se encontram dentro de padrões normativos, destacando-se um pico na Escala Paranóia (67 pontos).</p>
<p>Nome: E. Idade: 9 Processo: Alteração da Regulação do Poder Paternal</p>
<p>Quesito: Realização de exames psicológicos</p>
<p>Instrumentos de Avaliação: Matrizes progressivas Coloridas de Raven, Escala de Ansiedade-Traço de</p>

Spielberger para Crianças (STAIC), Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Júnior, Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, Desenho da Família, Composições Escritas, Entrevista semi-estruturada
Resumo: E. tem 9 anos. Os seus progenitores divorciaram-se quando tinha 3 anos, sendo a guarda da menor entregue à mãe. Aos 7 anos, E. pede para ir viver com o pai para França, ao qual a mãe aquiesceu: <i>foi muito difícil separar-me dela (...) estava desempregada</i> . E. esteve um ano e meio com o pai, e em Junho de 2007 a mãe deslocou-se à França para ver a filha. Nesse momento, E. terá demonstrado desejo de voltar para Portugal com a mãe, uma vez que era maltratada pela madrasta. Em resposta ao quesito do Tribunal Judicial da Figueira da Foz, E. demonstrou possuir um nível intelectual acima da média, com traços personalísticos assentes em extroversão e estabilidade emocional. Revelou-se uma menina psicologicamente saudável, consciente das diferenças que parecem existir entre os pais, mas que neste momento, se mostra mais vinculada à figura materna.
Nome: D., M. Idade: 9 e 14 Processo: Alteração da Regulação do Poder Paternal
Quesito: Avaliação psicológica
Instrumentos de Avaliação: Matrizes Progressivas de Raven, Escala de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC), Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Júnior, Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, Composições Escritas, Entrevista semi-estruturada
Resumo: Quadro Clínico em discussão seguidamente neste capítulo
Nome: J. Idade: 5 Processo: Alteração da Regulação do Poder Paternal
Quesito: Avaliar as relações afectivas do menor com cada um dos progenitores
Instrumentos de Avaliação: Escala de Inteligência de Wechsler para o Período Pré-Escolar e Primário (WPPSI-R), Provas de desenho, Desenho da Família, Entrevista semi-estruturada
Resumo: J. tem 5 anos e os seus progenitores estão divorciados há 2 anos, por alegados casos de infidelidade do seu pai. J. é uma criança que teve de se deslocar duas vezes ao INML, devido à sua postura de não-colaboração e de grande intimidação, que não viabilizaram o processo de avaliação. Ao longo de toda a perícia, mostrou-se pouco comunicativo e intimidado. Sempre que assuntos relacionados com a sua vida pessoal e familiar eram abordados, J. remetia-se ao silêncio. Do pouco que conseguimos obter, concluímos que J. é uma criança que se apercebe do relacionamento disfuncional entre os seus progenitores, aos quais parece manter uma forte vinculação afectiva [sendo esta mais notória com a mãe e com o irmão mais pequeno], não possuindo no entanto estratégias para lidar com esta situação causadora de sentimentos de angústia e desconforto emocional.
Nome: M., M. J., O., V. Idade: 30, 34, 10, 5 Processo: Divórcio
Quesito: Elaboração de relatórios psicológicos dos progenitores e dos menores com vista a avaliar o seu perfil e a dinâmica das suas relações mútuas
Instrumentos de Avaliação: M: Matrizes Progressivas de Raven, Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI), Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS), Inventário de Resolução de Problemas (IRP), Índice de Stress Parental, Entrevista semi-estruturada; M: WAIS-III, Entrevista semi-

estruturada; **J:** Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, Escala de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC), Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Júnior, Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, Composições Escritas, Desenho da Família, Entrevista semi-estruturada; **V:** não possível aplicação de qualquer instrumento

Resumo: M. tem 30 anos e casou-se com M. J. aos 19 anos, referindo que *não estava muito apaixonado por ela, mas como era boa rapariga casámos*. Sete anos depois divorciam-se, alegando problemas com os sogros e com o cunhado, com os quais coabitava juntamente com M.J. Refere ter sido expulso de casa *com paus* pelos sujeitos referidos anteriormente. Sendo a guarda dos menores entregue à mãe ficou estipulado que M. poderia ver os filhos todos os Domingos, facto que só terá *acontecido uma vez*, como nos refere o próprio. Assim deixa de dar a pensão de alimentos. M.J. refere que ao início do casamento tudo corria bem, mas M. começou a chamar-lhe nomes, a tratá-la mal e deixou inclusivamente de trabalhar. Afirma que *não sou eu que não deixo ir os garotos para ao pé do pai, são eles que não querem ir*. O. de 10 anos refere não querer ver o pai e não gostar dele, porque *batia-me e berrava comigo*. Não vê o pai desde os 5 anos. V. de 5 anos não colaborou na avaliação, não proferindo uma palavra. Em resposta ao quesito, concluímos que em relação a M. a relação com os filhos parece estar a causar-lhe uma enorme tensão; M.J. necessita de orientação face a situações de maior complexidade social ou económica; O. apresenta uma fragilidade intelectual, integrada num grupo familiar de características rurais, com forte ligação afectiva ao irmão e à mãe, desvalorizando totalmente a figura paterna.

Nome: J. Idade: 12 Processo: Promoção e Protecção

Quesito: Avaliação psicológica

Instrumentos de Avaliação: Matrizes Progressivas de Raven, Escala de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC), Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Júnior, Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, Composições Escritas, Entrevista semi-estruturada

Resumo: J. de 12 anos é avaliada no âmbito de um processo de Promoção e Protecção. O Relatório da EMAT refere que a menor apresenta *alterações de comportamento, ficando histérica quando a mãe a tenta ir ver à escola, sendo-lhe recomendada uma avaliação e acompanhamento psicológico*. O seu progenitor S. acompanha-a ao INML e mostra-se disponível a prestar alguns esclarecimentos. Refere ter casado com a mãe de J. aos 18 anos e que esta nunca gostou da filha, *nem nunca cuidava dela*. Em 2004 separaram-se, devido a comportamentos de infidelidade da mãe e a discussões constantes. Afirma que após esta ruptura teve um esgotamento e teve de ser internado numa clínica.

Nome: M., P., A. Idade: 34, 32, 5, Processo: Alteração da Regulação do Poder Paternal

Quesito: Avaliação psicológica à menor e avaliação da personalidade dos pais

Instrumentos de Avaliação: M. e P.: Matrizes Progressivas de Raven, MMPI, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS), EPI, BDI, Zung, IRP, Índice de Stress Parental (PSI), Entrevista semi-estruturada; **A.:** Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, Escala de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC), Questionário de

Personalidade de Eysenck – Forma Júnior, Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, Desenho da Família, Composições Escritas, Entrevista semi-estruturada

Resumo: M. tem 34 anos e casou-se pela primeira vez há 14 anos. Tem 2 filhos menores. Aquando da separação (3 anos depois do casamento), a menor S. ficou com o pai e o menor A. com a mãe. M. inicia um novo relacionamento com P. (de 32 anos) em 2000 e leva o seu filho A. para outra cidade. Deste novo relacionamento, nasce uma filha, A. de 5 anos. M. refere que P. se tornou agressivo com o seu filho e com ela desde que soube da gravidez. Conta que um dia conseguiu fugir com os filhos e apresenta queixa na Polícia Judiciária. O processo dá entrada em tribunal e o poder paternal é regulado. P., por seu lado desmente os episódios de violência doméstica, dizendo que foi M. que desapareceu com os filhos sem justificação. Em 2007 inicia uma nova relação a qual descreve como *estável*. No que diz respeito ao quesito solicitado pelo Tribunal: tanto M. como P. apresentam a inexistência de sintomatologia patológica, caracterizando-se como pessoas estáveis e extrovertidas, resistentes ao stress e possuidores de estratégias para lidar com situações de ameaça, dano e desafio. A menor A. mantém vínculos afectivos em relação a todos os elementos da sua família nuclear actual, parecendo não lhe causar motivo de preocupação o facto de viver com alguma instabilidade. O único elemento que lhe contribui para alguma instabilidade emocional e elevados níveis de ansiedade foram as situações em que recorda os acontecimentos de violência do pai contra a mãe. Assim, serão os adultos envolvidos neste processo, que parecem estar a revelar dificuldades de comunicação interpessoal.

Nome: F. **Idade:** 58 **Processo:** Complementar pedido pela Psiquiatria

Quesito: Avaliação psicológica

Instrumentos de Avaliação: WAIS-III, TOMM (Test of Memory Malingering), Entrevista semi-estruturada

Resumo: O quesito central desta avaliação advém de um processo de Interdição solicitado pela mãe ao filho F., de 58 anos, por alegado caso de esquizofrenia. O perito psiquiatra pede uma avaliação psicológica complementar. A fim de dar cumprimento ao solicitado, F. é submetido a uma bateria de provas psicológicas. Na WAIS-III, obteve como resultado um funcionamento cognitivo abaixo da média para a população geral. No TOMM, a sua pontuação foi abaixo dos 45, sugerindo uma possível simulação do défice cognitivo.

Nome: P. **Idade:** 23 **Processo:** Complementar pedido pela Psiquiatria

Quesito: Avaliação da personalidade

Instrumentos de Avaliação: MMPI, Entrevista semi-estruturada

Resumo: P. encontra-se a cumprir pena no Estabelecimento Prisional de Coimbra por tráfico de droga. O perito psiquiatra do INML pede uma avaliação da personalidade, pela qual se procede à aplicação da prova MMPI. Obtém-se como resultados, uma elevação da escala Psicopatia e Paranóia, com um valor baixo na escala Isolamento Social. Este padrão de resposta é frequente em sujeitos rebeldes e ressentidos, com pouca tolerância à frustração, insatisfeitos e inadaptados à sociedade, estabelecendo relações interpessoais superficiais, projectando a culpa e a hostilidade.

Nome: M. Idade: 58 Processo: Complementar pedido pela Psiquiatria
Quesito: Avaliação psicológica
Instrumentos de Avaliação: MMPI, Zung, BDI, Entrevista semi-estruturada
Resumo: M. vivia com o marido na Alemanha e terão mudado para Portugal devido a motivos de ordem económica. M. nunca se adaptou, <i>nem nunca gostei de Portugal</i> . Conta que sempre foi dependente dos anti-depressivos. Há 8 anos o seu pai falece e um mês depois o seu marido é vítima de um acidente de trabalho. Refere que o seu estado depressivo se agravou a partir daí. Actualmente enfrenta graves problemas económicos, visto não trabalhar e não ter fonte de rendimento. A companhia de seguros ainda não devolveu o importe económico relativo à morte do seu marido, e a Segurança Social <i>empresta-me dinheiro para viver, dinheiro esse que terei de devolver quando receber a indemnização</i> . M. recebe acompanhamento psiquiátrico, tendo-lhe sido diagnosticada uma depressão major. O MMPI evidencia a presença de psicopatologia com elevação das escalas de tríade neurótica e psicótica: Escala Esquizofrenia, Depressão, Psicastenia, Histeria, Hipocondria, Paranóia. O ZUNG revela estarmos na presença de um sujeito cuja ansiedade é acima da média, e que apresenta uma depressão severa segundo o BDI.

CASOS DE AVALIAÇÕES PERICIAIS APROFUNDADOS

A ALTERAÇÃO DA REGULAÇÃO DO PODER PATERNAL

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano de 2006, por cada 100 casamentos 48 terminariam em divórcio. Em 2007 foram decretados 25255 divórcios o que eleva a taxa de 2,2 divórcios por cada mil habitantes em 2006 para 2,4 em 2007. Os dados divulgados pelo INE revelam também que há menos casais a oficializarem a sua relação: em 2007 realizaram-se 46329 casamentos, o número mais baixo registado desde 2002. De acordo com o Art. 1878º, compete aos pais no interesse dos filhos, velar pela sua segurança e saúde, prover o seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los e administrar os seus bens. Quer a titularidade destas responsabilidades parentais, quer o seu exercício ficam a cabo de ambos os progenitores, em situação de igualdade, a não ser que haja uma separação legal e uma consequente regulação do poder paternal. Neste caso, e segundo o art. 1906º, nº2 do Código Civil, o poder paternal é exercido pelo progenitor a quem o filho foi confiado por decisão judicial devidamente fundamentada. De referir que o critério a ter em conta nesta decisão será sempre do superior interesse da criança (art.1905º, nº 1 e 2, do Código Civil).

A custódia do menor deverá ser então confiada ao progenitor que se mostre mais idóneo para satisfazer as suas necessidades, assegurando-lhe as condições materiais, sociais, morais e psicológicas que possibilitem o seu desenvolvimento de forma harmoniosa e sustentável, à margem de tensões e conflitos (Epifânio & Farinha, 1997).

Atentando no progenitor que tenha ficado sem a guarda do menor, será estabelecido um regime de visitas, a menos que excepcionalmente o interesse do menor o desaconselhe expressamente (art. 1905º, nº3 do Código Civil).

Segundo o Artigo 2003º do Código Civil, o conceito de *sustento* do menor, ultrapassa em larga medida a necessidade de alimentação e vestuário, abrangendo necessidades tão vitais como a saúde física e psicológica, a segurança, a educação e a instrução.

Numa perícia civil de alteração da regulação do poder paternal, deve sempre ter-se em conta o sexo, idade e o estágio de desenvolvimento da criança, a relação que mantém com ambos os progenitores antes e depois da separação, o seu próprio desejo, a disponibilidade afectiva dos pais de forma a poder prover as condições necessárias à estabilidade afectiva e ao equilíbrio emocional da criança, as condições de ordem económica, profissional e moral e atitudes face aos direitos do outro progenitor. O próprio perito necessita de ter a capacidade de conjugar e articular conhecimentos teóricos e práticos sobre desenvolvimento infantil, psiquiatria clínica, avaliação psicológica de crianças, adolescentes e suas dinâmicas familiares, aspectos éticos e a própria legislação que envolve todo o processo legal (Werner & Werner, 2003; *cit. in* Taborda, 2003).

Considerando a família como uma entidade emocional e afectiva, é frequente as crianças após o divórcio experimentarem sentimentos de abandono, culpabilidade, de manipulação pelos progenitores e de grande angústia, sentimentos, estes que poderão ser intensificados se se sentirem como responsáveis pela separação dos pais.

Desta forma, quando as crianças ficam divididas entre duas casas, com formas de estar e regras diferentes, esta situação pode dar origem à presença de uma constante instabilidade e ao estabelecimento de laços afectivos superficiais que ameaçam e dificultam a construção de uma identidade coesa. Considerando que as crianças têm a sua saúde mental associada ao bem-estar dos pais e à qualidade do relacionamento mantido entre ambos (Souza, 2000), torna-se imperativo que os progenitores tentem prevenir as consequências psicológicas que da separação possam advir, potenciando ao máximo um desenvolvimento harmonioso dos seus filhos.

Mais recentemente a Lei 61/2008 veio alterar o regime jurídico do divórcio, proporcionando alterações bastante significativas em relação ao regime anterior. Uma das alterações mais

relevantes é a exercida pelo Artigo 1906º, em que “As responsabilidades parentais relativas às questões de particular importância para a vida do filho são exercidas em comum por ambos os progenitores nos termos que vigoravam na constância do matrimónio, salvo nos casos de urgência manifesta, em que qualquer dos progenitores pode agir sozinho, devendo prestar informações ao outro logo que possível”. Desta forma, em vez de poder parental passa-se a falar de Responsabilidades Parentais.

PERÍCIA Nº 1

Motivo da Avaliação: Pedido de avaliação psicológica efectivado pelo Tribunal Judicial da Figueira da Foz, em virtude de um processo de Alteração da Regulação do Poder Paternal solicitado pela progenitora das crianças.

<u>Nome:</u> O. <u>Sexo:</u> Feminino <u>Idade:</u> 9 anos <u>Escolaridade:</u> 4º Classe
<u>Residência:</u> Figueira da Foz

○ **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS**

- Matrizes Progressivas de Raven
- Escala de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC)
- Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ-FJ)
- Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris;
- Desenho da Família
- Composições Escritas subordinadas a temas específicos: *Quem sou eu?, Descreve o teu pai e a tua mãe; Descreve o pior e o melhor momento da tua vida; Refere três dos teus maiores desejos.*
- Entrevista semi-estruturada

<u>Nome:</u> P. <u>Sexo:</u> Feminino <u>Idade:</u> 14 anos <u>Escolaridade:</u> 9º Ano
<u>Residência:</u> Figueira da Foz

○ **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS**

- Matrizes Progressivas de Raven
- Escala de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC)
- Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ-FJ)

- Escala de Auto-Conceito de Piers-Harris;
- Composições Escritas subordinadas a temas específicos: *Quem sou eu?, Descreve o teu pai e a tua mãe; Descreve o pior e o melhor momento da tua vida; Refere três dos teus maiores desejos.*
- Entrevista semi-estruturada

○ FORMULAÇÃO DO CASO

O. e P. são duas irmãs fruto do casamento de F. e A. em 1991. De acordo com o relatório da EMAT (Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais), que acompanha o processo, este casamento terá durado 14 anos e a separação terá sido de mútuo acordo em Agosto de 2005. O acordo de Regulação do Poder Paternal foi realizado e a guarda de O. e P. foi entregue à mãe (F.), ficando ao pai (A.) reservado o direito de visitar as filhas na casa da mãe sempre que quiser e de poder levá-las quinzenalmente durante um fim-de-semana, devendo para isso ir buscá-las às 9h de Sábado e entregar até às 21h de Domingo. A mãe entra com um pedido de alteração da regulação do poder paternal: o pai poderá visitar as filhas sempre que quiser na casa da mãe, mas só poderá passar o Domingo com elas de 3 em 3 semanas. Fundamenta esta alteração nos seguintes pressupostos: o pai não passa o fim-de-semana com as filhas, delega-as sim em casa da avó paterna; o pai não tem carro próprio, logo as duas menores têm de se deslocar para Lisboa de autocarro; a filha mais velha, P. foi vista a vender missangas no metro, e a filha mais nova O. recusa-se a ver o pai. Sobre estes pressupostos, o pai pronuncia-se alegando que *é tudo mentira*, e que a mãe não deixa as filhas verem o pai desde que em Junho de 2006 este iniciou uma nova relação afectiva, e *esta fez um escândalo à sua porta*. À data da avaliação no INML, comparece a mãe de O. e P. logo cedo, referindo estar preocupada com a eventualidade das filhas não comparecerem. Explica esta preocupação com factos que terão ocorrido uma semana antes, e que terão originado alterações significativas na sua situação familiar. Em entrevista, refere que esteve casada durante 14 anos e que o divórcio foi decidido de forma amigável, devido ao facto do seu marido ser *alcoólico e infiel*. Após o divórcio (2005) a mãe mudou-se para Leiria com as filhas e após ter iniciado uma nova relação, desloca-se para a Figueira da Foz, onde reside actualmente.

O poder paternal foi-lhe atribuído e o pai poderia ver as filhas quinzenalmente. No entanto, o facto deste residir na zona de Lisboa dificultava os contactos, porque *“o pai nunca as vinha buscar à Figueira da Foz e elas tinham de ir de camioneta sozinhas para Lisboa”*. Passado poucos meses, O. recusa-se a ver o pai, *dizia que não gostava*, e P. ainda continuou a ir até Dezembro de 2006. P., quando estava com o pai em Lisboa *“ia para o metro vender*

missangas com um primo; o pai não ficava com elas, punha-as com a mãe dele". Em 2007, a mãe F. inicia uma nova relação com J. o pai biológico de P., do qual tem uma filha de 3 meses de idade.

Acaba por referir que J. estará a ser acusado de abuso sexual da sua filha mais velha P., sendo esse o motivo pelo qual não foi ela a comparecer no INML com as filhas, mas sim o pai. Dispõe-se a esclarecer que esta situação foi despoletada porque *"eu apanhei um diário de P. em que ela dizia lá que o J. (companheiro da mãe) estava com o 'coiso' de fora e ela a mexer-lhe com os pés..."*. Perante isto, pediu conselho à sua cunhada que pronto apresentou queixa na Polícia Judiciária contra J. No seguimento destes acontecimentos, terá sido chamada à CPCJ para entregar O., P., e a bebé de 3 meses a uma instituição. Continua, explicando que não aceitou tal proposta e que propôs à equipa técnica da CPCJ ir viver para Condeixa com a sua mãe até J. sair de casa, mas neste espaço de tempo, o seu ex-marido A. apareceu com um advogado *"e levou as miúdas para Lisboa"*. Afirma que mantém contacto com as filhas pelo telemóvel e que estas *"choram porque não querem ficar com o pai"*. Afirma que a relação da filha mais velha P., com o seu companheiro J. *"é muito boa, desabafava com ele, conta-lhe tudo, na escola estudam os dois...com a mais nova a relação também é muito boa, ele acompanha-as ao nível dos estudos, leva-as à escola"*.

Uma hora depois da hora marcada para a avaliação, comparece no INML o pai A. e as duas menores. Este mostra-se também disponível para prestar alguns esclarecimentos. Afirma que a sua relação com a mãe das menores sempre foi pouco harmoniosa e conflituosa. No entanto, a opção de divórcio foi consensual. Em sua opinião é a mãe das crianças que não estará a facilitar o contacto entre pai e filhas, devido ao facto de em Junho de 2006 este ter iniciado uma nova relação *"e ela reagiu muito mal, fez um escândalo sem razão e à frente das filhas"*. O pai dá bastante relevância a este episódio, porque terá sido a partir de então que deixou de ver as filhas com a mesma regularidade.

Entretanto em Março de 2007, é confrontado com uma proposta de alteração da regulação do poder paternal, onde se propunha que só poderia ver as filhas de três em três semanas, devendo para tal ser ele próprio a deslocar-se à Figueira da Foz. Não aceita esta situação, afirmando que o contacto com as filhas já não era muito, dessa forma passaria a ser ainda menor.

No meio de todo este processo é contactado pela CPCJ da Figueira da Foz, que lhe comunica que as filhas iriam ser retiradas de casa da mãe, uma vez que haveria suspeitas de abuso sexual de uma das menores. *"Sinto-me muito chocado, atordoado com toda esta situação"*.

Também a filha mais velha P., prestou algumas declarações, dizendo que viveu com os pais até aos 11 anos (altura em que estes se separaram). Esclarece que a sua relação com os pais sempre foi boa e que os problemas que existiam em casa eram apenas entre os progenitores “*discutiam um com o outro e separaram-se por causa disso...o ambiente era mau: discutiam muito, batiam-se*”.

Refere que deixou de ir ver o pai a Lisboa, porque O. deixou de ir “*e porque eu parecia que tinha duas vidas...era muito confuso (...) o meu pai trabalhava mesmo ao fim-de-semana, só estava com ele a partir das 13h de Domingo...Por isso é que eu estava sempre em casa da minha avó*”, continua dizendo que desde os 7 anos que sabe que A., não é o seu pai biológico, e quando os seus progenitores discutiam “*a minha mãe atirava isso à cara do meu pai*”. Solicitada a esclarecer os seus sentimentos em relação às duas figuras masculinas presentes na sua vida, diz “*gosto muito do A. mas o J. é o pai que nunca tive, é mais calmo, não tem confusões com a minha mãe (...) o A. trabalhava muito, não estava muito presente*”. Afirma que neste momento “*queria voltar para casa para ao pé da minha mãe...está a ser mau estar em Lisboa*”.

Quanto aos últimos acontecimentos que terão dado origem à sua deslocação para Lisboa afirma que “*o J. não fez nada de mal, se quisesse já podia ter feito mal, já teve muitas oportunidades*”. Após alguma insistência neste assunto, acaba por referir que terá sido a própria a pedir a J. que lhe mostrasse o que era um homem, porque ela teria curiosidade em saber.

Quanto a O., a irmã mais nova de 9 anos, refere que foi para Lisboa viver com o pai para não ir para uma Instituição, mas “*não gosto de lá estar...sou mais feliz em casa com a minha mãe e com o J.*”

Quando questionada em relação a toda esta situação, refere que “*o J. disse que saía de casa para não irmos para uma instituição ...e o pai diz que não nos deixa ir para a Figueira enquanto o J. não se for embora porque ele acha que ele nos trata mal, mas não, é nosso amigo e ajuda a mãe*”.

○ AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A fim de dar cumprimento ao solicitado pelo 2º Juízo do Tribunal Judicial da Figueira da Foz, a menor P. de 14 anos foi submetida a uma avaliação psicológica abrangente, ajustada ao seu nível etário.

Nas Matrizes Progressivas de Raven, prova que avalia o funcionamento cognitivo global, o resultado obtido foi de 41. Este valor enquadra-se nos limites da Classe Bom (valores entre 35-45), garantindo a existência de um nível intelectual acima da média.

No Inventário de Ansiedade-Traço de Spielberger para crianças (STAIC), o resultado foi 26. Considerando que a média para o grupo etário da examinada é de 34,3, pode concluir-se que esta revela propensão para reagir com baixos níveis de ansiedade, sobretudo quando confrontada com situações de maior tensão emocional.

No Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ-FJ), os resultados obtidos reflectem uma personalidade a desenvolver-se assente em traços de estabilidade emocional e de extroversão. Este padrão de resposta (que, atendendo ao nível etário da examinada, não pode ainda considerar-se como definitivo), parece reflectir uma adolescente emocionalmente estável, sociável, dinâmica, conversadora, com resposta pronta, despreocupada, animada, livre de cuidados e gosto de comandar.

Na Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, que avalia a auto-imagem que a menor faz de si própria em seis áreas específicas (Comportamento, Estatuto Intelectual, Aparência Física, Ansiedade, Popularidade e Satisfação Pessoal), o resultado obtido é compatível com a existência de um auto-conceito positivo em todas as áreas, sendo a mais valorizada a área da Aparência física (que reflecte atitude positiva em relação às suas características pessoais, assim como a facilidade em expressar ideias e espírito de liderança).

As Composições Escritas que efectuou apresentam-se de conteúdo apropriado, ajustadas ao seu nível escolar e esclarecedoras, reflectindo uma adolescente perspicaz, sensível, com um discurso estruturado.

No que diz respeito à avaliação psicológica efectuada a O. de 9 anos, esta foi submetida a uma bateria de provas, também ajustada ao seu nível etário.

Nas Matrizes Progressivas de Raven, o resultado obtido foi 24. Considerando que o valor médio para crianças do mesmo grupo etário é de 24,7, pode concluir-se que esta criança possui um nível intelectual global dentro dos parâmetros da normalidade, o que garante a existência de capacidade para raciocinar com lógica e para se adaptar a novas situações, utilizando estratégias adequadas;

No Inventário de Ansiedade-Traço de Spielberger para Crianças (STAIC), o resultado foi 32. Considerando que o valor médio para o grupo etário da examinada é 35,6 pode concluir-se que O. não revela tendência para reagir de forma ansiosa, mesmo quando confrontada com situações de maior tensão emocional e de maior complexidade;

No Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ-FJ), os resultados obtidos reflectem uma personalidade, embora ainda em fase de formação, mas assente já em traços de introversão e possuindo estabilidade emocional. Este padrão de resposta é encontrado em crianças calmas, moderadas, pensativas e pouco expansivas;

Na Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, o resultado obtido é compatível com a existência de um auto-conceito globalmente positivo, sendo a área mais valorizada a Aparência Física, o que, tal como na irmã, reflecte uma atitude globalmente positiva em relação a si própria e às suas características pessoais;

Quanto ao Desenho da Família, este resultou num trabalho colorido, alegre, onde os diferentes elementos da família estão integrados numa paisagem. Em termos de conteúdo, o desenho inclui 5 elementos, todos com pormenores que os individualizam, colocados pela seguinte ordem: mãe, o J. (companheiro da mãe), a irmã P, ela própria e a irmã de 3 meses. Esta criança tem um conceito de família estruturado e, neste momento, estará a investir os seus afectos na mãe e no companheiro da mãe, J., a quem designa como sendo o *melhor pai*;

As composições escritas que O. efectuou apresentam-se com um conteúdo lógico, simples e parecem reflectir o momento crítico que a menor atravessa. Refere-se ao melhor e ao pior momento da sua vida da seguinte forma: “*O pior momento da minha vida vai ser o J. sair de casa para eu e a P. não irmos para uma instituição. O melhor momento da minha vida foi o J. ir para minha casa*”. Os seus maiores desejos são: “*1º ficar com o J, com a mãe, com a minha irmã mais pequena e com a P.; 2º Não ir para Lisboa; 3º Não ir para nenhuma instituição*”. Na generalidade pode afirmar-se que esta criança estará a atravessar um período de grande turbulência emocional sem ter ainda a necessária maturidade para poder avaliar a situação em que foi envolvida, e que propicia o desenvolvimento de sentimentos de insegurança e de angústia.

○ CONCLUSÃO/RESPOSTA AO QUESITO

P. apresenta-se calma e de postura colaborante. Encontra-se orientada no espaço e no tempo, possuindo consciência acerca da situação que a envolve. Tendo por base os resultados obtidos nas diferentes provas a que esta criança foi submetida, bem como em função do contacto directo que mantivemos com a mesma, pensamos ter reunido dados que nos permitem concluir o seguinte:

* Estamos perante uma adolescente com idade aparente superior à real, com um discurso coerente, com capacidade de análise e espírito crítico;

- * Possui um nível intelectual acima da média esperada para a população normal, o que lhe garante bom raciocínio lógico bem como capacidade para se adaptar a novas situações;
- * Revelou possuir uma personalidade predominantemente estável e extrovertida, com baixos níveis de ansiedade, auto-conceito positivo, reflectindo estabilidade emocional, sociabilidade e dinamismo;
- * Neste momento, parece estar envolvida num conflito interno susceptível de gerar grande desconforto emocional. No entanto, a examinada parece possuir características de personalidade e estratégias suficientes para lidar de forma eficaz com situações adversas, eventualmente causadoras de sofrimento psicológico.

No que diz respeito a **O.** esta apresenta-se bastante agitada, todavia colaboradora. Tendo por base os resultados obtidos nas diferentes provas a que foi submetida, bem como em função do contacto directo que mantivemos com a mesma, pensamos ter reunido dados que nos permitem concluir o seguinte:

- * Estamos perante uma criança que possui um nível intelectual compatível com padrões considerados médios, o que lhe garante capacidade para raciocinar utilizando a lógica bem como para se adaptar a novas situações;
- * Possui uma personalidade equilibrada, onde predominam traços de introversão, de estabilidade emocional e com uma auto-imagem conservada;
- * No entanto, deve chamar-se a atenção para o facto de que, nesta faixa etária, o processo de estruturação da personalidade (nas suas vertentes física, psíquica e social), está em pleno desenvolvimento, pelo que não lhe é possível e nem se lhe pode exigir, que consiga avaliar o alcance e a complexidade da situação em que se está a ver envolvida.

A PERÍCIA EM DIREITO PENAL

*“Para que um acto possa ser atribuído
ao seu actor, é necessário que este possua uma noção
exacta da natureza e alcance do seu acto”*

Aristóteles

O juízo de inimputabilidade encontra-se subordinado à verificação de três pressupostos: (1) biológico; (2) psicológico; (3) normativo. O primeiro pressuposto, o Biológico, consiste na verificação de qualquer anomalia psíquica., compreendendo esta, doença ou simples estados psíquicos transitórios ou não. Ao nível Psicológico espera-se que a anomalia produza um efeito psicológico que incapacite o sujeito. O último pressuposto, o Normativo, estabelece as

bases e limites legais do que deverá ser considerado como imputável e inimputável (Fernandes, 1954; *cit. in* Carolo, 2005).

A perícia que avalia a responsabilidade penal, é aquela que visa o esclarecimento se no momento do acto delitivo, o sujeito padecia de algum transtorno mental que, de alguma forma, [seja esta total ou parcial] tivesse a capacidade de afectar o seu entendimento do que estava a fazer, declarando o sujeito como inimputável ou semi-imputável. É uma perícia que volta ao passado (perícia retrospectiva) e que se encerra no passado, emitindo um parecer sobre se o sujeito seria ou não penalmente imputável aquando da comissão do delito (Taborda, 2003).

Desta forma, a maioria das perícias médico-legais realizadas em âmbito penal, destinam-se maioritariamente a:

- Avaliação de personalidade, ao abrigo do artigo 106º do Código Penal;
- Avaliação do estado de toxicodependência;
- Avaliação do estado psicológico do sujeito;
- Avaliação da inimputabilidade ou semi-imputabilidade do sujeito.

É uma perícia bastante comum, devido ao facto de, uma possível declaração de imputabilidade ou semi-imputabilidade do sujeito conduzir a uma atenuante da pena privativa de liberdade ou a um internamento num hospital psiquiátrico. Constitui-se desta forma como uma perícia bastante difícil de efectuar, onde o perito tem de voltar ao passado e tentar perceber, se em determinado momento o sujeito padecia de algum tipo de transtorno que pudesse afectar a sua capacidade de entendimento e discernimento.

Por outro lado, é também uma perícia que conduz à formulação de um parecer bastante complexo e de grande risco, devido à simulação que o sujeito poderá apresentar, no exacerbamento de sintomas ou na criação de sintomas inexistentes (simulação). O procedimento efectuado no INML é também assente em padrões normativos. Este tipo de perícias é normalmente efectuado pelos peritos psiquiatras, que solicitam um exame complementar do actual estado psicológico do sujeito, ao perito psicólogo. Normalmente um electroencefalograma é também solicitado. Reunidos todos os dados é emitido um parecer que decide da imputabilidade ou inimputabilidade do sujeito.

Perícia nº 2

Motivo da Avaliação: O Tribunal de Instrução Criminal de Coimbra solicita ao INML, um exame psiquiátrico de forma a verificar se existe qualquer distúrbio de personalidade ou doença mental associada ou potenciada pelo abuso de bebidas alcoólicas e que possam, de alguma forma, diminuir a capacidade de discernimento do arguido. Especificamente, ao perito

psicólogo e ao Serviço de Psiquiatria Forense é pedido que se realize um exame complementar que **avali**e o estado psicológico do sujeito.

<u>Nome</u> : J. <u>Sexo</u> : Masculino <u>Idade</u> : 28 anos <u>Escolaridade</u> : 6º ano <u>Residência</u> : Coimbra

- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III)
- Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung
- Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI)
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)
- Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI)
- Inventário de Resolução de Problemas (IRP)
- Entrevista Semi-Estruturada

○ **FORMULAÇÃO DO CASO**

J. de 28 anos, encontra-se [até à data da avaliação] há 6 meses em prisão preventiva no Estabelecimento Prisional de Coimbra a aguardar julgamento. É acusado de tentativa de homicídio da sua mulher, a qual terá esfaqueado 3 vezes.

Possui antecedentes de alcoolismo crónico, encontrando-se actualmente em Síndrome de Abstinência alcoólica e a beneficiar de acompanhamento nas consultas de Alcoologia nos Hospitais da Universidade de Coimbra, de acordo com o Relatório a que tivemos acesso do referido Hospital.

J. encontra-se em pena suspensa, devido a um processo de violência doméstica anterior. J. e A. (sua esposa) estiveram casados 4 anos e fruto desta união nasceu X, de 4 anos. J. conta que sempre foi um casamento atribulado, porque a sua mulher *“nunca queria fazer nada, só estar com os amigos lá em casa a charrarem-se”*. Refere que tanto ele como A. sempre abusaram de substâncias como o álcool e o haxixe, mas que ele foi parando e *“desde há dois anos que não fumo nada, só bebo”*. J. e A. estão separados há um ano, e a custódia de X. foi atribuída à mãe. De acordo com J. a mãe de X., *“não tem responsabilidade nenhuma com a filha, não quer saber dela, e não deixa a droga”*, prossegue dizendo *“é tão ruim que nem a consegui matar, mas ela não se mete mais entre mim e a minha filha, e se meter, ela já sabe...”*. J. confirma os episódios de violência doméstica, mas afirma que *“na maioria deles estava bêbedo e enervava-me vê-la [à sua mulher] a drogar-se com a filha mesmo ali ao pé”*. Aquando da alegada tentativa de homicídio da sua mulher apenas refere que *“estava bêbedo, não me lembro do que aconteceu”*. Refere que o seu maior desejo é sair da prisão e recuperar

a custódia da filha, porque “ a mãe não sabe cuidar dela, ela está bem é ao pé de mim. Quero a minha filha ao pé de mim, para voltarmos a ser uma família feliz”. J. encontra-se medicado com benzodiazepinas, e refere ter bastantes dificuldades em adormecer.

○ AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A fim de dar cumprimento ao solicitado pelo Tribunal de Instrução Criminal de Coimbra e pelo perito psiquiatra do INML, J. foi submetido a uma bateria de provas psicológicas, que nos permitisse responder ao quesito proposto pelo perito psiquiatra.

1. No que diz respeito à aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III), os resultados obtidos pelo examinado foram os seguintes:

* Q.I. Verbal: 81 (média inferior: 80-89)

* Q.I. de Execução: 85 (média inferior: 80-89)

* Q.I. Total: 81 (média inferior 80-89)

Estes resultados pressupõem a existência de um funcionamento cognitivo relativamente inferior ao considerado “*normativo*” para a população em geral, não atingindo no entanto níveis de debilidade intelectual.

2. Quanto à Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung, o resultado obtido foi 41. Considerando que o valor médio para a população normativa é 33, pode concluir-se que o examinado revela propensão para reagir tendencialmente de forma ansiosa, sobretudo quando confrontado com situações de maior tensão emocional.

3. De acordo com o Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI), os resultados obtidos foram os seguintes:

* Neuroticismo: 18 (média: 10,01)

* Extroversão: 07 (média: 12,50)

* Mentira: 05 (média: 4,30)

São valores que caracterizam uma personalidade predominantemente introvertida e portadora de grande instabilidade emocional. É um padrão de resposta frequente em pessoas reservadas, pouco sociáveis, ansiosas, rígidas e de humor instável.

4. No Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), o examinado obteve um total de 93 pontos. De salientar que apenas alcança valores acima da média em três dimensões: Somatização (associada a mal estar resultante da percepção de funcionamento somático); Obsessões/Compulsões (associada a cognições, impulsos e comportamentos persistentes que despertam luta interior e aos quais não consegue resistir) e Psicose/Psicoticismo (dimensão associada a isolamento e estilo de vida esquizóide).

5. Relativamente ao Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI), deve referir-se o seguinte:

* Todas as escalas de validade apresentam valores normativos, o que confere credibilidade ao perfil clínico obtido;

* Relativamente às escalas clínicas, verificamos estar em presença de um perfil globalmente elevado, com evidência de sintomatologia patológica. Destacam-se as escalas 1 (Hipocondria) e 8 (Esquizofrenia), ambas com 95 pontos, seguidas da escala 6 (Paranóia) com 94 pontos e a escala 3 (Histeria) com 89 pontos.

De acordo com a literatura existente, este padrão de resposta é produzida por indivíduos que apresentam dificuldades generalizadas ao nível do relacionamento interpessoal. Desenvolvem facilmente sentimentos de hostilidade e agressividade, sendo incapazes de os expressar de forma beligerante e abrasiva. São pessoas socialmente desadequadas, desconfiadas, que evitam o relacionamento com terceiros, sentindo-se isoladas e alienadas. Mostram-se evasivos, defensivos, egocêntricos e auto-indulgentes. O seu pensamento pode revelar-se autista, fragmentado, muito circunstancial e por vezes, de conteúdo bizarro. São sujeitos que assumem, por vezes, um estilo de vida errante, possuem pouca qualificação profissional e aparecem integrados em quadros familiares disfuncionais.

* Do ponto de vista psicométrico o perfil do examinado apresenta sintomatologia patológica acentuada, susceptível de determinar um transtorno da personalidade.

6. Quanto ao Inventário de Resolução de Problemas (IRP), o examinado apresenta uma nota global dentro de valores médios (140), podendo considerar-se como possuidor de estratégias suficientes para lidar com as situações de ameaça, dano ou desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas. No entanto, de salientar que em 3 factores essas estratégias existem em menor medida: Factor 1 (Pedido de Ajuda); Factor 4 (Controlo interno/externo dos problemas); Factor 8 (Auto-Responsabilização e Medo das consequências).

○ **CONCLUSÃO/RESPOSTA AO QUESITO**

Tendo em conta os resultados obtidos pelo examinado nas diferentes provas psicológicas a que foi submetido, pensamos poder concluir o seguinte:

* Revela possuir um funcionamento cognitivo global ligeiramente inferior ao esperado em populações normativas, não atingindo no entanto valores de debilidade intelectual;

* Em relação à sua personalidade, verificou-se que o examinado possui uma personalidade predominantemente introvertida, emocionalmente instável e com propensão para reagir com níveis patológicos de ansiedade;

* As suas estratégias para lidar com situações de ameaça, dano e desafio com que se depara e para as quais não tem resposta de rotina preparada se encontram diminuídas em três vertentes: pedido de ajuda; controlo interno/externo dos problemas; auto-responsabilização e medo dos problemas;

* Nas características mais específicas de personalidade foi determinada a presença de sintomas psicopatológicos, que deverão merecer atenção clínica.

A PERÍCIA NO ÂMBITO DOS ACIDENTES DE TRABALHO

As perícias realizadas no âmbito do Direito de Trabalho, mais especificamente quando incidentes em acidentes de trabalho, são bastante difíceis de realizar. A avaliação da incapacidade é uma tarefa bastante árdua, devido ao facto de o perito ter de determinar se existem ou não sequelas psicológicas incapacitantes decorridas de um acidente de trabalho, ou alguma doença profissional, que aliada ao valor ou taxa de incapacidade física também determinada ao sujeito [a partir da Tabela Nacional de Incapacidades], lhe permite a atribuição de uma pensão de invalidez ou dependência.

Ora, isto acarreta que o perito lide muitas vezes com a simulação do sujeito avaliado. Esta traduz-se normalmente no exacerbamento de sintomas e consequências decorridas do acidente. Isto porque normalmente se encontra em questão o valor monetário da pensão atribuída pela seguradora. Logicamente, a uma maior taxa de incapacidade, corresponde um maior valor monetário.

Em 2005, a Organização Internacional do Trabalho (IOW) estima que 2.2 milhões de pessoas morram anualmente em acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Estima ainda, que ocorram por ano 270 milhões de acidentes não mortais e 160 milhões novos casos de doenças profissionais (Da Silva, 2008).

Desta forma é obrigatório um Seguro de Acidentes de Trabalho para todos os empregados e trabalhadores independentes. Esse seguro é custeado pelo empregador mediante contribuição mensal, e calculado mediante a avaliação do grau de risco do tipo de trabalho desenvolvido. Será depois esse seguro que compensa financeiramente todos os indivíduos portadores de sequelas permanentes decorridas de um acidente de trabalho ou doença profissional, através do pagamento de prestações mensais ou vitalícias (Brandimiller, 1996).

O caso seguidamente descrito enquadra-se na problemática aqui abordada.

Motivo da Avaliação: O Tribunal de Trabalho de Coimbra solicita “*exames psicológicos a C.*”, em virtude de esta ter sofrido um acidente de trabalho, e estar a decorrer um processo de determinação da sua incapacidade para trabalhar.

<u>Nome:</u> C.	<u>Sexo:</u> Feminino	<u>Idade:</u> 65 anos	<u>Escolaridade:</u> 4ª classe
<u>Residência:</u> Coimbra			

○ INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

- Matrizes Progressivas de Raven
- Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung
- Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI)
- Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI)
- Entrevista Semi-Estruturada

○ FORMULAÇÃO DO CASO

C. tem 65 anos e é cozinheira há 34 anos. Ao nível de instrução possui a 4ª classe. À data da perícia, C. tinha sofrido um acidente de trabalho há 4 anos atrás, (2003), “*quando estava a passar a sopa, aquilo [tritador industrial] deu um choque, começou a largar uma chama e fumo. Perdi os sentidos e só me recordo de acordar no Centro de saúde com uma máscara de oxigénio*”, refere. Continua afirmando que ficou *apanhada do lado direito e teve de fazer terapia em Coimbra durante 2 anos*. Ingressa também em consultas de psiquiatria. Quando confrontada com o motivo porque terá procurado ajuda, refere que “*porque eu não fiquei bem; tinha medo da electricidade, de acender as luzes, não dormia... só via chamas à minha frente, agoniava-me com a luz. Tive até de deixar de trabalhar porque não tinha forças. Andei numa paranóia e quase tive de ser internada...fartei-me de tomar medicamentos*”. Inicia a toma de benzodiazepinas e anti-depressivos. Incentivada a contar-nos todos os trâmites legais decorridos desde o acidente, conta que após o acidente foi avaliada por médicos do INML, que lhe conferiram 30% de incapacidade, de acordo com a TNI (Tabela Nacional de Incapacidades). Chamada a tribunal, refere não ter aceite os 30% de incapacidade porque *foi pouco, eu não estou bem, não consigo fazer nada, o meu psiquiatra ainda não me deu alta, nem vai dar, por isso não posso aceitar*. Refere que o psiquiatra que a acompanha escreveu

uma carta para o Tribunal, onde pedia os 50% de incapacidade. Chamada ao Porto para efectuar exames médicos, a Seguradora confere-lhe 10% de incapacidade e suspende o pagamento da medicação.

É notória em toda a perícia, a postura apelativa de C. e a sua emotividade um pouco forçada, pedindo ao perito que *desse um jeitinho, e veja lá o que pode fazer, porque com 10% já tenho de pagar os medicamentos do meu bolso*. Confrontada com o seu estado actual, afirma que *agora já me sinto melhor, depois destes 4 anos em terapia, já consigo fazer tudo o que antes não fazia*.

○ AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A fim de dar cumprimento ao solicitado pelo 1º Juízo do Tribunal de Trabalho de Coimbra, a examinada foi submetida a uma avaliação psicológica, que nos permitisse aportar informação acerca do seu funcionamento cognitivo e estado psicológico, e opinar sobre o mesmo.

1. Nas Matrizes Progressivas de Raven, prova que avalia o funcionamento cognitivo global, o resultado obtido pela examinada foi de 14. Este valor enquadra-se na classe Medíocre (valores entre 10 e 20), pressupondo a existência de um nível intelectual abaixo da média esperada para a população normal;

2. Na Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung, o resultado foi 60. Considerando que o valor médio para a população normal é 33, a examinada deverá revelar propensão para reagir com níveis excessivos de ansiedade, já com contornos patológicos, sobretudo quando confrontada com situações de maior tensão emocional e de maior complexidade;

3. No Inventário de Personalidade de Eysenck, os resultados obtidos foram os seguintes:

- Neuroticismo (N) = 12, sendo a média de 11,4
- Extroversão (E) = 12, sendo a média de 12,5
- Mentira (L) = 04, sendo a média de 4,3

São resultados que evidenciam uma personalidade medianamente extrovertida e com estabilidade emocional suficiente.

4. Relativamente ao MMPI, deve referir-se o seguinte:

- Revelou muitas dificuldades de leitura, referindo sentir-se bastante confusa, com dificuldade em concentrar-se na tarefa e na compreensão das frases, que lhe tiveram de ser lidas e explicadas;
- Todas as escalas de validade se encontram dentro dos valores normativos, o que confere credibilidade ao perfil clínico obtido;

- No perfil clínico destaca-se a elevação na Escala Hipocondria, com 75 pontos, logo seguida da Escala Esquizofrenia com 69 pontos. Esta escala, apesar de elevada, apresenta valores normais, que poderão apenas evidenciar estados de confusão mental, desorientação e pouca concentração. O padrão de resposta obtido é encontrado com frequência em sujeitos que desenvolvem facilmente sentimentos de hostilidade e agressividade, os quais nem sempre conseguem expressar de uma forma adequada: tanto inibem esses sentimentos de forma excessiva como os expressam de forma beligerante e abrasiva. São pessoas inseguras, que se sentem socialmente desadequadas e que requerem a constante atenção de terceiros sobre si. Têm tendência a desenvolver excessivas queixas somáticas e apresentam dificuldades de concentração para além do seu pensamento se poder revelar confuso (Graham, 1999).
- A combinação da elevação das Escalas Hipocondria e Esquizofrenia resulta em prováveis crenças delirantes sobre sintomas físicos;
- Chama-se atenção para a pontuação demasiado baixa da Escala Introversão Social, que quando ocorre, se associa a características de imaturidade, auto-indulgência e superficialidade no relacionamento interpessoal;

○ **CONCLUSÃO/RESPOSTA AO QUESITO**

Tendo em conta os resultados obtidos pela examinada na avaliação psicológica efectuada, pensamos poder concluir o seguinte:

- * O seu funcionamento cognitivo global apresenta-se no momento da avaliação, em níveis inferiores ao que é considerado normal para a população geral;
- * Do ponto de vista psicométrico, o resultado obtido na Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade-Estado de Zung é excessivo e característico de população doente;
- * Por outro lado, os resultados obtidos com o EPI determinam níveis normais de Neuroticismo e Extroversão, característicos em personalidades equilibradas;
- * Em termos de interpretação de resultados, os valores destas duas provas (Zung e EPI) entram em contradição, pelo que deverão ser avaliados com cautela e complementados com mais informação clínica;
- * Relativamente aos resultados obtidos com o MMPI, verificamos estar na presença de um perfil com características específicas e bem vincadas, mas sem evidenciar sintomatologia patológica que permita concluir estarmos perante um transtorno de personalidade.
- * Estão patentes várias sequelas/alterações ocasionadas pelo acidente, todavia neste momento existem fortes indícios de estarem resolvidas e não minimizarem nem diminuïrem a capacidade de C;

* Reflectidas no seu perfil, uma elevada componente ansiogénica e nervosismo, parecem ser as únicas sequelas do acidente que se mantêm actualmente.

SÚMULA GERAL DO CAPÍTULO

A avaliação psicológica e a perícia realizada permitem o aporlar de informação para o perito psicólogo ou psiquiatra poder sustentar o seu parecer sobre o caso. Desta forma torna-se complexo integrar todos os dados obtidos em avaliação psicológica e formar ou emitir um parecer acerca do quesito, não só dado os vários intervenientes da situação ou acto perpetuado, como às motivações pessoais do sujeito avaliado, que podendo simular um exacerbamento ou diminuição de sintomas para obter algo, nos podem induzir em erro. A detecção de simulação é assim um dos aspectos mais pertinentes em todo este processo, que não poderá ser descurado.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo serão demonstradas as competências de intervenção adquiridas ao longo do estágio no GAAF na Escola Básica do Primeiro Ciclo de Montes Claros. Todas as crianças sinalizadas a este Gabinete foram alvo de avaliação psicológica, sendo as que o justificavam, alvo de acompanhamento psicoterapêutico.

Inicia-se o capítulo com uma breve exposição teórica do motivo do pedido de avaliação e acompanhamento terapêutico de cada uma das crianças e posteriormente, são referidos os casos acompanhados ao longo do estágio, terminando com uma exposição detalhada, sessão a sessão de um dos casos clínicos. Descrevem-se as actividades realizadas, de acordo com os objectivos de intervenção delineados. É realizada uma ponte entre as actividades criadas de forma pessoal e aquilo que é sustentado pela literatura científica.

Quadro 2. Pedidos de Avaliação e Acompanhamento Terapêutico

<p>Nome: V. Sexo: Masculino Idade: 10 anos, 3ª Classe</p>	<p>Motivo: V. é referido como uma criança agressiva e provocadora, geradora de distúrbios na sala de aula e com dificuldades de ordem sócio-afectiva: em cumprir regras, respeitar os colegas, exibindo frequentemente comportamentos inadequados em relação às suas colegas do sexo feminino.</p>
<p>Nome: S. Sexo: Feminino Idade: 7 anos 2ª Classe</p>	<p>Motivo: S. é sinalizada ao GAAF pela própria professora, referindo dificuldades de atenção, concentração e de aprendizagem. Acrescenta que S. é muito calada, humilde, submissa e apresenta uma auto-estima muito baixa em relação aos seus colegas, sentindo-se muitas vezes inferior, <i>por advir de um nível sócio económico mais baixo que as outras crianças</i></p>
<p>Nome: C. Sexo: Feminino Idade: 8 anos 3ª Classe</p>	<p>Motivo: C. é sinalizada ao GAAF pelos progenitores, que se mostram preocupados com o facto de C. ter visto um filme há duas semanas atrás, num Sábado à tarde intitulado “A baía do medo”. Contam que C. terá visto uma cena onde um crocodilo <i>come uma pessoa e fica com a boca cheia de sangue</i>. Desde esse dia não consegue dormir sozinha, acreditando que um crocodilo vai irromper pelo seu quarto dentro.</p>
<p>Nome: R. Sexo: Masculino Idade: 7 anos 2ª Classe</p>	<p>Motivo: R. é sinalizado ao GAAF pela mãe (auxiliar de acção educativa na EB1 Montes Claros), que se demonstra preocupada com a situação que esta criança atravessou e estará a atravessar neste momento, devido a problemáticas de ordem familiar. Pede-nos uma avaliação psicológica à criança, que ultimamente terá tido muitos</p>

	pesadelos e desenvolvido um medo enorme face ao escuro.
<p>Nome: H. Sexo: Masculino Idade: 8 anos 2ª Classe</p>	<p>Motivo: H. é sinalizado ao GAAF pela professora titular de turma. Descreve H. como uma criança com dificuldades de integração e em acompanhar a turma. É notório o seu desinteresse escolar. Refere que H. se isola bastante, brinca quase sempre sozinho, risca os cadernos quando não consegue passar a tempo tudo o que está escrito no quadro, e como referido pela própria professora: <i>houve uma vez que inclusivamente ao realizar uma ficha de avaliação, escreveu Não Satisfaz no campo da avaliação para o professor.</i> Continua referindo, que H. é uma criança muito insegura, de baixa auto-estima e muito lento na execução de tarefas. <i>É um menino especial, que necessita de muita atenção.</i></p>
<p>Nome: B. Sexo: Masculino Idade: 9 anos 4ª Classe</p>	<p>Motivo: B. é sinalizado ao GAAF pela professora titular de turma. Esta refere dificuldades de atenção, concentração e de aprendizagem. Acrescenta que B. tem um ritmo bastante lento na realização de tarefa. Por outro lado, refere-nos que B. possui uma família disfuncional, tendo pouco apoio no seu percurso escolar, uma vez que os seus progenitores se encontram divorciados. B. sofre de problemas cardíacos, não podendo realizar todas as actividades que as outras crianças, sentindo-se [como nos refere a mãe] <i>bastante inferior às vezes.</i></p>
<p>Nome: B. Sexo: Feminino Idade: 6 anos 1ª Classe</p>	<p>Motivo: B. é sinalizada ao GAAF pela professora titular de turma. Esta refere que B. apresenta comportamentos estranhos e desadequados na sala-de-aula. Acrescenta que viu a aluna mexer <i>na vagina</i> várias vezes. Além disso, refere que B. está constantemente a pedir para ir ao quarto-de-banho.</p>
<p>Nome: A. Sexo: Feminino Idade: 9 anos 4ª Classe</p>	<p>Motivo: A. é sinalizada pela professora titular de turma. A. é descrita como uma criança insegura e com baixa auto-estima, bastante reservada e possuidora de uma auto-imagem bastante negativa. Não possui estratégias de coping para lidar com as situações indutoras de stress e com o fracasso. Possui pouca autonomia e iniciativa, apresentando algum receio de falar em público. Apresenta frequentes faltas de atenção e concentração.</p>
<p>Nome: I. Sexo: Feminino Idade: 6 anos</p>	<p>Motivo: I. foi sinalizada ao GAAF pela tia, que se revela preocupada pelas repercussões que os problemas familiares experienciados por esta criança lhe possam causar, quer a nível escolar quer a nível</p>

1ª Classe	psicológico, tendo em conta que se desconhece quem é o pai da criança, e que a mãe é toxicod dependente e vive em Lisboa. Esta criança é apoiada pela tia e pelos primos.
-----------	---

CASOS CLÍNICOS APROFUNDADOS

Caso Clínico 1

“A faceta Gang de V.”

A. Dados biográficos

<u>Nome</u> : V.	<u>Sexo</u> : Masculino	<u>Idade</u> : 10 anos	<u>Escolaridade</u> : 3ª classe
<u>Residência</u> : Coimbra			

Motivo da consulta

V. é sinalizado ao GAAF pela professora titular de turma. Esta descreve V. como uma criança agressiva e provocadora, geradora de distúrbios na sala de aula e com dificuldades de ordem sócio-afectiva: em cumprir regras, respeitar os colegas, exibindo frequentemente comportamentos inadequados em relação às suas colegas do sexo feminino. Continua afirmando que V. é bastante lento na realização das tarefas, não revela interesse nas actividades escolares e apresenta grandes dificuldades no seu relacionamento interpessoal com os seus colegas.

I. Dificuldades actuais

V. apresenta como maiores dificuldades, a emissão de comportamentos tendencialmente agressivos e de carácter desafiante e provocatório. Por este mesmo facto, gera frequentemente distúrbios na sala-de-aula, apresentando bastantes dificuldades em cumprir regras, respeitar e ouvir os colegas, não possuindo capacidades de comunicação interpessoais. Ao nível escolar, apresenta lentidão na realização das tarefas propostas.

II. Início e desenvolvimento das dificuldades

As dificuldades apresentadas actualmente tiveram o seu início há cinco anos atrás. V. teria 5 anos. A sua mãe conta que, aquando do início das discussões e do *“mau ambiente lá em casa, eu não tinha cabeça para tratar de V., e o pai também não porque trabalhava, talvez por isso ele se tenha tornado mais agressivo, porque não sentia ninguém do lado dele... e não tinha mesmo”*.

Aos 5 anos, começou a sair de casa quando ouvia os progenitores discutir, permanecendo largas horas sentado à porta de casa. Refere também ser frequente ter pesadelos durante a noite.

A mãe conta um episódio de violência doméstica, a que V. terá assistido, *“começou aos berros com as mãos na cabeça, aos pontapés à cadeira”*. A mãe conta que quando V. ingressou na 1ª classe, *“desde o 1º dia que tive queixas de andar a bater aos outros meninos. Ele já aqui na rua também só tava bem era a bater em todos, depois não tinha ninguém para brincar”*.

III. História do desenvolvimento e aprendizagens prévias

Pela informação que nos é aportada, V. desde os 5 anos que passa a maioria dos dias sozinho. A mãe, refere várias vezes não ter tempo para cuidar de V. A situação desta família agrava-se quando em 2004, as discussões e os problemas económicos sobressaem. A separação consuma-se nesse mesmo ano e o pai de V. sai de casa. Para V. *foi um choque muito grande na altura, porque ele era muito ligado ao pai*. Nesse mesmo ano, a mãe de V. entrega-o à tia materna, alegando não ter forma de lhe prover as necessidades básicas. V. muda de casa e vai viver com a tia para S. Martinho do Bispo. A escola onde ingressa no seu 1º ano de escolaridade, sinaliza o caso à CPCJ e pede um acompanhamento psicológico a V., que se revela portador de distúrbios emocionais, como referenciado pelo relatório da psicóloga da escola em questão. Permanece com a sua tia durante 3 anos, voltando para Coimbra em 2007, residindo com a sua mãe até à data. Nesses 3 anos vê a mãe e o pai raramente, mas coloca frequentes questões sobre o seu paradeiro, como alegado no relatório emitido pela CPCJ.

IV. Formulação

V. possui cinco irmãs que residem em Cabo Verde com os avós maternos. Actualmente habita com a mãe numa casa em Coimbra que, segundo a Técnica de Serviço Social da CPCJ que acompanha o caso, *não possui as mínimas condições de habitabilidade: o aluno não possui quarto próprio, dormindo com a mãe no único quarto da casa*. A mãe de V. trabalha num restaurante há 8 anos, tendo horários rotativos semanais (8h-17h ou 11h-20h). Ora, isto acarreta que V. [nas semanas em que a sua mãe sai mais tarde] fique sozinho em casa, largas horas. Em relação a esta situação a progenitora refere que *nas semanas em que saio às 17h consigo passar o resto do dia em casa com V., fazer-lhe o jantar e ajudá-lo com os trabalhos de casa; ao passo que nas semanas em que saio às 20h, V. já está em casa desde as 17h [hora em que termina as aulas], encontrando-o muitas vezes já a dormir*.

O pai de V. é pintor na área da construção civil, trabalhando normalmente fora da zona de Coimbra. As discussões e os problemas económicos sempre terão sido uma constante nesta família, culminando em episódios de violência doméstica, relatados pela mãe de V. A separação do casal consuma-se em 2003, por vontade do pai. A este propósito a mãe de V. refere: *eu gostava muito dele, e gosto, não me queria separar*. Em 2004, V. foi viver com a tia materna para S. Martinho do Bispo, uma vez que a mãe não tinha condições de lhe prover as necessidades básicas. No ano de 2005, V. foi sinalizado à CPCJ pela escola de S. Martinho do Bispo, que pretendia uma avaliação da situação sócio-familiar do aluno. No relatório de sinalização referiu-se que V. estava ao abrigo do Dec-Lei 319/91 com adaptações curriculares e era portador de distúrbios emocionais, com alterações de comportamento que reflectiram o não cumprimento integral do 1º ano de escolaridade.

A mãe de V. descreve o pai, como ausente, acrescentando *‘V. prefere estar só comigo, porque o pai só traz problemas’*. Atentando nos relatórios da CPCJ a que tivemos acesso, a mãe de V. é descrita como *despreocupada em relação ao filho e ao seu percurso escolar, deixando-o sozinho em casa largas horas sem comer. V. revela assistir a filmes pornográficos quando a mãe não está presente. Esta receberá visitas nocturnas de amigos, pondo V. fora de casa, enquanto estes permanecem em casa. Este facto é referido pelo pai, que por várias vezes ao voltar do trabalho (entre as 22h e as 23h) terá encontrado V. sozinho sentado nas escadas à porta de sua casa.*

V. permanece com a sua tia 3 anos, até que em 2007 a mãe o vai buscar novamente para Coimbra. É celebrado um acordo de Promoção e Protecção na CPCJ, que manterá o caso sob vigilância: *se não cumpridas nem reunidas todas as condições necessárias à subsistência e felicidade de V. este será novamente entregue à tia materna*. Apesar de V. estar actualmente com a mãe, a sua tutora legal continua a ser a tia. Um pedido de alteração da regulação do poder paternal terá já dado entrada no Tribunal de Família e Menores de Coimbra.

O pai de V. afirma que *“não vejo mais o meu filho porque a mãe não deixa, e também por causa do trabalho”*. Conta-nos que iniciou um novo relacionamento, e que V. mantém uma boa relação com a sua companheira e o filho desta, *“são os dois muito amigos”*.

A mãe de V. discorda desta opinião, afirmando em relação a esta situação que *“a companheira do pai já ameaçou V.”*, sendo por essa a razão que não deixa V. ir a casa do pai. Quanto à pensão de alimentos, o pai de V. refere ter deixado de a dar *“porque ela [mãe de V.] a gastava toda na borga”*.

V. Avaliação Psicológica

Tendo em conta a formulação deste caso, procedemos a uma avaliação psicológica de V., de forma a podermos delinear uma intervenção terapêutica. Apresenta-se seguidamente o Relatório da mesma.

○ Resultados da avaliação psicológica

a. BAPAE

Esta Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar, permite diagnosticar dificuldades individuais ao nível de 3 aptidões básicas, para um normal desenvolvimento da aprendizagem ao nível do ensino básico. Estas integram a compreensão verbal (vocabulário); a aptidão numérica (conceitos quantitativos e utilização de números) e a aptidão perceptiva e espacial (relações espaciais, constância da forma e orientação espacial). Tendo como ponto de referência a média para alunos com idades de 8 anos ou superiores, V. obteve as seguintes pontuações:

- Compreensão Verbal: 17 pontos (percentil 65), valor acima da média (15,30);
- Relações Espaciais: 10 pontos (percentil 99), valor acima da média (7,11);
- Aptidão Numérica: 19 pontos (percentil 89), valor acima da média (14,78);
- Constância da Forma: 16 pontos (percentil 45), valor acima da média (15,56);
- Orientação Espacial: 20 pontos (percentil 99), valor acima da média (17,58).

V. apresenta valores acima da média em todas as diferentes áreas escolares, localizando-se o seu ponto mais fraco na percepção da constância da forma.

b. STAIC

Este questionário pretende avaliar a ansiedade inerente à forma de reagir do ponto de vista da emocionalidade ansiosa de cada criança, pedindo que esta assinale a afirmação que melhor descreve a sua forma habitual de se sentir.

V. obteve uma pontuação de 38 (valor acima da média 35.66), evidenciando uma forma de reagir tendencialmente ansiosa perante situações de maior complexidade ou teor emocional, não revelando possuir estratégias de controlo que lhe permitam enfrentar eficazmente situações de desafio ou ameaça.

c. Piers-Harris

Este questionário pretende avaliar a maneira como as crianças se sentem consigo próprias, fornecendo informações valiosas sobre o seu auto-conceito, definindo-se este como um traço relativamente estável de percepções sobre as próprias atitudes e comportamentos.

Encontra-se subdividido em 5 sub-escalas:

- Comportamento: 13 pontos (percentil 50), valor dentro da média;
- Estatuto Escolar e Intelectual: 11 pontos (percentil 31-50), valor dentro da média;
- Atributos Físicos e Aparência: 8 pontos (percentil 31-50), valor dentro da média;
- Ansiedade: 7 pontos (percentil 16-31), valor dentro da média;
- Popularidade: 5 pontos (percentil 7-16), valor abaixo da média;
- Felicidade e Satisfação: 9 pontos (percentil 69), valor acima da média.

V. apresenta um auto-conceito mediano, com a área Popularidade bastante fragilizada. Isto poderá advir do facto de que Vasco é constantemente chamado ao Conselho Executivo da escola para repreendimentos relacionados com o seu comportamento nos recreios.

d. Desenho dos Medos

É pedido a V. que dê forma ao seu maior medo e que escreva todos os outros que se recorde. Atentando na precaução necessária na interpretação deste tipo de provas mais subjectivas, o desenho realizado por V. faz uso de poucas cores (verde e castanho), retratando o medo de cobras. Refere também sentir medo de pessoas armadas.

e. Desenho da Família

Como já referido anteriormente, atentando na precaução que é necessária para a interpretação deste tipo de prova, o desenho de V. é simples e colorido, tendo como título “*Coração Grande*”. A figura desenhada em primeiro lugar é a mãe, seguido do próprio, e o pai.

É um desenho perfeitamente normativo e ajustado ao nível etário de V., evidenciando uma identificação e maior proximidade com a mãe, que é descrita como ‘*a pessoa que eu mais gosto no mundo*’. O facto de o pai ser a figura desenhada em último lugar pode prender-se com o facto de esta criança o perceber como mais distante e inatingível que qualquer outro elemento familiar, podendo também estar relacionado com os episódios de violência doméstica relatados. Ao nível do tamanho e disposição, é um desenho grande localizado na zona inferior da página. Segundo Font (1989), estas características sugerem reacções agressivas e expansivas às pressões ambientais, aliadas a uma auto-imagem bastante forte. Os desenhos localizados na parte inferior da página sugerem um maior contacto com a realidade, uma maior consistência. O facto da sua personagem se encontrar intercalada com ambos os progenitores, sugere um desejo de maior protecção, de dependência (Font, 1989).

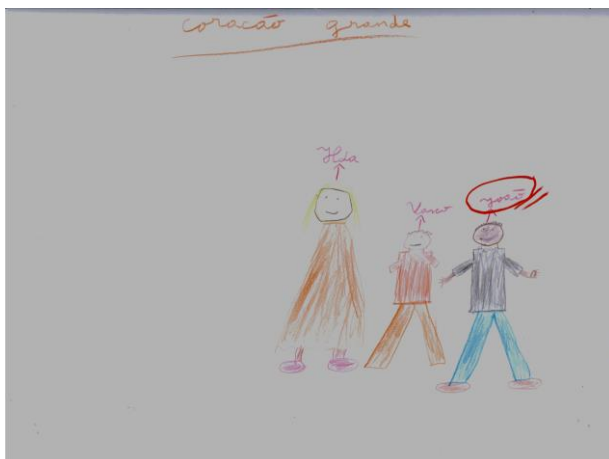


Figura 3. Desenho da Família realizado por V.

f. Children's Depression Inventory

Esta prova despista sinais cognitivos, afectivos e comportamentais relacionados com queixas depressivas. Considerando que o ponto de corte para a faixa etária dos 7 aos 12 anos é 16 (dezasseis), e que um valor igual ou superior seria sugerente de patologia depressiva, V. obtém uma pontuação total de 9 (nove) pontos, não podendo ser considerada a existência de patologia, através da aplicação desta prova.

g. EPQ-J

Como resultado no Questionário de Personalidade de Eysenck, V. obtém valores acima da média em Psicoticismo, com 4 pontos (média 3,29); e dentro da média em Neuroticismo, Extroversão e na Escala L (mentira). Este é um padrão de resposta normal em sujeitos mais incómodos e perturbadores, que revelam falta de empatia e sensibilidade, gosto em irritar os outros e ausência de sentimentos de culpa.

h. Considerações

V. revela-se uma criança bastante agressiva e hostil. Apresenta grandes dificuldades em cumprir regras e em ouvir o que lhe é comunicado. Ao longo das sessões, parecia necessitar de muita atenção, emitindo comportamentos desadequados, na falta dessa. Apresenta um auto-conceito inferior ao normativo, especialmente na área Popularidade, e uma forma de reagir tendencialmente ansiosa. Na actividade '*Eu sou uma pessoa...*', que reúne diversas frases associadas a 4 diferentes tipologias comportamentais, V. demonstrou ser uma criança marcadamente de perfil mais manipulador e auto-afirmativo. Durante os recreios é frequente ser avistado a importunar as actividades das outras crianças. Chega todos os dias sozinho à escola e regressa a casa, também sozinho. São frequentes os dias em que chega sem o pequeno-almoço tomado. Questionado sobre essa situação, refere *eu sei fazer o meu próprio*

pequeno-almoço, mas nunca me apetece, levanto-me, visto-me e venho para a escola. Desta feita, é uma criança forçosamente independente que realiza a maioria das actividades rotineiras, sozinha.

i. Intervenção psicológica

Propomos a realização de uma intervenção terapêutica no GAAP, delineando um acompanhamento psicológico a esta criança, estabelecendo-se para os efeitos, uma sessão por semana, com a duração de uma hora e meia.

VI. Protocolo Terapêutico

Para o caso de V. definimos uma linha de intervenção assente em vários modelos e teorias, numa perspectiva de ecletismo teórico e prático.

Definimos como áreas problemáticas centrais neste caso, (1) a falta de competências sociais de V, expressa na sua incapacidade de estabelecer relacionamentos interpessoais e em cumprir regras; (2) a emissão de comportamentos de teor agressivo e provocatório e (3) a questão do relacionamento familiar.

Assim, foram definidos os seguintes objectivos no processo terapêutico:

1. Estabelecimento de relação empática;
2. Promoção de competências sociais e Assertividade;
3. Estabelecimento de trabalhos de casa;
4. Controlo e minimização dos comportamentos agressivos;
5. Apoio emocional a V. face à sua problemática familiar;
6. Desenvolvimento de estratégias de coping e alternativas de solução de problemas;
7. Promoção de um auto-conceito positivo;
8. Debate das vantagens e desvantagens do processo terapêutico;
9. Continuidade ou não de acompanhamento.

Tendo em conta as dificuldades manifestadas por V. no processo de avaliação, e as descritas pela professora titular de turma, mãe da criança e técnicas da CPCJ que acompanham o caso, e pelo contacto que mantivemos com a própria, procedemos à esquematização do processo de acompanhamento psicoterapêutico.

I	II	III	IV	V	VI	VIII	VIII	IX	X	XI	XII	XII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	(...)	XXVII
Avaliação			Acompanhamento Psicoterapêutico																		

Figura 4. Calendarização do processo terapêutico

Iniciamos as sessões, propondo um contrato a V., onde este se compromete a aderir às actividades propostas e a não desistir do acompanhamento, propondo um sistema de recompensas em troca de objectivos atingidos.

Agrupamento de Escolas Martins de Freitas
EB 1 Montes Claros
Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, aluno do Ano ____, da Turma _____, comprometo-te a colaborar nas acções propostas pelo Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família, reconhecendo que estas são desenvolvidas em meu próprio benefício.

Para o efeito, foram prestados os esclarecimentos sobre as intenções de acção, bem como acordadas as condições das mesmas, que seguidamente se apresentam:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Declaro que concordo com o exposto e assumo a responsabilidade em cumprir as regras e actividades definidas.

Figura 5. Exemplo de contrato assinado no início do acompanhamento terapêutico

Depois de delineados os objectivos, foram acordadas as recompensas com V. Este sistema *token economy*, contempla a atribuição de medalhas mediante a emissão de comportamentos adequados, com vista a atingir os objectivos propostos. As medalhas vão acumulando e quando atingem certo patamar, são atribuídas recompensas. Exemplifiquemos melhor:

- 10 medalhas —————> não leva deveres para casa
- 20 medalhas —————> chocolate
- 40 medalhas —————> caneta de cor
- 60 medalhas —————> porta-chaves
- 80 medalhas —————> diploma “*Eu consegui*”

Cada sessão era iniciada, fazendo um breve resumo da sessão anterior e esclarecendo potenciais dúvidas. Ao nível da Promoção de Competências Sociais e Assertividade, escolhemos este módulo para iniciar o acompanhamento terapêutico, devido à falta de competências sociais evidenciada por esta criança. Ao nível do processo de avaliação foi aplicada uma Checklist de Competência Sociais, tendo também sido solicitada à professora titular de turma e à própria mãe o preenchimento de uma, de forma a obtermos dados mais esclarecedores e abrangentes.

Quadro 3. Exemplo de Checklist de Competências Sociais

	NUNCA	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
COMPETÊNCIAS SOCIAIS BÁSICAS					
OUVIR					
INICIAR UMA CONVERSA					
TER UMA CONVERSA					
FAZER PERGUNTAS					
DIZER OBRIGADO					
APRESENTAR-SE					
APRESENTAR OUTRAS PESSOAS					
DAR UM ELOGIO					
COMPETÊNCIAS SOCIAIS AVANÇADAS					
PEDIR AJUDA					
DAR INSTRUÇÕES					
SEGUIR INSTRUÇÕES					
PEDIR DESCULPA					
COMPETÊNCIAS PARA LIDAR COM OS SENTIMENTOS					
CONHECER OS SENTIMENTOS					
EXPRESSAR OS SENTIMENTOS					
COMPREENDER OS SENTIMENTOS DOS OUTROS					
EXPRESSIONAR DE SENTIMENTOS ADEQUADOS À SITUACÃO					
COMPETÊNCIAS ALTERNATIVAS À AGRESSIVIDADE					
PEDIR PERMISSÃO					
PARTILHAR ALGUMA COISA					
AJUDAR OS OUTROS/ PEDIR AJUDA					
NEGOCIAR/ COMBINAR					
USAR O AUTO-CONTROLO					
DEFENDER OS SEUS DIREITOS					
COMPETÊNCIAS PARA LIDAR COM O STRESS					
FAZER UMA QUEIXA					
RESPONDER A UMA QUEIXA					
LIDAR COM A EXCLUSÃO					
RESPONDER À PERSUASÃO					
LIDAR COM A ACUSAÇÃO					
LIDAR COM A PRESSÃO DO GRUPO					
LIDAR COM OS PROFESSORES					
LIDAR COM OS COLEGAS					
LIDAR COM OS PAIS					
COMPETÊNCIAS DE PLANEAMENTO					
SABER O QUE TEM QUE FAZER EM DETERMINADA SITUACÃO					
IDENTIFICAR O QUE ESTÁ A CAUSAR O PROBLEMA					
DEFINIR OS OBJECTIVOS					
RECONHECER AS SUAS CAPACIDADES					
REUNIR INFORMAÇÃO SOBRE OS PROBLEMAS					
ORGANIZAR OS PROBLEMAS PELA IMPORTÂNCIA					
TOMAR UMA DECISÃO					
CONCENTRAR-SE NUMA TAREFA					

Desta forma, foi concebido um trabalho multidisciplinar que abarcasse esta problemática em todas as suas vertentes. Foi acertado com a professora de V. uma série de estratégias passíveis de utilização na sala-de-aula. Estas passarão por uma maior responsabilização de V. em tarefas de dificuldade mínima, tais como: apagar o quadro, ir buscar fotocópias, recolher os cadernos dos colegas, apanhar os papéis da sala, entre outras. A própria professora estabeleceria uma comunicação periódica com o GAAF, indicando progressos sobre o comportamento de V. na sala-de-aula. Mediante a emissão de comportamentos adequados, ser-lhe-iam atribuídas medalhas. Nas aulas de Educação Física, foi também combinado com o professor a realização de algumas actividades de Promoção de Competências Sociais com a turma de V., em forma de dinâmica de grupos. Vários jogos foram realizados tendo por base as actividades propostas por Lucas (1996) em

Desenvolvimento Social - Interação com o grupo.

Com a mãe de V., foi também acertada uma série de estratégias que poderão ser desenvolvidas em casa, de forma a incutir uma maior responsabilidade e assertividade a V., das quais são exemplo: pôr a mesa, ajudar a lavar ou a arrumar a loiça, ajudar a fazer a cama e limpar o quarto.

A nível de GAAF, realizamos a actividade “E se ninguém ouvisse ninguém?”, com o objectivo de promover em V. um maior respeito e valorização pelo que os outros dizem. A actividade consistiu em simular diversas situações, onde uma pessoa não reagiria a nada do que lhe dissessem, sendo as consequências desse comportamento analisadas e discutidas com V.

Escolhemos uma situação num bloco operatório. Recorremos ao jogo do *Corpo Humano* (que tínhamos no GAAF), e pusemos sobre a mesa uma figura de um paciente em situação de operação. Naquele jogo, qualquer procedimento mal efectuado, faz com que uma luz vermelha acenda e o paciente morra. V. assumiu-se como médico-chefe da operação e eu como sua assistente que iria realizar todos os movimentos por ele exigidos. A cada movimento que V. me dizia para efectuar, eu efectuava exactamente o contrário. O paciente morreu várias vezes, até que V. me perguntou '*mas porque é que não estás a fazer nada do que eu te mando? Não me estás a ouvir?*'. Após esta pergunta, foi-lhe explicado o propósito deste jogo e foram discutidas as consequências de *não ouvir os outros*.

Foram também discutidas, analisada e praticadas em gabinete com V. as seguintes habilidades de comunicação: escutar, prestar atenção, não interromper, mostrar interesse, partilhar, fazer e receber elogios e participar cordialmente em actividades de grupo (Pope, McHale, Craighead, 1996).

Foi demonstrado através de *role play* como poderia fazer uso destas habilidades e foi demonstrada, pondo em evidência a perspectiva da outra pessoa. Antes do término de cada sessão era pedido a V. que preenchesse uma ficha onde descreveria o que aprendeu no GAAF, e em que é que isso o poderia ajudar.

Sessão V a XI

O segundo módulo aplicado, diz respeito ao desenvolvimento de estratégias de coping e alternativas de solução de problemas. A localização deste módulo fundamenta-se com a necessidade de antever o módulo de minimização de emissões de comportamentos violentos. Isto porque nesse módulo será realizado um treino no controlo da agressividade, segundo o modelo proposto por Williams & Barlow (1998), que pressupõe o eficaz manuseamento de alternativas de solução de problemas e identificação de problemas e suas consequências.

Assim sendo, de forma a atingirmos o objectivo a que nos propomos neste segundo módulo, tivemos por base o Modelo de Solução de Problemas de D'Zurilla & Goldfried (1971).

Foi explicado a V. os sete passos para a resolução de problemas: (1) Constatar que existe um problema; (2) Parar e pensar; (3) Decidir um objectivo; (4) Pensar em soluções possíveis; (5) Pensar nas consequências de cada solução; (6) Escolher a melhor solução; (7) Delinear um plano para levar a cabo a solução escolhida (in Pope, McHale & Craighead, 1996).

Neste ponto, deparamo-nos com a dificuldade de uma criança de tenra idade compreender e seguir taxativamente estes 7 passos, razão pela qual, reagrupamos e simplificamos estes passos em 4 mais simples e compreensíveis, de acordo com Pope, McHale e Craighead (1996):

(1) *Qual é o problema?*; (2) *Quais são as soluções?*; (3) *Que poderia acontecer se experimentasse estas soluções?*; (4) *Qual é a melhor solução?*.

O primeiro passo que tomamos foi treinar com V., este modelo. Para isso introduzimos várias situações de problemas, para que V. seguisse os 4 passos que tínhamos apresentado. Alguns exemplos de situações-modelo trabalhadas são seguidamente apresentados:

- *Pedis-te aos teus pais um animal de estimação, mas eles dizem que é demasiada responsabilidade e trabalho para ti. Sugerem-te um conjunto de lápis de cor e um livro para colorir.*

- *O teu irmão mais pequeno faz tudo o que tu fazes e segue-te em todas as partes da casa. Queixas-te aos teus pais, mas eles dizem-te que tens de ser simpático com ele.*

Depois de trabalhadas estas situações genéricas, foi pedido a V. que indicasse um problema real e que tentasse seguir este modelo de resolução de problemas.

Quadro 4. Exemplo de uma solução de problemas realizada por V.

Problema	Soluções	Consequências	Solução escolhida
<i>Às vezes estou no recreio e os outros meninos não me deixam brincar com eles...</i>	Dizer que se não me deixam jogar bato-lhes	Vou para o executivo porque eles vão-se queixar aos professores ou à contínua	<i>Esperar pela minha vez. Assim ninguém faz queixa de mim, a minha mãe não fica triste e se calhar os outros meninos ficam meus amigos e não têm medo de mim.</i>
	Roubar-lhes a bola	Vou para o executivo também	
	Queixar-me à contínua	Ela diz que tenho de esperar pela minha vez	

Foi também realizada com V. a actividade “*Que vou fazer agora?*”. Esta consistia na apresentação de diversos cartões que continham a descrição de várias situações. Perante essas situações eram fornecidas duas formas diferentes de reagir. V. teria de escolher uma, e caso, não se identificasse com nenhuma das respostas, teria de criar respostas alternativas. Perante a escolha de determinada resposta, eram debatidas as suas consequências, e se se verificassem negativas, era elaborada uma nova resposta e verificada a sua implementação.

O terceiro módulo centra-se no Controlo e minimização dos comportamentos agressivos.

Primeiramente à introdução deste módulo, pedimos a V. que nos reportasse as suas qualidades e defeitos.

Tendo em conta o facto de V. apresentar comportamentos agressivos, optamos pela Terapia Narrativa de White & Epston (1990), no sentido de tentar modificar a convicção de V. de que não consegue deixar de ser agressivo, colocando esse problema num espaço discursivo onde pode ser desafiado, e procurando alternativas e situações de excepção a esse comportamento.

Assim, começou-se por identificar episódios representativos da maneira de ser habitual de V. Referiu dois: *'quando eu estava no recreio e bati no J. porque ele não me dava a bola'* e *'quando a minha professora berra comigo por eu tar a mandar papéis aos meus colegas, e eu ainda berro mais alto e bato na mesa'*. Chamamos a estes episódios: a faceta V. Gang (nome escolhido pelo próprio V.)

Seguidamente, tentamos encontrar episódios, em que esta faceta *Gang* não controlasse os comportamentos de V. Esta criança demonstrou severas dificuldades em se recordar de algum episódio em que tivesse reagido de forma diferente, não se conseguindo descentrar do problema agressividade. Segundo Watzlawick (1991), é um fenómeno normal de acontecer quando o problema ocupa um poder central na vida do sujeito.

Com esforços consertados, V. consegue referir uma situação apenas *'quando a minha mãe berra comigo, eu não berro porque ela já vem cansada e eu não a posso chatear'*. Chamamos a esta faceta: V. Bonzinho.

Seguidamente procedemos a uma caracterização mais detalhada das duas facetas de V., assinalando os pontos fortes e fracos, as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Visto serem duas dimensões opostas, tentamos ajudar V. a fortalecer a faceta *Bonzinho*, e tentamos arranjar fãs de uma faceta e de outra. V. ficou admirado ao constatar que o único fã da sua faceta *Gang* era ele mesmo, ao passo que na outra faceta, colocou nomes como: *mãe, professora, colegas, empregadas da escola, as senhoras da comissão dos jovens e o terapeuta*. A par desta actividade, foi também realizado um treino no controlo da agressividade, segundo o modelo proposto por Williams & Barlow (1998).

Assim, V. definiu uma situação e perante ela quais as respostas que mais provavelmente iria emitir. Para cada uma das respostas, V. imaginava uma consequência. Seguidamente, dividiram-se as respostas escolhidas por V., em Respostas Más e Respostas Boas. Na ausência de Respostas Boas, V. era ajudado a encontrá-las, promovendo a criação de alternativas de resposta.

A par desta actividade, foi pedido a V. que mantivesse um Diário de Agressividade e que escrevesse nele, após a ocorrência de um episódio onde tivesse sido agressivo.

Ao nível da minimização da emissão de comportamentos agressivos, foi também acertado com a professora titular o sistema de recompensas, já discutido anteriormente. Nesta área, optámos pela atribuição de uma medalha, por cada vez que V. apresentasse um comportamento adequado que substituísse o comportamento não-assertivo que teria por hábito apresentar na mesma situação, e a retirada de duas medalhas sempre que emitisse um comportamento agressivo. O painel com as medalhas de V. encontrava-se no GAAF.

A primeira vez que V. atingiu o primeiro patamar de 10 medalhas, foi passado um mês do início da actividade. Seguidamente, assistimos a uma progressiva redução do tempo necessário para a obtenção do patamar seguinte.

Concluindo este módulo, V. acaba por concluir que a faceta *Gang* lhe traz mais *problemas e chatices, porque estou sempre a ir para o executivo e a ir para a rua...depois dizem à minha mãe e ela chora por eu ser assim na escola*. Quanto à faceta *Bonzinho*, V. refere *é melhor porque já não sou mal-educado, e se calhar os meus colegas já não pensam tão mal de mim*.

No final desta actividade, V. conseguiu perceber que os seus comportamentos agressivos poderiam ser uma faceta, um momento temporário e não a sua forma de ser.

Sessão XXIII a XXV

O último módulo que trabalhamos diz respeito à promoção de um auto-conceito positivo, visto termos verificado que esta seria uma lacuna na personalidade de V.

Elaboramos a actividade “*Eu não sou quadrado...Ou sou?*”. Esta consistia na apresentação de várias formas geométricas a V. onde ele teria de escrever nos seus lados: as suas características boas, as suas características más, as características que os outros pensavam que ele tinha, e as características que gostaria de ter. Todas estas características eram discutidas e analisadas com V. Em relação às características que V. gostaria de ter, elaboramos uma *Loja dos Sentimentos*, onde V. poderia trocar durante uma semana um sentimento que não desejasse mais, por um que quisesse experimentar.

V. experimentou bastantes sentimentos, e até mesmo após o acompanhamento terminar, era frequente vir ao GAAF trocar sentimentos.

Todas as sessões

Relativamente à problemática familiar que V. está a atravessar reservamos sempre que possível dez a quinze minutos antes da sessão terminar, para conversarmos sobre essa questão. Foi lhe pedido que iniciasse um Registo de Pensamentos, sobre todos os acontecimentos

semanais que o deixassem triste ou magoado, de forma a podermos discuti-los na sessão posterior.

Sessões XXVI e XXVII

Reservamos as duas últimas sessões a discussão e compactação de tudo o que tínhamos trabalhado juntos, revisão de pontos, esclarecimento de dúvidas e pedido de continuidade de acompanhamento psicoterapêutico no próximo ano lectivo, de forma a maximizarmos os frutos da intervenção realizada este ano no GAAF. Foi pedido a V. que preenchesse uma ficha de avaliação do trabalho efectuado (auto-avaliação), assim como também foi solicitada uma hetero-avaliação, à professora titular de turma, aos professores da actividades de enriquecimento curricular e à própria mãe de V.

Quadro 5. Exemplo de ficha de auto e hetero avaliação

	AUTO-AVALIAÇÃO					HETERO-AVALIAÇÃO				
	MUITO MAU	MAU	SAT.	BOM	MUITO BOM	MUITO MAU	MAU	SAT.	BOM	MUITO BOM
PONTUALIDADE	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MOTIVAÇÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
EMPENHO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
INICIATIVA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ORGANIZAÇÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
RELAÇÃO COM ALUNOS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
RELAÇÃO COM PROFESSORES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
RELAÇÃO COM EQUIPA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO E DESEMPENHO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
INTEGRAÇÃO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DISPONIBILIDADE DO ESTAGIÁRIO(A)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DISPONIBILIDADE DO ORIENTADOR(A)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Ao nível do trabalho global desenvolvido com o GAAF, foi também solicitado o preenchimento de uma grelha de avaliação, aos professores da escola e aos encarregados de educação directamente envolvidos na concretização deste projecto.

Quadro 6. Exemplo de grelha de avaliação do trabalho desenvolvido no GAAF. “ Como avalia o trabalho do técnico GAAF, relativamente a...”

	MUITO MAU	MAU	SAT.	BOM	MUITO BOM
PLANEAMENTO	1	2	3	4	5
APLICAÇÃO DAS DINÂMICAS	1	2	3	4	5
TEMAS DAS DINÂMICAS	1	2	3	4	5
CLAREZA DOS CONTEÚDOS TEÓRICOS APRESENTADOS	1	2	3	4	5
REFLEXÃO	1	2	3	4	5
RELAÇÃO ESTABELECIDADA TÉCNICOS/ ALUNOS	1	2	3	4	5
GANHOS PESSOAIS (CONHECIMENTO)	1	2	3	4	5

VII. Feedback Terapêutico

V. beneficiou de 27 sessões de acompanhamento psicoterapêutico no GAAF. Durante as primeiras sessões era notória a atitude provocatória e de desafio desta criança. Com o estabelecimento de uma relação empática e de segurança, e com a progressão das sessões, V. tornou-se uma criança mais aberta, espontânea, menos agressiva e hostil. Conseguiu efectivamente criar uma relação de confiança, assente em pilares de respeito e de cumprimento de regras durante toda a intervenção terapêutica.

Ao nível do envolvimento em sessões, V. mostrou-se bastante motivado, aceitando ajuda para mudar, reconhecendo que sozinho não consegue. A este propósito agendou-se uma sessão por semana com a duração de uma hora e meia, todavia era bastante frequente a presença de V. no GAAF: fosse para falar de alguma situação ocorrida no recreio, ou para relatar algum comportamento adequado que tivesse emitido, V. deslocava-se ao gabinete com bastante orgulho para contar o seu feito.

V. apresentou melhorias progressivas em todos os pontos que nos propusemos trabalhar, sendo estas mais evidentes, na emissão mais reduzida de comportamentos agressivos. Estas melhorias foram notórias quer para a sua mãe, quer para a professora titular.

Progressivamente, conseguimos observar V. a brincar com os seus colegas no recreio, diminuindo as suas chamadas ao Conselho Executivo e os repreendimentos realizados pelos auxiliares de acção educativa.

Em contexto de sala-de-aula, a professora refere que V. gera menos distúrbios, é mais assertivo e respeitador.

Tendo em conta o facto de a mãe de V. chegar duas semanas por mês às 20h a casa, foi solicitada a presença de V. no ATL da Escola desde as 17h (hora em que termina as aulas) até às 19.30h (hora de encerramento do ATL) duas semanas intercaladas por mês, de forma a minimizar o tempo que esta criança passa sozinha em casa.

Por último, recomendou-se a continuidade deste processo terapêutico no GAAF, durante o ano lectivo 2008/2009.

Quadro 7. Contactos efectuados no âmbito do processo terapêutico implementado a V.

Data	Presenças	Resumo
08.01.2008	GAAF, Progenitora da criança, Professora titular de turma	Abordados assuntos relativos aos problemas de comportamento do aluno, a relação mantida entre os progenitores da criança e a relação da criança com a mãe, temática da separação, falta de condições da habitação referidas pela progenitora e acordo da CPCJ.

12.02.2008	GAAF, Progenitor da criança	Abordados assuntos familiares que concernem o progenitor, frequência de visitas, e desinteresse no percurso escolar de V. visto nunca ter sido visto na escola para falar com a professora titular de turma.
18.02.2008	GAAF, Progenitora da criança	Abordada a temática de necessidade de acompanhamento no percurso escolar de V., discutidas estratégias de intervenção implementadas.
19.02.2008	GAAF, Responsável da CPCJ por processo de Promoção de Protecção	Discutido acordo de Promoção e Protecção que concerne a vida da criança.
12.03.2008	Estagiária de Serviço Social, Progenitora da criança	Visita domiciliária no sentido de apurar as condições de habitabilidade.
31.03.2008	GAAF, Progenitora da criança	Revisão do acordo da CPCJ, onde só figura a tia e não a mãe; documentos necessários para a inscrição de V. no ATL
08.05.2008	GAAF, Professora titular de turma, Progenitora da criança	Avaliação e discussão do trabalho efectuado pelo GAAF ao longo do ano.

Caso Clínico 2

“Voa S., Voa...”

A. Dados biográficos

<u>Nome:</u> S.	<u>Sexo:</u> Feminino	<u>Idade:</u> 7 anos	<u>Escolaridade:</u> 2ª classe
<u>Residência:</u> Coimbra			

Motivo da consulta

S. é sinalizada ao GAAF pela professora titular de turma, que refere dificuldades de atenção, concentração e de aprendizagem. Acrescenta que S. é muito calada, humilde, submissa e apresenta uma auto-estima muito baixa em relação aos seus colegas, sentindo-se muitas vezes inferior, *por advir de um nível sócio económico mais baixo que as outras crianças*, de acordo com o referido pela professora.

I. Dificuldades actuais

São apresentadas como maiores dificuldades de S.: considerável baixa de auto-estima, insegurança, falta de iniciativa e autonomia, aliados a sentimentos de inferioridade derivados

do seu nível socioeconómico. Apresenta também faltas de atenção e incapacidade de se concentrar nas tarefas propostas.

II. Início e desenvolvimento das dificuldades

As presentes dificuldades evidenciadas por S. datam do início do ano lectivo anterior, com a entrada de S. no 1º ano de escolaridade básica. Aliado a este facto de transição, que para muitas crianças é uma experiência altamente traumatizante, especialmente se não vierem de uma creche ou pré-escola, (Brown, 2006) encontramos uma dinâmica familiar não muito normativa. Segundo relatórios do Hospital da Universidade de Coimbra que a mãe de S. nos aportou, o pai sofre de um quadro esquizofrénico, co-mórbido com um estado depressivo grave, tentando suicidar-se uma vez. Foi S. e o irmão que encontraram o pai caído no chão com uma caixa de comprimidos do lado. O irmão de S. infligir-lhe-ia maus-tratos, devido ao facto de a criança aparecer na escola com a letra M (inicial do nome do irmão) tatuada na mão com um porta-minas. Face a estes acontecimentos, S. terá ficado cada vez mais introvertida e submissa. A mãe refere que S. sempre foi uma criança alegre e dinâmica, mas *de um momento para o outro ficou mais cabisbaixa, andava sempre triste e preocupada com o pai. Eu sempre lhe disse que isso eram coisas de adultos, para não se preocupar.* Mas o que é certo é que S. transpôs a sua vida familiar para a sua vida escolar, estando sempre preocupada com os elementos da sua família, como referido pela própria professora. Outro facto, foi o seu ingresso na EB1 Montes Claros, constituindo-se esta como uma escola de estatuto médio-alto, S. sempre se comparou com as colegas, sentindo-se inferior às mesmas. A professora recorda um episódio, em que S. lhe terá perguntado *“mas porque é que elas podem ter camisolas bonitas e eu não?”*. Todos estes elementos parecem ter contribuído para o desenvolvimento de uma personalidade mais introvertida, assente em padrões de insegurança e em sentimentos de inferioridade.

III. Formulação

S. (de 7 anos) vive num bairro social na periferia de Coimbra, com os seus pais e irmão de 11 anos. A progenitora trabalha na lavandaria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e o seu pai está há 2 anos de baixa médica devido a um estado depressivo co-mórbido com um estado de esquizofrenia. Os seus internamentos são frequentes e, apesar de controlado com medicação, são também frequentes os estados agressivos, principalmente *quando bebe vinho*, conta-nos a mãe. *Há dois anos atrás tentou inclusivamente matar-se com comprimidos, mas nós chegamos a tempo*, afirma a mãe. S. beneficiou de acompanhamento psicológico no

GAAF o ano lectivo anterior, devido ao facto de esta criança apresentar sinais de maus-tratos (queimaduras de cigarros nos braços e cortes nas mãos efectuados por um porta-minas). Situação essa que culminou numa ameaça em denunciar o caso à CPCJ, caso não se verificassem alterações. A mãe de S. chamada à escola, afirma que o pai e o irmão de S. batem à criança quando a mãe não está presente: *lá em casa é como se houvesse dois blocos, eu e a S., e o meu marido e o M.* Conta-nos que devido a esse facto, parou de deixar S. sozinha com o pai ou com o irmão, delegando-a na sua irmã, tia da criança, *porque a S. gosta muito dela, é como se fosse a tábua de salvação dela.* Progressivamente, S. deixou de aparecer com marcas no corpo, facto que conduziu a professora a não efectuar qualquer denúncia do caso. A nível familiar, a professora refere que *os pais de S. não se interessam minimamente por ela e pelo seu percurso escolar. São uma família desestruturada.* Refere alguns episódios de S. ter chegado à escola sem pequeno-almoço e ter ficado maldisposta a meio da manhã por ainda não ter comido nada. Constantes são também os momentos em que S. não consegue realizar nenhuma tarefa escolar, ou inicia uma crise de choro, por se revelar bastante preocupada com a situação da sua família. Em reunião com a mãe de S. esta conta-nos alguns episódios em que terá sido vítima de violência doméstica, mas diz que nunca foram presenciados por S., *no máximo ouviu algumas coisas más, mas nunca viu o pai bater-me.* S. frequenta a EB 1 Montes Claros desde a 1ª classe. Actualmente está no 2º ano e em risco de não transitar. As suas maiores dificuldades são como refere a professora, a falta de atenção e concentração, *porque está sempre preocupada e a pensar na sua família,* aliadas a sentimentos de inferioridade e auto-estima muito baixa.

V. Avaliação Psicológica

Tendo em conta a formulação deste caso, procedemos a uma avaliação psicológica de S., das quais se salientam as principais conclusões:

- Na prova BAPAE: S. apresenta uma maior dificuldade ao nível da percepção de relações espaciais e no manuseamento de conceitos de ordem quantitativa e numérica, apresentando alguma dificuldade na utilização dos números. Esta informação é corroborada pela própria professora, que refere um enorme deficit da S. na disciplina de Matemática;
- Na prova STAIC: S. obteve uma pontuação de 40 (valor acima da média 35.66), evidenciando uma forma de reagir bastante ansiosa perante situações de maior complexidade ou de grande teor emocional, com marcada preocupação especialmente para com os seus familiares;

- Na prova Piers-Harris: S. apresenta um auto-conceito mediano e conservador, sendo este padrão de resposta mais frequente em crianças provenientes de um estatuto socio-económico mais desfavorecido, e de menor estimulação social. O factor mais baixo é a Ansiedade, no limiar de um valor abaixo da média, corroborando a informação obtida no STAIC;
- Na prova BAR-ILAN: o maior conflito de S. reside em ser repreendida à frente dos colegas e experienciar sentimentos como a vergonha e a humilhação, não correspondendo talvez às expectativas que os outros possam formar dela. Apresenta uma visão bastante positiva da escola, encarando-a como o seu porto seguro, sítio onde talvez se sentirá mais protegida e acarinhada;
- No Children's Depression Inventory: S. obtém uma pontuação total de 13 (treze) pontos, não podendo ser considerada a existência de patologia. No entanto, não deve ser descurada a elevação da pontuação, que englobada em todos os dados obtidos por esta avaliação psicológica, reafirmam a presença de uma criança insegura, submetida a uma enorme pressão de teor emocional;
- Na prova 'Desenho da Família': o tamanho pequeno e a disposição no lado inferior da página sugerem sentimentos de inferioridade, retraimento, menor capacidade de resistência à frustração, resignação, mas ao mesmo tempo, uma criança com um grande contacto com a realidade, consistente e madura, que poderá revelar insegurança, necessidade de apoio e dependência;



Figura 6. Desenho da Família realizado por S.

- No desenho dos medos, onde S. é convidada a desenhar o seu maior medo em papel e a escrever todos os outros que sente. S. desenha o medo de estar no recreio e pedir para brincar com uma colega e ela não deixar, como a própria nos refere “*o meu maior medo é ninguém querer brincar comigo e não gostarem de mim*”.

Como outros medos refere: “*dormir sozinha*”, “*quando o meu pai me chama e eu não vou me bata*”, “*medo do escuro*”.



Figura 7. Desenho dos Medos realizado por S.

Protocolo Terapêutico

Para o caso de S. definimos uma linha de intervenção assente em vários modelos e teorias, numa perspectiva de ecletismo teórico e prático.

Definimos como áreas problemáticas centrais neste caso, (1) falta de estratégias de coping para lidar com situações mais complexas e de maior teor emocional (2) auto-imagem bastante fragilizada. Assim, foram definidos os seguintes objectivos no processo terapêutico:

1. Estabelecimento de relação empática;
2. Apoio emocional a S. face à sua problemática familiar;
3. Estabelecimento do trabalho-de-casa;
4. Desenvolvimento de estratégias de coping e alternativas de solução de problemas;
5. Promoção de um auto-conceito positivo;
6. Diminuição da componente ansiosa;
7. Implementação e prática da técnica de *imagem de paz*;
8. Debate das vantagens e desvantagens do processo terapêutico;
9. Necessidade de continuidade ?

No que diz respeito ao apoio emocional, foi acordado com S. o preenchimento de uma Folha de Registo de Pensamentos e clarificado o seu uso. Sempre que algum acontecimento a deixasse triste ou magoada, poderia relatar tudo o que pensou e sentiu naquele momento, a par da forma como reagiu comportamentalmente. Durante as sessões foram discutidos e analisadas com S. os eventos ocorridos nessa semana.

No que concerne o desenvolvimento de estratégias de coping e alternativas de solução de problemas, este foi efectuado com base no Modelo de Solução de Problemas de D’Zurilla & Goldfried (1971). Foi realizada com S. a actividade “*Que vou fazer agora?*”. Esta consiste na apresentação de diversos cartões que contêm a descrição de várias situações. Perante essas

situações são fornecidas duas formas diferentes de reagir. S. tem como função: escolher uma e, caso não se identifique com nenhuma das respostas, terá de criar respostas alternativas. Perante a escolha de determinada resposta, são debatidas as suas consequências, e se se verificarem negativas, são elaboradas novas respostas e verificada a sua implementação.

Numa segunda fase foram utilizadas técnicas comportamentais, de modelagem e prática comportamental ao vivo, sugeridas em Gonçalves (1999). Simulou-se com S., várias situações reais, das quais se exemplifica uma: “*Agora vamos imaginar que o papá te deu 1€ para comprares a sandes aqui no bar, para comeres ao meio da manhã, como fazes sempre. Imagina que eu sou o teu irmão e quando estamos a sair do autocarro, te digo para me dares o dinheiro. Que é que tu fazias nesta situação? Vá, vamos fazer de conta*”. Esta situação foi escolhida por S., devido ao facto de já ter ocorrido mais de uma vez. S. refere não concordar com o facto de o irmão gastar o dinheiro dele e o dela, mas nunca consegue dizer-lhe que não. No final de cada simulação discutem-se as escolhas efectuadas e as consequências dessas decisões.

Ao nível da modelagem comportamental dissemos a S. para convidar duas amigas para a sessão. Aquando da indicação dos nomes, e com o consentimento das próprias em participar num ‘pequeno teatro’, instruímos as duas colegas a recriar a situação-alvo de que falamos anteriormente. Os modelos recriaram a situação e o modelo que emitiu comportamentos adequados foi reforçado contingencialmente por nós. O modelo realizou também um auto-reforço “*para a próxima vez, vou continuar a conseguir dizer que não, porque eu também tenho de comer*”. Após término da simulação, S. foi convidada a reproduzir os comportamentos do modelo, sendo ajudada ao longo do processo, e dado o respectivo feedback.

Quanto à promoção de um auto-conceito positivo, elaboramos com S. a actividade “*Eu não sou quadrado...Ou sou?*”. Esta consistia na apresentação de várias formas geométricas a S. onde ela teria de escrever nos seus lados: as suas características boas, as suas características más, as características que os outros pensam que ela tinha, e as características que gostaria de ter. A lista das características enunciadas é discutida com S. Em relação às características que S. gostaria de ter, elaboramos uma *Loja dos Sentimentos*, onde S. poderá trocar durante uma semana um sentimento que não desejasse mais, por um que quisesse experimentar.

A par desta actividade realizamos uma outra: “*Sou única...sou especial*”. Esta consiste em colocar a criança à frente de um papel de cenário e desenhar os seus contornos no papel. A criança fica, então, com uma fotocópia em tamanho real de si própria. No interior desta imagem, cada pessoa convidada pela criança, poderá escrever uma característica positiva

sobre ela. Quando terminada, retirámos a imagem do GAAF e devolvemos a S., para colocar no seu quarto. Numa segunda fase, e para S. ter sempre presente o facto de ser *única e especial*, minimizámos e transpusemos essa imagem para uma folha A4 e plastificamos em todos os seus cadernos escolares. Foi acordado também com a professora titular da turma de S., que realizasse um reforço positivo imediato à participação de S. numa aula, a uma actividade bem realizada, etc.

Considerando que as crianças ansiosas tendem “*a ser mais retraídas do que activas, mais isoladas do que participativas, e a sofrer de ansiedade subjectiva e mal-estar mais do que a permanecer indiferente perante os estímulos*” (Toro, 1986 cit. in Odriozola, 2001), a diminuição da componente ansiosa consistiu-se como um ponto fulcral na nossa intervenção. Segundo Lazarus & Abramovitz (1978, cit. in Odriozola, 2001), deve ensinar-se à criança comportamentos incompatíveis com a ansiedade, como por exemplo: ouvir uma música agradável, jogar um jogo que lhes agrade, imaginar heróis em batalhas, ter os pais por perto, isto é, imagens que suscitem uma tonalidade afectiva positiva na criança.

Com S. treinamos a evocação de uma imagem agradável ou de paz. Para S. esta seria *o estar a sonhar e a voar sobre relva verde*. Debatemos quais as sensações que essa imagem lhe provocava, e treinamos a sua evocação nas situações em que se sentisse mais triste.

Feedback Terapêutico

S. beneficiou de 20 sessões de acompanhamento no GAAF. As mudanças foram significativas a todos os níveis, especialmente ao nível da auto-estima e auto-conceito. S. progressivamente passou a ter mais confiança nela própria, e a participar mais durante as aulas. A actividade “*Sou única...sou especial*”, teve os seus frutos e todas as colegas de S. queriam ter cadernos como o dela, refere-nos a própria bastante orgulhosa. Com o estabelecimento de uma relação empática e de segurança, e com a progressão das sessões, S. tornou-se uma criança mais aberta, menos reservada e insegura. Ao nível do envolvimento nas sessões, S. mostrou-se bastante motivada e descontraída. Progressivamente, conseguimos observar S. a brincar com os seus colegas no recreio, assumindo atitudes de liderança, e iniciando novas brincadeiras, facto que na altura nos deixou bastante surpreendidas. Por último, recomenda-se que S. continue a ser alvo de acompanhamento psicológico no GAAF, durante o ano lectivo 2008/2009, uma vez que a sua problemática familiar exige alguma vigilância.

A. Dados biográficos

<u>Nome:</u> C. <u>Sexo:</u> Feminino <u>Idade:</u> 7 anos <u>Escolaridade:</u> 2ª classe
<u>Residência:</u> Coimbra

Motivo da consulta

C. é sinalizada ao GAAF pelos progenitores, que se mostram preocupados com o facto de C. ter visto um filme há duas semanas atrás, num Sábado à tarde intitulado “A baía do medo”. Contam que C. terá visto uma cena onde um crocodilo *come uma pessoa e fica com a boca cheia de sangue*. Desde esse dia não consegue dormir sozinha, acreditando que um crocodilo vai irromper pelo seu quarto dentro.

I. Dificuldades actuais

C. não consegue dormir sozinha, causando este facto disfuncionalidade no seu descanso e no do seus pais, que têm obrigatoriamente de dormir com ela. Isto advém do seu medo acentuado e persistente na presença ou antecipação de uma situação em que tenha de ver um crocodilo. Pensa frequentemente que um crocodilo pode entrar pelo seu quarto dentro e mordê-la.

II. Formulação

C. tem 8 anos e é filha única. Reside com ambos os progenitores em Coimbra. A mãe é dentista e o pai é médico de clínica geral nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Possuem uma relação bastante boa e equilibrada. Referem que C. nunca experienciou medo de nada, nunca sentido inclusivamente medo do escuro. “*Até é uma criança bastante aventureira, não percebemos como é que tem medo de crocodilos já depois de lhe termos explicado tanta coisa sobre eles*”, referem. A frustração e impotência face ao medo da filha são patentes. “*Não sabemos que fazer mais, não queremos que durma connosco porque não se pode habituar a isso, mas se ela não dorme connosco, não consegue dormir sozinha... entra em pânico e começa a chorar*”. C. frequenta a EB1 Montes Claros desde a 1ª classe. Actualmente está no 3º ano e apresenta um percurso escolar bastante bom. Revela boas capacidades de relacionamento interpessoal, possuindo bastantes amizades na escola.

Após contacto com os progenitores de C. e discussão do caso em GAAF, colocamo-nos a questão de qual seria a necessidade de acompanhamento terapêutico desta criança. Decidimos, então prover os progenitores da criança com alguma orientação e estratégias que poderão fazer uso, para ajudarem C. a melhor lidar com o medo que sente a propósito de crocodilos. Estabelecemos uma semana como período *experimental*, período a partir do qual seria estabelecida uma nova discussão da eficácia das estratégias implementadas.

a) Estratégias acordadas com os progenitores:

- Observar em família documentários sobre o estilo de vida dos crocodilos, de forma a desmistificar mitos que C. possa ter criado, levando à modificação das suas crenças erróneas;
- Falar repetidamente no assunto, de forma a levá-lo à exaustão, minimizando-o. Isto porque partindo do racional teórico que “*falar dos medos não conduz necessariamente ao seu aumento*” (Henriques & Gonçalves, 2007);
- Pedir-lhe que desenhe o seu maior medo no papel, e que o deixe lá, transpondo os seus receios para uma folha em branco;
- Comprar-lhe um boneco, de símbolo e presença forte, que possa funcionar como *o protector dos crocodilos*, durante a noite quando os pais estão a dormir;
- Partilhar com C. os medos de cada um dos progenitores, de forma a C. perceber que todas as pessoas temem alguma coisa.

No que concerne a intervenção psicológica realizada com enfoque no medo que C. desenvolveu face a crocodilos, esta assenta as suas bases em objectivos bastante concretos:

1. Estabelecimento de uma relação empática;
2. Estabelecimento de estratégias com os progenitores;
3. Implementação da Terapia Narrativa da Ansiedade;
4. Implementação e treino da técnica de exposição gradual e mediatizada;
5. Acompanhamento Terapêutico?

A intervenção partiu de duas abordagens significativamente diferenciadas: uma construtivista e outra de índole comportamentalista.

No que diz respeito à abordagem construtivista, escolhemos a Terapia narrativa da Ansiedade, do modelo de White & Epston (1990) para crianças e adolescentes. Esta terapia parte do pressuposto que as dificuldades psicológicas, mais do que elementos mentais estáticos, constituem-se como maneiras de falar e de conceptualizar a realidade. Primeiramente foi explicado a C. que todas as pessoas têm medo, que é normal ter medo, ocorrendo uma partilha dos mesmos. Seguidamente foi pedido a C. que fizesse o desenho do seu maior medo e que

escrevesse numa folha todos os outros que teria. A esse desenho foi pedido que lhe atribuísse um nome: B. chamou-o de *O meu Medo*, no entanto foi pedido que atribuísse especificamente um nome ao crocodilo que desenhou, o qual nomeou de: *Pipo*. Foi pedido ainda que lhe atribuísse algumas características. Curiosamente, C. refere “*ele aqui não me mete tanto medo, a modos que até é giro, fui eu que o desenhei...*”, e ri-se.

Ficou então acordado que iríamos substituir a palavra medo pela palavra Pipo, e que iríamos tentar que o Pipo não a chateasse mais. Desta forma, criamos o Diário do Pipo, para que C. pudesse anotar todas as situações em que o Pipo a chateou, o que ela pensou e como reagiu.

Referente à abordagem comportamentalista esta consistiu na técnica de exposição gradual e mediatizada (Gonçalves, 2004). Foi dito a C. que o Pipo vinha a Coimbra, aqui ao GAAF para conversar com ela sobre os últimos acontecimentos, e que ela teria de se mostrar forte e conseguir enfrentá-lo. Foi feita a ressalva que ele viria num jaula, que não lhe iria poder fazer mal. C. aceita o desafio de querer falar com o Pipo.

Juntas elaboramos uma lista com 12 etapas que C. teria de ultrapassar para poder estar com o Pipo e dizer-lhe tudo o que pensava. Estas etapas teriam de ser imaginadas com *muita muita força*, como se estivessem mesmo a acontecer. Foi também explicado a C. que se durante a imaginação de alguma cena se sentisse desconfortável, ou com medo, que poderia imaginar a situação número 1, estar a passear numa praia cheia de sol. Realizamos um treino nesta temática. A lista elaborada continha os seguintes elementos:

1. Passear na praia numa manhã cheia de sol
2. Um mês antes de estar com o Pipo
3. Uma semana antes de estar com o Pipo
4. Cinco dias antes de estar com o Pipo
5. Quatro dias antes de estar com o Pipo
6. Três dias antes de estar com o Pipo
7. A noite antes de estar com o Pipo
8. O dia em que vou estar com o Pipo
9. A porta da escola
10. A porta do GAAF
11. Entrar no GAAF
12. Ver o Pipo e falar com ele

C. entendeu muito bem e a exposição foi tendo progressos significativos à medida que o treino ia aumentando. C. revelou uma ansiedade crescente à medida que se aproximava o dia

em que iria ver o Pipo, mas após treino constante dos 12 elementos, conseguiu várias vezes voltar ao primeiro elemento de maior sensação de conforto.

De forma a completar o processo, comprou-se um crocodilo de peluche de feições bastante agradáveis. Quando C. chegou à sessão, foi-lhe dito que o Pipo já estava em Coimbra e que iria chegar ao GAAF a qualquer instante. Passado 10 minutos, como combinado com uma auxiliar de acção educativa, esta bate à porta com o Pipo, o qual entra e se senta à mesa. C. afirma: *Eu até pensava que ia ter medo de ti, mas afinal és parecido ao meu desenho... Quero ficar tua amiga, não quero que me chateeis mais!!* Foi realizado o reforço contingencialmente à emissão desta frase, e explicado a C. que o Pipo não podia falar, mas que conseguia entender tudo o que ela dissesse.

Feedback Terapêutico

Durante as últimas fases de treino de exposição, os progenitores entraram em contacto com o GAAF, indicando que C. teria conseguido adormecer sozinha na sua cama, sem acordar nenhuma vez a meio da noite. Este comportamento manteve-se e C. continuou a conseguir dormir sozinha, sem acordar durante a noite.

SÚMULA GERAL DO CAPÍTULO

Trabalhar com crianças foi um enorme desafio pessoal, não só porque nunca ponderei essa questão mas devido também às características próprias deste tipo de população. O projecto GAAF é de facto aliciante e permitiu complementar a minha formação a um nível mais clínico. Pude aplicar muitos dos racionais teóricos preconizados ao longo de cinco anos de licenciatura e descobrir muitos mais. Foi uma área que exigiu muita concentração e diga-se *curiosidade*, enquanto os progressos do trabalho que íamos efectuando eram constatados.

Consegui de forma mais rápida e pensada desenhar estratégias de intervenção para cada caso específico, de forma mais natural que num *role-play*.

Pesquisa, formação e muita prática são necessárias para que as estratégias terapêuticas e o racional teórico que lhe está subjacente consigam ser as mais adequadas para cada caso clínico, conseguindo desta forma uma melhoria significativa mais rápida e duradoura, diminuindo a taxa de recaída.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

Preâmbulo

Neste capítulo são evidenciadas as competências de investigação adquiridas através da elaboração de um artigo científico de título “*Avaliação da acuidade do testemunho presencial sob condições experimentais de sugerência e não sugerência*”, estudo realizado com 120 testemunhas.

De salientar que o presente artigo, apenas reduzido na sua extensão de páginas e traduzido para a língua inglesa, foi automaticamente aceite quando submetido para publicação na Revista da Sociedade de Psiquiatria e Psicologia Forense, uma das instituições mais prestigiadas na área forense em Portugal. Prevê-se saída desta revista nos próximos meses. Terá o presente artigo também sido alvo de convite para comunicação no III Congresso dessa mesma sociedade a realizar no Porto em Fevereiro de 2010.

Termina-se, referindo que nunca é demais agradecer a enorme orientação e rigor científico disponibilizado pelo Professor Doutor Luís Maia na elaboração, correcção e em todas as etapas do presente artigo.

A Avaliação da acuidade do testemunho presencial sob condições experimentais de sugerência e não sugerência

Resumo

O presente estudo visa avaliar a acuidade do testemunho presencial quando este é prestado diferenciadamente por crianças dos 8-10 anos e estudantes universitários dos 20-22 anos (N=120). Criam-se 2 grupos em função da faixa etária² os quais são subdivididos em 2³ em função da condição a que vão ser submetidos: sugerente ou não sugerente. Num primeiro momento, cada grupo de 30 visualiza uma cena gravada em vídeo; em seguida é apresentado um line-up [com suspeito presente ou ausente, dependendo do grupo de sugerência ou não sugerência, respectivamente]; seguido de um questionário com 2 formas (A: não sugerente, B: sugerente). Depois de um intervalo temporal de 24 horas, realiza-se uma entrevista individual de recolha de informação, transcrevendo-se os relatos para posterior análise com a CBCA. Pretende verificar-se se 24 horas decorridas, ocorreu incorporação de informação enganosa previamente fornecida, na memória original que os participantes teriam do evento, e se esta é mais evidente nas crianças ou nos adultos, comparando para isso o grupo experimental com o grupo de controlo.

² Dois grupos de 60 sujeitos / Two groups of 60 subjects.

³ Quatro grupos de 30 sujeitos cada / Four groups of 30 subjects each.

Palavras-chave: testemunho presencial; sugestionabilidade; credibilidade.

○ **JUSTIFICAÇÃO DO TEMA**

Desde a década de 80 que assistimos a um *boom* de denúncias de violência e abuso sexual infantil (Goodman, Quas, Bulkley & Shapiro, 1999; Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones & Gordon, 2003; Kellogg & Hoffman, 1995; Lamb, Orbach, Sternberg, Hershkowitz & Horowitz, 2000; Stroud, Martens & Barker, 2000; *cit. in* Garrido & Herrero, 2006), e a maioria das vezes a única evidência disponível é a alegação da própria criança, o que constitui [para muitos] factor influenciador da credibilidade da história contada.

Por esta mesma razão, tem-se assistido a um aumento de cepticismo em relação ao depoimento infantil; quer seja porque as suas alegações não são coerentes, ou porque é usual assistirmos a falsas alegações encomendadas por um adulto (eg: Casos de custódia e exercício do poder paternal) (Gren, 1991; Jone & McGraw, 1987; Jones & Seig., 1988; Thoennes & Pearson, 1987; *cit. in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

Por este mesmo motivo, na última década muitos autores começaram a investigar a capacidade que a criança possui para fornecer informação válida e confiável, (Ceci & Bruck, 1995; Ceci, Leitchman & Potnick, 1992; Ceci, Ross & Toglia, 1989; Ceci, Toglia & Rossa, 1987c; Dent & Flin, 1992; Doris, 1991; MCGough, 1994; Perry & Wrightsman, 1991; Poole & Lamb, 1998; Spencer & Flin, 1993, *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000), devido à diversidade de opiniões sobre a sua habilidade para recordar correctamente (McGough, 1994; Goodman & Schaaf, 1997; *cit in* Fanetti & Boles, 2004).

Em concreto, diz-se que: não são tão bons quanto os adultos para observar e recordar acontecimentos; são propensos a fantasias sexuais (Freud); são altamente sugestionáveis (Binet); são relativamente incapazes de distinguir entre realidade e fantasia (Piaget) e são propensos à fabulação (Saywitz) (Kapardis, 1997; *cit. in* Garrido & Herrero, 2006).

Segundo Myers (2005), para testemunhar, uma criança deve possuir a capacidade de observar, ser dotada de inteligência suficiente para entender o significado e as consequências das suas declarações, uma memória adequada, habilidade para comunicar, saber a diferença entre o verdadeiro e o falso e um entendimento da obrigação de dizer sempre a verdade em tribunal. Uma criança de qualquer idade que possua estas características poderá então, testemunhar.

1. A COMPETÊNCIA DA CRIANÇA PARA OFERECER TESTEMUNHO

Segundo, Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz & Esplin (2000), quatro factores influenciam a competência da criança em situação de depoimento: fantasia, linguagem, memória e sugestibilidade.

A fantasia, apreciada através das confabulações apresentadas no discurso, acarreta duas importantes considerações: (1) as crianças entre os 4 – 9 anos tendencialmente apresentam elementos fantasiosos nos seus discursos (Dalenberg, Hyland & Cuevas, 2002) e (2) as crianças a partir dos 6 anos já conseguem discriminar entre eventos de origem interna ou fantasiados e de origem externa ou presenciados, sendo semelhantes aos adultos (Jonhson & Foley, 1984; Lindsay & Johnson, 1987; Robert & Blades, 1995, *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

Ao nível da linguagem, as crianças apresentam tendencialmente um discurso mais vago e breve, com associações pobres e pouco detalhadas, (Marin et al, 1979; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000) e empregam frequentemente palavras no seu discurso, mesmo antes de conhecerem ou entenderem o seu significado (Harner, 1975 & Walker, 1994). A enorme dificuldade que têm em relatar crimes de índole sexual, advém basicamente do pouco conhecimento que têm sobre o vocabulário sexual (Schor & Sivan, 1989; *cit. in* Saywitz & Lyon, 2002). Mas, regra geral, os discursos das crianças são bastante confiáveis (Goodman & Reed, 1986; Johnson & Foley, 1984; Marin et al, 1979; Oates & Scrimpton, 1991; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

No que diz respeito à memória, as crianças codificam e retêm menos informação do que os adultos, (Brainerd, Reyna, Howe & Kingma, 1990; Howe, 1991; *cit. in* Saywitz & Lyon, 2002), mas a partir dos 5 anos possuem já uma memória consistente, mas uma recordação bastante maleável por factores externos (eg: pressões, perguntas repetidas) (Cantón e Cortés, 2000; *cit in* Reyes 2004). Por este mesmo motivo deve sempre realizar-se uma verificação da possibilidade de pré (Leichtman & Ceci, 1995; Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000) ou pós contaminação da memória que a criança teria do evento presenciado (Leichtman & Ceci, 1995; Poole & Lindsay, 1995, 1997; Poole & White, 1993; Warren & Lane, 1995; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

Quanto à sugestibilidade, esta define-se como *“fenómeno resultado de uma sugestão de informação pós-evento, que conduz as pessoas a recordar informação sugerida como parte integrante da memória original que tinham formado do evento”* (Lindsay, 1990; Loftus, 1975; Loftus, Miller & Burns, 1978; Zaragoza & Lane, 1994; *cit. in* Eisen, Winograd & Qin, 2002). As crianças podem dar respostas incorrectas e pouco precisas durante uma entrevista devido a:

(1) uma tentativa de responder de acordo com as preferências ou expectativas do entrevistador (Ceci & Bruck, 1993; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000); (2) não entenderem a pergunta mas quererem cooperar em tudo o que lhes é pedido (Hughes & Grieve, 1980; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000); (3) por reterem a última informação fornecida sobre o evento [seja por entrevistas sucessivas ou por perguntas sugerentes], sendo incapazes de fornecer a resposta original (Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000); (4) apresentarem uma confusão na monitorização da fonte das suas memórias, não lhes permitindo distinguir entre uma origem interna ou externa de um evento (Poole & Lindsay, 1997; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000). Os vários estudos neste âmbito assumem duas posições antagónicas: (1) as crianças mais pequenas conseguem fornecer informação precisa e verdadeira sobre o que presenciaram desde que entrevistadas correctamente; (Davies, Stevenson, Flin, 1986; Hedderman, 1987; Myers, 1987; Faller, 1990; Fivus, 1990; Saywitz, Goodman, Myers, 1990; Murray, Gough, 1991; Spencer, Flin, 1993; *cit. in* Bull, 1995) e (2) a criança é mais susceptível a incorporar informação enganosa ou sugerente do que os adultos (Garven, Wood, Malpass & Shaw, 1998; Scullin, Kanaya & Ceci, 2002; Leichtman e Ceci, 1995, *cit in* Fanetti & Boles, 2004; Cassel, Roebbers & Bjorkland, 1996; Petit et al, 1990; Thompson et al, 1997; Ackil & Zaragoza, 1995).

1.1. EXCEPÇÕES DO ESTEREÓTIPO INFANTIL

A maioria dos estudos conceptualizam a criança como uma testemunha de segunda categoria (Bow et al, 2002; Golding, Alexander & Steward, 1999; Leippe, Manion & Romanczyk, 1992; Luus & Wells, 1992; Myers, Redlich, Goodman, Prizmich & Imwilkelried, 1999; Nikonova & Ogloff, 2005; Pozzulo & Lindsay, 1998; Warren et al, 2002; *cit. in* Garrido & Herrero, 2006), no entanto, nem todos os estudos concluem que as crianças são menos credíveis que os adultos. Existem várias excepções, das quais a Teoria dos Dois Factores de Goodman, Golding, Helgeson & Haith (1984) é um bom exemplo.

Segundo esta teoria, a criança é menos credível que um adulto (Luus & Wells, 1992; *cit. in* Garrido & Herrero, 2006), excepto quando se observam os factores de (1) honradez e (2) capacidade.

O factor de honradez diz respeito ao facto de as crianças não poderem mentir em casos de abuso sexual, uma vez que possuem pouco conhecimento sobre o tema e seriam incapazes de inventar esse tipo de alegações (Garrido & Herrero, 2006).

Relativamente ao factor de capacidade, este concerne a capacidade ou habilidade de a criança prestar testemunho no tribunal. Logo, assume-se que se a criança conseguir prestar

depoimento fazendo uso de uma narração clara, cheia de detalhes e semelhante a uma execução de um adulto, é porque estará a dizer a verdade (Garrido & Herrero, 2006).

1.2. AVALIAÇÃO DO TESTEMUNHO PRESENCIAL

Segundo Rattner (1988), a principal causa de erros judiciais está na base de identificações erróneas feitas por testemunhas, mesmo quando estas demonstram estar muito seguras da sua identificação. No entanto, não são as identificações falsas os únicos e maiores erros que se encontram em contexto judicial; as próprias descrições do suspeito podem ser incompletas ou deformadas, os detalhes podem ser descritos de forma um pouco diferente de como sucederam na realidade e a própria confiança e segurança com que uma testemunha relata um acontecimento não é *per se* indicador da sua maior ou menor exactitude.

Quando avaliamos a prestação de um testemunho presencial ou ‘*eyewitness*’, devemos ter em conta 3 tipos de processos memorísticos: (1) Memória; (2) Metamemória; (3) Meta-metamemória. Ao nível da memória, esta compreende os processos de percepção, retenção e recuperação da informação. “*Vários estudos não só demonstram que a informação enganosa pode deformar o reconhecimento e a recordação, como também que a informação falsa que se recorda pode ir acompanhada de uma grande confiança*” (Siegfried, Dawn, Izaskun, 2006).

A Metamemória compreende a avaliação que a testemunha faz da sua própria memória, informando da segurança e confiança com que relatam o evento. Neste ponto sugere-se alguma precaução, uma vez que, vários estudos deixam evidente que a confiança com que uma testemunha relata uma situação, não é indicador de exactitude ou validade, isto é, uma maior confiança não é sinónimo de maior exactitude (Siegfried, Dawn, Izaskun, 2006).

Ao nível da Meta-metamemória, esta engloba os juízos dos profissionais da justiça sobre a quantidade e qualidade da informação recordada pela testemunha. Este processo expressa-se através da confiança da testemunha, tempo de reacção ao dar uma resposta perante um *line-up*, descrição do suspeito, quantidade de detalhes aportados e a consistência interna do discurso (Siegfried, Dawn, Izaskun, 2006).

Tendo em conta os erros que os sujeitos podem cometer ao dar testemunho, importa clarificar que em relação à quantidade de detalhes recordados, esta é determinada pela fase de percepção, retenção e recuperação, sendo essencialmente na fase de retenção que pode ocorrer uma possível distorção da informação, através de uma incorporação de informação errónea e sugerente (Loftus e Palmer, 1974; cit in Siegfried, Dawn, Izaskun, 2006).

No que diz respeito a outro tipo de erros, as identificações de pessoas, estas revestem-se de uma importância crucial, uma vez que quando alguém testemunha um evento, normal geral é pedida uma descrição do culpado. Os *line-ups* potenciam a identificação de suspeitos, constituindo-se com a fotografia do suspeito e mais fotografias distractivas com características físicas semelhantes às descritas pela testemunha, e apresentam normalmente duas modalidades: culpado presente ou culpado ausente, permitindo 4 tipos diferenciados de respostas: identificação correcta, identificação de um distractor, rejeição correcta e rejeição incorrecta.

2. METODOLOGIA

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo tem como objectivo, estudar as diferenças existentes na acuidade do testemunho verbal sobre uma situação presenciada em vídeo, quando este é prestado diferenciadamente sob condições sugerentes ou não sugerentes, por crianças dos 8 aos 10 anos ou por jovens universitários dos 20-22 anos, e tem como hipóteses as seguintes:

H1: As crianças cometem mais erros que os adultos quando estão a dar testemunho;

H2: As crianças oferecem menor número de detalhes em comparação com os adultos quando relatam um evento;

H3: As crianças erram mais em condição de *line-up*, fazendo uma identificação de um distractor ou uma rejeição incorrecta, do que os adultos;

H4: As crianças são mais susceptíveis a incorporar informação falsa ou que lhes foi sugerida [e assim distorcer a memória original que têm do evento] do que os adultos [sob as mesmas condições].

2.2. AMOSTRA

Constitui-se com um N de 120 participantes, que se divide em 60 crianças dos 8–10 anos e 60 jovens universitários dos 20–22 anos. A amostra foi recolhida numa Escola Básica de Primeiro Ciclo e numa Universidade Pública, ambas no centro do país. Todos os sujeitos são de nacionalidade portuguesa.

A amostra, sendo escolhida por conveniência, resultou em 60 sujeitos do sexo masculino e 60 sujeitos do sexo feminino, com frequência de idades entre os 8 e os 10 anos e os 20 e os 22 anos.

Género	Idade						Total
	8 anos	9 anos	10 anos	20 anos	21 anos	22 anos	
Masculino	7	13	10	10	11	9	60
Feminino	5	14	12	7	9	13	60
Total	12	27	22	17	20	22	120

Tabela 1. Frequência de idades por género

Dos 120 sujeitos, 77 provêm de meio urbano e 43 de meio rural, como podemos verificar na visualização da tabela 2. Ao nível da distribuição por escolaridade, 60% da amostra frequenta a 3ª ou 4ª classe e os outros 60% uma licenciatura (ver tabela 3).

	Frequência	Percentagem
Meio Urbano	77	64,2%
Meio Rural	43	35,8%
Total	120	100%

Tabela 2. Frequência de residência

	Frequência	Percentagem
3ª Classe	18	15%
4ª Classe	42	35%
Licenciatura	60	50%
Total	120	100%

Tabela 3. Frequência de escolaridade

2.3. INSTRUMENTOS

2.3.1. *Line-up*

Será utilizado um *line-up* construído com 10 rostos masculinos [porque os *line-ups* não deverão conter menos de 6 rostos e preferencialmente de 10 a 12] de forma a minimizar a possibilidade de identificações falsas (Wagenaar, 1988; *cit. in* Puebla, 2006). Nestes 10 rostos, 9 funcionarão como elementos distractores e 1 será o rosto do autor do delito visualizado no vídeo, que aparecerão de forma sucessiva, um depois do outro. Habitualmente, a apresentação dos componentes de um *line-up* faz-se de forma simultânea, aparecendo todos ao mesmo tempo. Este procedimento não é recomendável uma vez que favorece os juízos relativos, ou seja a avaliação em termos dos graus de parecença com o que ainda se recorda do suspeito, sendo assinalado normalmente o que mais se assemelha a ele, e nem sempre o verdadeiro suspeito.

2.3.2. Questionário

Serão utilizados 2 questionários de 30 itens cada um, com 2 formas diferenciadas: Forma A, que contem informação não sugerente e Forma B, que contem informação enganosa, não contida no vídeo. A aplicação destes questionários nas suas duas formas terá como finalidade a constituição de um sub-grupo de controlo que não irá ser exposto a informação enganosa e outro sub-grupo experimental que o será.

2.3.3. CBCA

A Criteria-Based Content Analysis, (Steller & Köhnken, 1989) vai aplicar-se ao relato dos sujeitos. Baseia-se na *Hipótese de Undeutsch*, de que as descrições de um evento que realmente se presenciou diferem em conteúdo, qualidade e expressão das descrições que contêm eventos fantasiosos (Masip & Alonso, 2006).

Conta com 19 critérios de conteúdo agrupados em diversas categorias, e é a presença de tais critérios numa declaração que sugere que o evento relatado é verdadeiro. A CBCA é um dos elementos do SVA (Statement Validity Assessment).

Vrij (2005) realizou uma revisão de todos os estudos realizados sobre a CBCA e concluiu que esta consegue discriminar adequadamente entre declarações verdadeiras ou falsas, relatadas por adultos e não só por crianças, referentes a outros temas que não só o abuso sexual e inclusive a testemunhas e não só a vítimas implicadas directamente no evento (Masip & Alonso, 2006).

2.4. PROCEDIMENTOS

Após extensa revisão bibliográfica sobre o tema e desenho estrutural da presente investigação, passamos à construção dos materiais e instrumentos que iríamos utilizar.

Desta forma, gravamos um vídeo que representa uma situação forensicamente relevante e entendida e compreendida por ambos os grupos de idade, onde pretendemos simular um carteirismo ocorrido em via pública. Este vídeo é apresentado a todos os sujeitos, em todas as condições experimentais (CE), sendo estas: CE1- 30 crianças do Grupo 1 (8-10 anos) submetidas a informação não sugerente; CE2 – 30 crianças do Grupo 1 submetidas a informação sugerente; CE3 – 30 jovens universitários do Grupo 2 (20-22 anos) submetidos a informação não sugerente; e por ultimo CE4 – 30 jovens universitários do Grupo 2 submetidos a informação sugerente.

Antes da sua visualização não é dada nenhuma referência ao objectivo do estudo, sendo apenas referido que se *vai apresentar um vídeo sobre uma situação possível de acontecer a todos nós*.

Em seguida, passámos à construção do line-up que apresenta duas modalidades distintas: culpado presente e culpado ausente. Estas serão apresentadas nos grupos submetidos a informação não sugerente e informação sugerente, respectivamente.

O *line-up* será apresentado contigencialmente depois do vídeo, e os sujeitos terão como tarefa identificar o rosto do culpado ou a ausência deste.

Os questionários foram o terceiro passo para dar mais forma ao nosso estudo e serão distribuídos aos sujeitos após a apresentação do *line-up*. A Forma A será distribuída aos sujeitos na CE 1 e 3, e a Forma B aos sujeitos na CE 2 e 4.

Optamos por um intervalo de 24 horas para iniciar a segunda parte do estudo: entrevista individual aos sujeitos das 4 CE. Isto por dois motivos: (1) geralmente quando alguém é testemunha de um roubo ou qualquer outro crime, é prática geral deslocar-se pouco tempo depois à polícia para relatar o sucedido, e não após dois dias ou uma semana. Assim sendo, conseguimos uma situação experimental muito próxima da realidade; (2) a maior parte de todos os estudos encontrados apresentam uma distância temporal entre o evento presenciado e a entrevista de recolha de dados superior a três dias. Desta forma seria interessante avaliar até que ponto as crianças, decorridas 24 horas apenas depois da visualização do evento, conseguem ou não resistir à sugestão oferecida pelas questões do questionário.

A entrevista será realizada individualmente e gravada em áudio. Irá ter início com o pedido “*Diz-me tudo o que te recordas sobre o vídeo que te mostrei*”, de forma a permitir uma narração livre. De forma a estimular conversação adicional, uma vez que as crianças geralmente relatam poucos detalhes visuais e têm um discurso breve, serão oferecidos 5 incentivos verbais tanto às crianças como aos adultos: (1) *Descreve-me o espaço onde tudo se passou*; (2) *Diz-me tudo o que ouviste*; (3) *Descreve-me as pessoas presentes no vídeo*; (4) *Percebo que estejas cansada(o) mas é muito importante que te recordes de tudo o que viste. Tenta concentrar-te e contar-me tudo o que te lembrares*; (5) *Foca-te no ladrão. Descreve-o*. Esta estratégia segundo Poole & Lindsay (1995) não diminui nem a exactitude nem a precisão do relatado. (cit in Roebbers, Elischberger, 2001)

Após o término desta fase, procede-se à transcrição da entrevista e o seu conteúdo será alvo de cotação com a CBCA.

Todos os dados serão inseridos no programa de análise estatística aplicada às Ciências Sociais (SPSS), formando uma base de dados que nos permita cruzar variáveis e obter os principais resultados.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

a) Em relação ao tipo de erros cometidos

Fazendo uso do teste de Qui-Quadrado, pretendemos verificar se o tipo de questionário aplicado, nas suas formas não sugerente e sugerente, teria alguma influência no tipo de erros que são cometidos pelos sujeitos. Verificamos que existe uma diferença significativa ($Sig = 0.016$), no tipo de erros que são cometidos pelos sujeitos que responderam, ao questionário não sugerente (A), e ao questionário sugerente (B).

Explicitando melhor, fizemos uma categorização do tipo de erros que poderão ser cometidos pelos sujeitos, passando esta por: (1) Sujeito não comete erros; (2) Confabulação; (3) Informação sugerida pelo questionário e (4) Confabulação mais informação sugerida pelo questionário.

Verifica-se que 58,3% dos sujeitos do Grupo A e 41,7% do Grupo B não cometem qualquer tipo de erro ao evocarem a memória original que possuem do evento, não se registando aqui qualquer diferença significativa do ponto de vista estatístico.

Ao nível da Confabulação, 28,3% dos sujeitos do Grupo A cometem este tipo de erro, contra apenas 3,3% de sujeitos do Grupo B. Este dado, apesar de impressionante, poderá ser explicado pelo facto de os sujeitos do Grupo A, ao serem confrontados com um questionário que não sugere nem oferece informação, ao tentarem preencher os ‘gaps’ ou lacunas de memória sobre as características do evento que presenciaram, tendencialmente especulam ou confabulam sobre o que mais poderá ter ocorrido.

Como já seria de esperar, a incorporação no relato de informação sugerida no questionário é realizada por 43,3% dos sujeitos do Grupo B. Quando analisamos a presença de dois tipos de erros simultaneamente (Confabulação + Informação sugerida pelo questionário), este é tendencialmente apresentado por sujeitos do Grupo B (11,7%).

Já sabemos que existe uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de questionário aplicado e o tipo de erros cometidos, logo, importa saber quem comete estes erros? As crianças ou os jovens universitários?

Através de uma análise com o teste do Qui-Quadrado, verificamos que existe uma diferença significativa ($Sig = 0,000$) entre o tipo de erros que são cometidos e a idade e grupo a que pertence o sujeito.

Passamos aos resultados: 73,7% das Confabulações foram apresentadas nos relatos das crianças dos 8 aos 10 anos do Grupo A; 68,8% da informação sugerida foi incorporada no relato das crianças dos 8 aos 10 anos do Grupo B; 66,7% da presença de confabulações e informação sugerida no questionário foi também evidenciada pelas crianças dos 8-10 anos do Grupo A. Por ultimo, importa referir que 43,3% dos relatos sem erros foram relatados por jovens dos 20-22 anos pertencentes ao Grupo A.

De uma forma geral, as crianças tendencialmente confabulam e incorporam informação sugerida mais facilmente do que os jovens universitários, sob as mesmas condições experimentais. Ao nível de relatos sem qualquer tipo de erro, 83,3% pertencem a jovens universitários (Grupo A+B), ao passo que apenas 16,7% deste tipo de relatos pertencem a crianças dos 8-10 anos (Grupo A+B).

b) Em relação ao número de erros

No que concerne o número de erros, propusemo-nos a verificar se algum dos tipos de questionário conduz ou induz o sujeito a cometer mais erros. Assim, através de um teste de Qui-Quadrado, verificamos [ao contrario do que julgávamos] que não existem diferenças estatisticamente significativas ($Sig = 0,101$) e que independentemente do questionário a que os sujeitos respondam, isso não constitui condição *per se* aumentar o número de erros.

Fazendo um teste de comparação de médias através de um Independent T-test, quisemos comprovar se existiam diferenças entre a média de erros que os sujeitos cometeram e a pontuação média obtida através da CBCA. Já que os erros cometidos não são influenciados pelo tipo de questionário, será que a maior número de erros se obterá uma menor pontuação na CBCA?

A média de erros cometidos pelos sujeitos do Grupo A é de 10,78 com desvio padrão de 4,453, ao passo que a média de erros cometidos pelos sujeitos do Grupo B é de 12,42 com desvio padrão de 5,797. A diferença não é estatisticamente significativa ($Sig = 0,086$).

No que diz respeito à pontuação média obtida na CBCA, esta é de 8,82 nos sujeitos do Grupo A, com desvio padrão de 3,352, enquanto que os sujeitos do Grupo B pontuam em média 8,28 na CBCA, com desvio padrão de 3,585. Mais uma vez a diferença não é estatisticamente significativamente com $Sig = 0,634$.

Desta forma, seria de esperar que os sujeitos do Grupo B cometessem mais erros e obtivessem uma pontuação mais baixa na CBCA, facto que não acontecesse. É, portanto indiferente a situação experimental a que submetemos o sujeito (forma sugerente ou não sugerente do questionário), porque os erros cometidos são independentes desse factor.

A própria pontuação da CBCA não é influenciada pelo tipo de questionário aplicado ao sujeito, assumindo-se que perante um relato que contenha informação sugerida ou informação realmente contida num evento, os sujeitos pontuam em média, de formas muito semelhantes. No entanto, quando analisamos o número de erros cometidos pelos sujeitos de diferentes idades e submetidos a diferentes questionários, verificamos que aqui sim, existem diferenças significativas (Sig = 0,000).

Tendo em conta que os erros cometidos podem ir de 1 a 30, 13,3% das crianças do Grupo A comete 14 erros; 16,7% das crianças do Grupo B cometem 18 e 20 erros; 13,3% dos jovens do Grupo A cometem 5 e 10 erros; 13,3% dos jovens do Grupo B cometem 5, 6, 8 e 13 erros na mesma proporção.

Conclui-se que as crianças tendencialmente cometem um maior número de erros quando oferecem testemunho, quando comparadas com os adultos.

c) Em relação à apresentação do *Line-up*

Para efeitos estatísticos, apenas consideramos duas condições: (1) o sujeito erra (fazendo uma rejeição incorrecta ou uma identificação falsa) e (2) o sujeito acerta (fazendo uma rejeição correcta ou uma identificação correcta).

Recorrendo ao teste do Qui-Quadrado pretendemos verificar se existia algum tipo de relação estatisticamente significativa entre o tipo de questionário respondido pelo sujeito e o facto de realizar uma escolha correcta ou incorrecta face ao *line-up*. Verificamos que efectivamente existem diferenças significativas (Sig = 0,034), das quais ressaltamos os seguintes dados: 75% dos sujeitos do Grupo B erraram na condição de *line-up*, fazendo uma rejeição incorrecta ou uma identificação falsa na situação de *Line-up* 1 (Culpado Presente), e uma identificação de um distractor na condição de *Line-up* 2 (Culpado Ausente); 43,3% dos sujeitos do Grupo A realizaram uma escolha correcta, identificando correctamente o culpado na situação de *Line-up* 1 e rejeitando correctamente na situação de *Line-up* 2; em relação ao Grupo B, apenas 25% dos sujeitos acertaram.

Mais uma vez importa saber de onde provêm estas diferenças. Será que as crianças cometem mais identificações falsas e rejeições incorrectas, quando comparadas com adultos?

De forma a esclarecermos esta questão, recorreremos ao teste do Qui-Quadrado, onde ficou evidenciada uma diferença estatisticamente significativa (Sig = 0,015), entre a idade e grupo do sujeito e o facto de acertar ou errar em situação de *line-up*.

Clarificando: 90% das crianças do Grupo B erraram em situação de line-up, contra apenas 10% que acertaram; 60% dos jovens universitários do Grupo B também erraram em situação de line-up, contra 30% de acertos.

Em relação ao Grupo A, este não demonstrou diferenças significativas, uma vez que tanto as crianças como os jovens universitários, erraram e acertaram nas mesmas percentagens (56,7% e 43,3% respectivamente).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sumariando, retiramos como principais conclusões deste estudo:

1. As crianças cometem mais erros que os jovens quando relatam uma situação que experienciaram;
2. As crianças submetidas a condições não sugerentes, confabulam mais do que as que foram submetidas a condições sugerentes, realizando estas uma maior incorporação de informação contida no questionário;
3. O número de erros não é influenciado pelo tipo de questionário que é administrado ao sujeito;
4. A média de erros não se relaciona com a média de pontuação obtida com a CBCA, ou seja, um maior número de erros não é indicador de uma menor cotação na CBCA e vice-versa;
5. O número de erros é tendencialmente aumentado no grupo de crianças submetido a condições sugerentes;
6. O grupo submetido a condições sugerentes erra mais em situação de line-up do que o grupo submetido a condições não sugerentes;
7. As crianças do grupo submetido a condições sugerentes são as que erram mais;
8. As crianças do grupo submetido a condições não sugerentes erram e acertam nas mesmas proporções que os jovens.

De notar, que neste estudo alcançamos algumas conclusões inesperadas, não corroboradas pela maioria da literatura científica.

Assim, assumindo que o número de erros cometido pelo sujeito não é dependente do tipo de questionário que lhe é administrado, seja ele de índole sugerente ou não sugerente, constitui-se como um factor bastante impressionante. Isto porque a maioria dos estudos concluem que os sujeitos, tendencialmente, cometem mais erros face a sugestões (Garven, Wood, Malpass & Shaw, 1998, *cit. in* Scullin, Kanaya & Ceci, 2002). Isto é, tanto os sujeitos que responderam ao questionário A como os que responderam ao questionário B, cometeram erros

numa medida semelhantes, sendo a média de 10,78 e 12,42, respectivamente, não sendo esta estatisticamente significativa.

Este espantoso resultado poderá ter ocorrido devido a:

(1) Ambos os questionários oferecem a hipótese ao sujeito de escolher a resposta correcta, isto é, a Forma A [sendo esta a versão em concordância com o vídeo] possui a resposta correcta e elementos distractores, ao passo que a Forma B [sugerente] apesar de conter informação sugerente não presente no vídeo, contempla sempre a alternativa '*Nenhuma das anteriores*' ou '*Não*'. Desta forma, os sujeitos não fazem uma eleição forçada de algo que poderão não ter visto, podendo sempre rejeitar todas as alternativas apresentadas. Assim, ambos os questionários acabam por constituir-se [estatisticamente falando] como portadores da mesma probabilidade de erros, uma vez que contêm ambos em igual medida uma resposta correcta e elementos distractores por item;

(2) A curta duração e simplicidade do vídeo, que permite à partida a exclusão de alguns elementos mais fantasiosos contido no questionário sugerente poderá também ter sido um dos elementos que mais contribuiu para este resultado impressionante. Tendo em conta que o questionário contém 30 itens [ou 30 especulações de teor falso], quando analisámos os relatos dos sujeitos, verificamos que quando estes incorporavam informação sugerida pelo questionário, esta concernia sempre os mesmos elementos: a pastelaria, a policia, o telemóvel ou a bicicleta. Em 60 relatos, todos os que continham informação sugerida no questionário era sobre estes itens. Os outros 26 itens nunca foram referidos. Isto poderá ter acontecido porque: a) todos os demais elementos são fantasiosos em demasia e excluídos à partida pelo sujeito, ou b) tanto o elemento 'pastelaria' como o elemento 'policia' aparecem em mais do que um item no questionário B.

Assim, assume-se que todos erramos, e de acordo com um estudo de Ackil & Zaragoza (1995), em todos os grupos etários existem erros cometidos e incorporação de informação enganosa, apesar de este ser mais visível nas crianças mais pequenas.

Logo, tendo isto em conta, devemos reflectir na implicação deste dado para o nosso Sistema Judicial. Considerando que uma descrição de um evento baseada em falsas memória ou memórias recobradas [sem nos apercebermos de tal facto] pode constituir-se como um elemento bastante influenciador do júri ou do veredicto do juiz e condenar um inocente a uma pena privativa de liberdade, não provocando qualquer tipo de '*dúvida razoável*', esta torna-se um verdadeiro perigo de tal forma mascarado ou encobrido, que não possibilita a sua detecção.

É pois, urgente, o progresso de estudos neste âmbito que nos possam conferir mais resultados e mais sugestões de intervenção, a par da necessidade de pessoas devidamente formadas na detecção de sugestões e avaliação de credibilidade.

Outra surpreendente conclusão, foi o facto de a média de erros cometidos pelos sujeitos, não se poder relacionar com a média de pontuações obtidas pela CBCA. Isto é, seria de esperar que quanto maior fosse o número de erros cometidos, maior fosse a probabilidade da sua incorporação e distorção da memória original, logo de uma menor pontuação na CBCA.

É, portanto indiferente a situação experimental a que submetemos o sujeito (forma sugerente ou não sugerente do questionário), porque os erros cometidos são independentes desse factor [como discutidos anteriormente], constituindo-se também independentes da pontuação obtida na CBCA.

Na nossa perspectiva este dado impressionante e em nada esperado (uma vez que a CBCA constitui-se como instrumento avaliador da credibilidade de uma declaração), seria de esperar que os relatos que incorporassem informação sugerente ou contivessem confabulações, pontuassem em menor número. Esta facto pode dar-se devido a:

a) Se a média de número de erros cometido pelos sujeitos é independente da condição a que estes são submetidos (A ou B), também a cotação da CBCA será independente deste factor, uma vez que se baseia no número de erros cometidos;

b) Simplicidade das *frames* do vídeo, que contêm poucos detalhes ou pormenores, não possibilitando uma exploração total e profunda de todos os itens da CBCA. Assim vários itens não são passíveis de cotação, devido a falta de elementos no vídeo que o viabilizem (ver itens 5, 7, 11, 17 e 18), uma vez que são itens que dizem respeito a alguém que relate o evento e esteja na condição de vítima e não de testemunha;

c) A própria CBCA constitui-se como uma medida baseada em avaliações de conteúdo e não em medidas psicométricas, logo é uma medida bastante subjectiva e dependente dos juízos de valor de quem a utiliza;

d) A cotação da CBCA foi realizada por nós, autores deste mesmo estudo, e apesar de conhecermos o conteúdo verídico do vídeo, tentamos ao máximo agir de forma neutra e realizar uma avaliação de conteúdo rigorosa. Assim, e tendo em conta tudo o supra referido, para alguém conhecedor da CBCA, o que se segue será de fácil compreensão: Imaginaremos duas declarações distintas. Versão 1: *‘uma senhora ia a passar numa rua a ver as montras, já assim mais para o final do dia, quando de repente um rapaz que estava escondido num beco, começa a andar atrás dela. Ele põe o capuz da camisola, começa a correr e rouba-lhe a*

carteira. Ela grita ‘Ladrão, Ladrão’ e depois um casal que estava na rua e viu o que tinha acontecido, o rapaz corre atrás do ladrão e a rapariga vai ter com a senhora, ver se ela estava bem’. Versão 2: ‘Sei que era já quase noite e estava um rapaz escondido, quando passa uma senhora distraída a falar ao telemóvel enquanto passeava numa rua cheia de montras. Esse rapaz começa a correr, passa por ela e saca-lhe a carteira. Nisto a senhora começa a gritar por Ladrão! e vai um rapaz que também passeava na rua a correr atrás dele. A rapariga que estava com ele vai falar com a senhora e nisto lembro-me que as que estavam na pastelaria e viram tudo, chamam a polícia’.

Apesar de uma declaração conter informação verídica e outra informação falsa, para alguém que ouvisse estes dois relatos, não pareceriam ambos bastante credíveis e plausíveis de terem acontecido? Se restarem dúvidas, desafiamos os leitores a cotarem ambos os relatos com a CBCA e a atentarem nas pontuações obtidas.

Por tudo isto, o resultado que obtivemos deixa de ser tão impressionante, para se tornar no mais óbvio e mais esperado possível, uma vez que um maior número de erros não é indicador fiável de uma menor pontuação na CBCA, ao mesmo tempo que um relato com poucos erros também não se constitui como indicador *per se* de uma pontuação mais alta.

Todas as outras conclusões alcançadas são corroboradas e apoiadas pela maioria dos estudos e investigações na área da sugerência e avaliação do testemunho, e por isso serão alvo de uma discussão mais breve.

Concluimos que as crianças cometem mais erros que os jovens quando relatam um evento que testemunharam, e que este é tendencialmente maior em crianças que foram submetidas a condições sugerentes.

A igual conclusão chegam vários famosos estudos, afirmando que as crianças são efectivamente mais susceptíveis a influências sugestionáveis, quando comparadas com adultos (Ceci & Bruck, 1993; Bruck, Ceci & Hembrooke, 1998; *cit in* Ceci, Bruck & Battin, 2000; Leichtman e Ceci, 1995; Petit et al, 1990; Thompson et al, 1997; Garven et al, 1998).

Isto porque, segundo alguns autores, as crianças ao reterem a última informação fornecida ou especulada sobre o evento [através da administração do questionário sugerente], são tendencialmente incapazes de fornecer a resposta original, ‘*esquecendo-se*’ desta, e incorporando-a na memória que teriam do evento original (Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

Em pólo oposto, há estudos que afirmam que o discurso das crianças regra geral é bastante confiável (Goodman & Reed, 1986; Johnson & Foley, 1984; Marin et al, 1979; Oates & Scrimpton, 1991; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

Outra conclusão amplamente discutida na comunidade científica, é que as crianças submetidas a condições não sugerentes, confabulam mais do que as que foram submetidas a condições sugerentes, realizando estas uma maior incorporação de informação sugerente contida no questionário.

No entanto, opostamente, alguns autores dizem-nos que no que toca a discriminar entre eventos de origem interna (fantasiados) ou de origem externa (realmente experimentados), as crianças a partir dos 6 anos são semelhantes aos adultos (Jonhson & Foley, 1984; Lindsay & Johnson, 1987; Robert & Blades, 1995, *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

Por outro lado, outros autores defendem que as crianças tendencialmente apresentam uma confusão na monitorização da fonte das suas memórias, não lhes permitindo distinguir entre uma origem interna ou externa de um evento (Poole & Lindsay, 1997; *cit in* Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Esplin, 2000).

De qualquer modo, inferimos que as crianças submetidas a informação verídica contida no vídeo, ao tentarem recordar-se [24 horas decorridas] de tudo o que visualizaram, e ao se depararem com ‘*espaços brancos*’ ou falhas, confabulam de forma a conseguir encadear a história e a conferir-lhe sentido e lógica. Ao passo, que as crianças submetidas a informação sugerente, quando realizam o mesmo processo e se deparam com os mesmos espaços em branco, tendencialmente vão buscar a informação que lhes foi sugerida pelo questionário, de forma a *tapar os buracos*.

Clarificando... Quando percebemos um evento há uma grande quantidade de informação à qual não conseguimos atender por completo (atenção selectiva), daí que muitas vezes não nos consigamos recordar de todos os detalhes que estariam presentes em dado evento. Isto acontece porque realizamos uma interpretação individual daquilo que vimos, mediada por conhecimentos prévios, expectativas e influências internas e externas (comentários de outras pessoas) que podem deformar a memória original na fase de retenção. É depois na fase de recuperação que a testemunha tenta reconstruir tudo o que experienciou, podendo este relato ser correcto ou incorrecto (dependendo se houve incorporação de informação enganosa na fase de retenção). “*Vários estudos não só demonstram que a informação enganosa pode deformar o reconhecimento e a recordação, como também que a informação falsa que se recorda pode ir acompanhada de uma grande confiança*” (Siegfried, Dawn, Izaskun, 2006).

No que diz respeito à condição de *line-up*, é o grupo submetido a condições sugerentes que erra mais, realizando um maior número de identificações falsas ou rejeições incorrectas. Neste grupo, são as crianças as que mais erram. Isto porque, ao grupo submetido a estas condições,

foi-lhe apresentado um *line-up* onde o culpado estava ausente, onde não poderiam identificar nenhum rosto. Assumindo que as crianças, perante questões dicotómicas tendem a responder *sim*, (Fay, 1975; Peterson, Dowdend & Tobin, 1997; *cit. in* Saywitz & Lyon, 2002) também neste tipo de identificações têm tendência a identificar alguém, mesmo não estando seguras de que estarão a efectuar a decisão mais correcta.

Segundo Rattner (1988), a principal causa de erros judiciais está na base de identificações erróneas feitas por testemunhas, mesmo quando estas demonstram estar muito seguras da sua identificação.

No entanto, no grupo submetido a condições não sugerentes, as crianças erram e acertam nas mesmas proporções que os jovens, uma vez que nesta condição o culpado já se encontra presente.

Diamond & Carey (1977); Carey, Diamond & Woods (1980), afirmam que a capacidade de identificar rostos, aumenta com a idade, sendo encontrado num estudo um intervalo entre os 6 e os 10 anos, onde as crianças melhoram a sua capacidade de reconhecimento visual, mantendo-se depois equilibrada até aos 16 anos. Outros resultados no entanto, contradizem esta conclusão, dizendo que não haverá diferenças no reconhecimento de rostos por parte de crianças de 3 a 8 anos (Peters, 1987), 6 a 7 e 10 a 11 anos (Davies, Tarrant & Flinn, 1989). As crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos, até evitavam realizar identificações por adivinhação. O aspecto onde mais facilmente as crianças falham será nas estimações de peso, idade e altura do autor do delito, uma vez que estes conceitos ainda não estão plenamente desenvolvidos (Wright & Stroud, 2002).

No que diz respeito à quantidade de detalhes oferecido por ambos os grupos aquando do seu relato, esta é bastante semelhante, também devido ao facto de a entrevista conter 5 incentivos verbais, que estimulam a produção de detalhes e características adicionais, por parte das crianças.

○ CONCLUSÃO

Corroborando a maioria dos estudos das últimas décadas, o presente estudo alcança as mesmas conclusões, reforçando o facto de a criança apresentar uma tendência mais marcada à sugestão e à sua incorporação memorística. Isto conduz a uma distorção da memória original que formaram do evento, uma vez que a informação sugerente sobrepõem-se à informação percebida e atendida aquando da visualização do evento.

O facto é que este tipo de informação [mesmo sendo falsa] vai tendencialmente acompanhada de uma grande segurança e confiança. É frequente em situações penais e judiciais, alguém

referir com toda a certeza que determinado sujeito foi o autor de determinado delito, podendo esta informação ser enganosa. Desta forma, mais estudos sobre sugerência e implementação de memórias falsas, devem ser realizados, de forma a compreendermos melhor este processo e quais as variáveis que nele influem.

Partindo do pressuposto, que todos erramos, importa clarificar as situações que o potenciam, eliminando as várias fontes de pré e pós contaminação do nosso discurso.

Relativamente aos grupos etários em estudo, conclui-se que as crianças quando submetidas a condições sugerentes, tendencialmente apresentam uma maior dificuldade de resistência face à incorporação de informação enganosa.

Os jovens, apresentam relatos mais correctos e uma menor taxa de erros que as crianças. Ao nível dos detalhes, ambos os grupos atingem um patamar homogéneo, muito devido ao facto de a entrevista conter 5 incentivos verbais, que estimulam a conversação e produção adicional de características relacionadas com o evento presenciado.

Concluindo, o presente estudo serve de linha de base a muitos outros possíveis nesta área, e tão escassos no nosso país. Na nossa opinião, um aprofundamento da informação agora fornecida pode ser conseguido, através da elaboração de um vídeo mais longo, que retrate uma situação mais complexa e que permita uma melhor e mais correcta exploração com a CBCA.

Interessante seria contrastar os resultados dessa forma obtidos com os do presente estudo. Mas isso, ainda é uma hipótese que deixamos em aberto...

II PARTE

○ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eis chegada a última etapa, aquela que nos permite encerrar este relato de todo um conjunto de seis anos de aprendizagem e consolidação de conhecimentos científicos. No decurso destes vários anos, fui sendo preparada para o exercício da profissão de ‘psicólogo’. O sucesso ou insucesso dependerá na minha opinião da dedicação, empenho e sobretudo da formação científica que recebemos.

O estágio, enquanto primeira experiência prática revelou-se bastante enriquecedora, não só como principal redutor do fosso entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, mas também como factor-chave de articulação de ambos os conhecimentos, permitindo-me obter uma noção mais clara e fundamentada de como, em bom português se diz, as ‘*coisas são realmente*’.

Durante o estágio deparei-me com várias lacunas e dificuldades, que à partida estaria apta para conseguir afrontar. O manuseamento de testes (aplicação, cotação, interpretação); a elaboração de relatórios; o delineamento de protocolos terapêuticos; os conhecimentos em psicofarmacologia (tão necessários!), constituem-se como matérias teóricas centrais da Licenciatura em Psicologia, mas o que é certo é que sem prática, a teoria não basta.

Um profissional de sucesso além de formação e pesquisa, necessita de um enorme contacto com a prática e de humildade suficiente que lhe permita receber ensinamentos, estando por isso em aprendizagem, ou melhor, RE-aprendizagem constante.

No que diz respeito ao estágio efectuado na área mais forense, no serviço de Psiquiatria Forense, este constitui-se como um enorme desafio para mim. O interesse nesta área terá sido desenvolvido aquando da minha estadia em Salamanca, através do programa Erasmus, a partir do grande Professor Garrido que leccionava ‘*Psicologia del Testimonio*’. Não existindo nenhuma cadeira semelhante na UBI, a pouca ou suficiente formação que tive em Salamanca, aspirou a minha curiosidade em querer saber mais e mais sobre esta tão nobre área. A Dra. Margarida Barreto (orientadora no serviço de Psiquiatria Forense) constituiu-se como uma abrir de portas a este mundo tão recente do Forense e da Medicina Legal. O próprio Professor Doutor Luís Maia, enquanto perito médico-legal (entre outros títulos) constituiu-se como uma sólida base de apoio a todo o meu trabalho, incentivando a sempre chegar mais além.

Á área forense, é uma área em crescente desenvolvimento, que começa a afirmar-se e a ganhar o seu terreno e âmbito próprio em Portugal. Mais formação e investigação são

necessárias, de forma a podermos encontrar técnicos de peritagem competentes e eficazes, capazes de responder objectivamente ao solicitado pelo Tribunal, de forma a se poderem minimizar as peritagens repetidas sobre a mesma temática, que além de obrigarem a mais custos, lentificam todo um sistema judicial [que por si só já não é muito acelerado].

Acerca deste propósito, recordo um relatório pericial que tive a oportunidade de ver.

O Tribunal de Família e Menores terá pedido uma avaliação psicológica a uma menor de 7 anos. O perito, terá respondido (entre outras conclusões) que a menor apresentava um quadro de possível simulação, devido ao facto de ter respondido *Sim* à pergunta “Queres ser feliz?” e não terá conseguido responder à pergunta “Que metas pensas atingir este ano?”.

São exemplos como estes que nos fazem reflectir sobre quão rigorosa e metódica é uma perícia médico-legal. Todas as informações que aportamos no nosso parecer, são consideradas pelos intervenientes na cena jurídica, tendo um peso na decisão jurídica tomada, sendo esta do âmbito penal, civil ou trabalho.

O INML, é uma instituição de formação e investigação por excelência, possuindo técnicos experientes e competentes, materiais de avaliação actualizados e standardizados, possibilitando perícias [para os mais iniciados], bastante orientadas e supervisionadas.

Um grande ponto-chave do estágio realizado foi o facto de este se ter repartido em duas instituições diferenciadas, com propósitos, objectivos e áreas de funcionamento completamente opostas, o que me permitiu uma maior aquisição de conhecimentos e consolidação dos mesmos em diferentes áreas.

O estágio no GAAF, permitiu o aplicar na prática de todas as metodologias e terapêuticas que tantos preconizamos ao longo de 5 anos de licenciatura. Foi de facto espantoso poder aplicar técnicas até então só utilizadas em *role-play* em contexto de sala-de-aula. Contactar com crianças pequenas dos 5 aos 10 anos, constituiu-se como um enorme desafio terapêutico, não só pelas características inerentes desta faixa etária, como também pela dificuldade em mantê-los concentrados em todo o processo. Foi uma experiência única e que guardo com todo o carinho, não só pela quantidade de sorrisos que recebi, mas também pela riqueza de conhecimentos que me aportou. Conhecimentos estes que a nível académico e pedagógico me permitiram uma aplicação prática de quase tudo o que aprendi em matérias de Modelos de Intervenção Clínicos, mas que a nível pessoal me obrigaram a aprender a lidar com as minhas emoções, sentimentos e características do próprio diagnóstico.

Durante o estágio realizado no GAAF efectuei algumas formações, nomeadamente na área dos Direitos da Criança, no âmbito das Comissões de Protecção de Jovens e Crianças em

Risco, Dislexia e Hiperactividade, que me conferiram uma maior consolidação de conhecimentos acerca desta área.

Neste sentido, posso afirmar que o Estágio Curricular desenvolvido nestas duas instituições, me permitiu desenvolver as minhas aptidões e competências a vários níveis, que humildemente apesar de se constituírem como uma experiência significativa, ainda são poucos para que façam de mim uma boa profissional.

A minha experiência científica está assim relatada neste compêndio de folhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R., (1995). *Parental Stress Index-Manual*, 3ª Edição;
- Ackil, J., Zaragoza, M., (1995). *Developmental differences in eyewitness suggestibility and memory for source*, Journal of Experimental Child Psychology, 62.
- Arboleda-Flórez, J., Taborda, J. G. V., (2003), Capítulo 7: Princípios éticos aplicáveis na prática da psiquiatria forense, in Taborda, J. G. V., Chalub, M., Abdalla-Filho, E., (2003). *Psiquiatria Forense*, Artmed Editora, São Paulo
- Baptista, A., (2000), Capítulo 3: Perturbações do Medo e da Ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental, in Soares, I. & cols. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in) Adaptativas ao longo da vida*, Quarteto Editora, Coimbra;
- Brandimiller, P., A., (1996). Perícia Judicial em Acidentes e Doenças do Trabalho, Editora Senac, São Paulo, pp. 140-142;
- Bruck, M., Ceci, S.J., (1999). *The suggestibility of children's memory*. Annual Review of Psychology, 50, pp 420-434
- Bull, R., (1995). Chapter 3.5: Interviewing children in legal contexts, in Carson, D., Bull, R., (1995). *Handbook of psychology in legal contexts*, England: Wiley publications, pp 235-243
- Casas, F., (1998). *Los niños y las niñas en procesos judiciales: ¿qué nos pueden decir o como nos comunicamos con ellos?*, Bienestar y protección infantil, IV, 1.
- Cassel, W., Roebers, C., Bjorkland, D., (1996). *Developmental patterns of eyewitness responses to repeated and increasingly suggestive questions*, Journal of Experimental Child Psychology, nº 61, pp 116-133
- Ceci, S. J., Ross, D. F., Toglia, M. P. (1987a). *Suggestibility of children's memory: psychological issues*. Journal of Experimental Psychology, nº 116, pp 38-49
- Ceci, S. J., Ross, D. F., Toglia, M. P. (1987b). *Age differences in suggestibility: narrowing the uncertainties*. New York, pp 79-91
- Ceci, S.J., & Bruck, M. (1993b). *Children's recollections: Translating research into policy*. SRCDC Social Policy Reports.
- Ceci, S. J. & Bruck, M., (1995). *Jeopardy in the courtroom: a scientific analysis of children's testimony*. Washington: American Psychological Association
- Chae, Y., Ceci, S. J., (2005), *Individual differences in children's recall and suggestibility: the effect of intelligence, temperament, and self-perceptions*. Journal of Applied Cognitive Psychology, nº 19, pp 383-407
- Código Penal, (2008), 9ª edição, Almedina Editora, Coimbra;
- Coll, C., Palácios, J. Marchesi, A., (1993). *Desenvolvimento Psicológico e educação: Necessidades Educativas Especiais e Aprendizagem escolar*, Artmed Editora, Porto Alegre;
- Cordeiro, J. C. D., (2003). *Psiquiatria Forense*, Fundação Calouste Gulbenkian;
- Coxon, P., Valentine, T., (1997). *The effects of the age of eyewitness on the accuracy and suggestibility of their testimony*, Applied Cognitive Psychology, 415.
- Da Silva, S., A., (2008). *Culturas de Segurança e Prevenção de Acidentes de Trabalho numa Perspectiva Psicossocial: Valores Declarados e em Uso*, Editora Climepsi, p.20
- Dalenberg, C.J., Hyland, K.Z., Cuevas, C.A., (2002). *Sources of fantastic elements in allegations of abuse by adults*. In Eisen, M., Quas, J. A., Goodman, G. S., (2002), Memory and suggestibility in the forensic interview. Lawrence Erlbaum Associates, pp 185-187
- Davidson, D. (1991). *Children's recognition and recall memory for typical and atypical actions in script-based stories*. Society for Research in Child Development: Seattle
- DSM-IV-TR, (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª Edição, Climepsi editores, London;

- Duque, C., (2003), Capítulo 6: Simulação, in Taborda, J. G. V., Chalub, M., Abdalla-Filho, E., (2003). *Psiquiatria Forense*, Artmed Editora, São Paulo.
- Eisen, M., Quas, J. A., Goodman, G. S. (2002), *Memory and suggestibility in the forensic interview*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp 333-356
- Eisen, M. L., Winograd, E., Qin, J., (2002). *Individual differences in adult's suggestibility and memory performance*. In Eisen, M., Quas, J. A., Goodman, G. S., (2002), *Memory and suggestibility in the forensic interview*. Lawrence Erlbaum Associates, pp 205-208
- Epifâneo, R. M. L., Farinha, A. H. L., (1997). *Organização tutelar de menores*, 2º Edição, Editora Almedina, Coimbra, p.327.
- Fanneti & Boles, (2004). Chapter 12: Forensic Interviewing and Assessment issues with Children, in O'Donohue, W., Levensky, E., (2004), *Handbook of forensic psychology*, California, Elsevier Academic Press Publications;
- Fivush, R., Peterson, C., Schwarzmuller, A., (2002). *Question and answers: the credibility of child witnesses in the context of specific questioning techniques*. In Eisen, M., Quas, J. A., Goodman, G. S., (2002), *Memory and suggestibility in the forensic interview*. Lawrence Erlbaum Associates, pp 331-340
- Flin, R., Boon, J., Knox, A., Bull, R., (1992). *The effect of a five month delay on children's and adults' eyewitness memory*. British Journal of Psychology, nº 83, pp 323-336
- Folstein, M., F., Folstein, S., E., McHugh, P., R., (1975). *Mini-Mental State Examination*, 2ª Edição ;
- Fonseca, C.A., Fonseca, G.M.F, Seabra-Santos, M.J., (2006). *Psicologia Forense*. Almedina Publicações, Coimbra
- Font, J.,M., (1978). *Le test du dessin de famille*;
- Garrido, E. M., Herrero, C., (2006), El testimonio infantil. In Garrido, E., Masip, J., Herrero, M.C.,(2006), *Psicología Jurídica*, Madrid: Pearson Prentice Hall, pp 429-463
- Garven, S., et al, (1998). *More than suggestion: the effects of interviewing techniques from the McMartin Preschool Case*, Journal of applied psychology, 83, pp 350-354
- Gonçalves, O. F., (1999). *Introdução às psicoterapias comportamentais*, Quarteto Editores, Coimbra
- Gonçalves, O. F., (2004). *Terapias Cognitivas: teorias e práticas*, Edições Afrontamento, Porto;
- Gorphe (1986). *La Critica del Testimonio*, Editorial Reus, p. 110-117
- Gudjonsson, G.H., (1986). *The relationship between interrogative suggestibility and acquiescence*. Journal of Applied Psychology, 56
- Hathaway, S., R., McKingley, J., C., (1942). *Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota*, 1ª Edição ;
- Henriques, M. R., Gonçalves, M, (2007). Psicoterapia narrativa com crianças: pôr os problemas a fugir, in Gonçalves, M., Gonçalves, O., (2007). *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: a construção conversacional da mudança*, 2ª edição, Coimbra, Quarteto Editora;
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A., (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, 7ª Ed., Porto Alegre, Artmed;
- King, M. A., Yuille, J. C. (1987) Suggestibility and the child witness, in Ceci, S. J., Ross, D. F., Toglia, M. P. (1987), *Children's eyewitness Memory*, New York: pp 24-35
- Laks, J., Engelhardt, E., (2003), Capítulo 4: Exames e Avaliações Complementares em Psiquiatria Forense, in Taborda, J. G. V., Chalub, M., Abdalla-Filho, E., (2003). *Psiquiatria Forense*, Artmed Editora, São Paulo;
- Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Esplin, P. W., (1994). *Factors influencing the reliability and validity of the statements made by young victims of sexual maltreatment*. Journal of Applied Developmental Psychology, nº 15, pp 255-280

- Lamb, E., M., Sternberg, J., K., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, W., P., (2000). Chapter 5.1: Forensic interviewing of children, in Memon, A., Bull, R., (2000). *Handbook of the psychology of interviewing*, England, Wiley publications
- Loftus, E. F., (1979). *Eyewitness Testimony*. Cambridge: Harvard University Press
- McAuliff, B. D., Kovera, M. B., Viwesvaran, C., (1998). *Methodological issues in child suggestibility research: a meta analysis*. California.
- Magalhães, T., (2004). *Introdução à Medicina Legal*, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, apontamentos de Curso Superior de Medicina Legal;
- Marsh, D. T., Fristad, M. A., (2002). *Handbook of serious emotional disturbance in children and adolescents*, Jon Wiley & Sons, Inc, New York;
- Miguel, J. P., (2004). Circular Normativa nº 21 /DSPSM, da Direcção Geral de Saúde
- Meyer, J., (1997). *Inaccuracies in Children's Testimony: Memory, Suggestibility, Or Obedience to authority*.
- Myers, J., E., B., (2005). *Myers on Evidence in Child, Domestic, and Elder Abuse Cases*. California: Aspen Publishers, p 75- 77
- Piers, Harris, Herzberg, (1979). *Piers-Harris Children's Self-Concept scale*;
- Poole, D. A., Lamb, M. E., (1998). *Investigative interviews of children: a guide for helping professionals*. American Psychological Association: Washington
- Poole, D.A., Lindsay, D.S., (2002). *Children's suggestibility in the forensic context*. In Eisen, M., Quas, J. A., Goodman, G. S., (2002), Memory and suggestibility in the forensic interview. Lawrence Erlbaum Associates, pp 355-358
- Pope, A. W., McHale, S. M., Craighead, W. E., (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*, Martínez Roca Ediciones, Barcelona;
- Puebla, A., L., M., (2006). Capítulo 10: Identificación de personas: las ruedas de reconocimiento, in Garrido, E., Masip, J., Herrero, M.C.,(2006), *Psicología Jurídica*, Madrid: Pearson Prentice Hall, pp 299-323
- Odrizola, E. E., (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*, Mc Graw Hill, Amadora;
- Rattner, A., (1988). *Convicted but innocent: wrongful conviction and the criminal justice system*. Law and human behaviour, nº 12, pp 283-293
- Raven, J., C., (1938). *Coloured Progressive Matrices*, 1ª Edição ;
- Raven, J., C., (1938). *Standard Progressive Matrices*, 1ª Edição ;
- Santos, João (1982), *A caminho de uma utopia... um instituto da criança*, Lisboa, Livros Horizonte
- Robinson, J., Briggs, P., (1997). *Age trends in eyewitness suggestibility and compliance*, Psychology, Crime & Law, 187
- Roebbers, C. M., Elischberger, H. B., (2001). *Improving young children's free narratives about an observed event: The effects of non-specific verbal prompts*. International Journal of Behavioral Development , nº 25, pp 160-166
- Saywitz, K. J., Lyon, T. D., (2002). *Coming to grips to children's suggestibility*, In Eisen, M., Quas, J. A., Goodman, G. S., (2002), Memory and suggestibility in the forensic interview. Lawrence Erlbaum Associates, pp 85-98
- Scullin, M., H., Kanaya, T., Ceci, S. J., (2002). *Measurement of individual differences in children's suggestibility across situations*. Journal of Experimental Psychology: applied, Vol. 8, nº 4, pp 233-246
- Serra, A., V., (1987). *Inventário de Resolução de Problemas*, 1ª Edição, Coimbra;
- Serra, A., V., (2000). *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress*, 1ª Edição, Coimbra;
- Siegfried, L. S., Dawn, Mcquiston, Izaskun, I., (2006). Capítulo 8: Metamemoria de los testigos presenciales, in Garrido, E., Masip, J., Herrero, M.C.,(2006), *Psicología Jurídica*, Madrid: Pearson Prentice Hall, pp 227-229
- Silva, S. H., (1995). *Medicina Legal y Psiquiatria Forense*, Editorial Jurídica do Chile,

- Soares, I., & cols., (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida*, Quarteto Editora, Coimbra;
- Spielberger, C., D., (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*;
- Taborda, J. G. V., (2003), Capítulo 3: Exame Pericial Psiquiátrico, in Taborda, J. G. V., Chalub, M., Abdalla-Filho, E., (2003). *Psiquiatria Forense*, Artmed Editora, São Paulo.
- Tombaugh, T., N., (1996). *Test of Memory Malingering*;
- Walker, A., G., (1994). *Handbook on questioning children: a linguistic perspective*. Washington: American Bar Association Center on Children and the Law
- Wechsler, D., (1989). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Revised*;
- Wechsler, D., (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale*, 3ª edição;
- Young, A. W., Hay, D.C., Ellis, A.W. (1985). *The faces that launched a thousand slips: everyday difficulties and errors in recognizing people*. British Journal of Psychology, nº 76, pp 495-523

- Referências electrónicas

- Carolo, R.M.R., (2005). *Psiquiatria e Psicologia Forense: suas implicações na lei*, Artigo obtido a 14 de Março de 2008, de <http://psicologia.com.pt>
- Ceci, Bruck & Battin, (2000), *The Suggestibility of Children's Testimony*, Obtido a 12 de Novembro de 2007, em <http://www.arts.uwaterloo.ca/~doneill/cogsci600/Kenyon.pdf>
- Reyes, D., G., (2004), *Estúdio: Peritajes Psicologicos en abuso sexual infantil*, Servicio Nacional de Menores, Obtido a 16 de Novembro de 2007 em http://www.sename.cl/SenameWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6193/deploy/E_Peritajes_sicol_abuso_sexual_inf.pdf

