



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

---

Dragon Force

**Sara Filipa Oliveira Araújo**

Relatório para obtenção do Grau de Mestre (2ºciclo) em

**Psicologia Clínica**

**Sob a orientação de:** Doutor Paulo Paiva

**Sob a supervisão de:** Professora Doutora Maria Emília Areias

**Gandra, 2015**

Relatório de Estágio realizado no *Dragon Force*

Para obtenção do Grau de Mestre (2º ciclo) em

**Psicologia Clínica**

Orientador: Doutor Paulo Paiva

Supervisora: Professora Doutora Maria Emília Areias

Gandra, 2015

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço às crianças e jovens da Dragon Force, pois sem elas, este estágio não teria o mesmo valor... jamais vos esquecerei!

Ao meu orientador local, Dr. Paulo Paiva, pela disponibilidade e pela partilha de experiência... a sua ajuda foi fundamental.

À Dra. Daniela Freitas, pelo apoio constante, sensibilidade, e pela energia contagiante que sempre me transmitiu!

À minha supervisora de estágio, a Professora Doutora Emília Areias, agradeço o seu apoio, compreensão, a sua disponibilidade e partilha de conhecimentos e sabedoria.

À equipa técnica da Dragon Force, pela forma afável e disponível com que me acolheu, facilitando o processo de integração.

À minha amiga Helena, pelo apoio, compreensão e amizade que nos une... obrigada por me teres ouvido e aconselhado.

Aos meus pais, as pessoas mais importantes da minha vida, sem as quais, esta etapa não seria concretizável... Obrigada por estarem sempre do meu lado e por me proporcionarem uma formação académica, acompanhada por um amor incondicional!

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste objetivo... expresso a minha Gratidão com um simples mas sincero... Obrigada!

## Índice

Introdução .....	4
I. Enquadramento Institucional.....	6
A. Caracterização do local de Estágio .....	6
B. Departamento Pedagógico do Futebol Clube do Porto .....	6
C. Escola <i>Dragon Force</i> – Hóquei em Patins .....	7
II. Papel do Psicólogo Clínico no Contexto.....	8
A. Modalidades de Intervenção .....	10
B. <i>Espaço Aberto</i> .....	10
1. Mediação Socioeducativa .....	11
2. Mediação no Projeto “Bolsa de Mérito” <i>Dragon Force</i> .....	12
3. Formulação e Avaliação de Objetivos como Estratégia Motivacional .....	14
C. Desenvolvimento de atividades educativas .....	15
D. Reuniões de supervisão .....	17
III. Enquadramento e Fundamentação Teórica de Casos Clínicos.....	17
A. Caso Clínico 1 - RA .....	17
1. Avaliação .....	20
2. Diagnóstico .....	21
3. Conceptualização teórica do caso .....	22
4. Intervenção Psicoterapêutica .....	23
B. Caso Clínico 2 – DS .....	32
1. Avaliação .....	36
2. Diagnóstico .....	36
3. Conceptualização teórica do Caso .....	37
4. Intervenção psicoterapêutica.....	38
5. Proposta para a continuidade da Intervenção.....	42
IV. Reflexão pessoal .....	45
Referências Bibliográficas.....	47

## Introdução

O presente estágio encontra-se integrado no âmbito de Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Decorreu na Escola *Dragon Force* (DF), na modalidade Hóquei em Patins, um projeto educativo do Futebol Clube do Porto (FCP). Cada Escola *Dragon Force* dispõe de um espaço denominado de *Espaço Aberto* (EA) coordenado pelo Departamento Pedagógico do clube. Este espaço que surgiu de um projeto educativo, edificado pelas Ciências da Educação e que visa a formação integral de crianças e jovens, foi o contexto de todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Todo o trabalho desenvolvido foi sob a orientação do Doutor Paulo Paiva e a supervisão da Professora Doutora Emília Areias. Foram realizadas 448 horas, tendo a duração de aproximadamente 11 meses, com início em Setembro de 2014 até Julho de 2015. O horário semanal definiu-se por todos os dias de semana, das 18h às 20h30 e por vezes aos sábados, das 9h às 13h, o que corresponde aproximadamente a 13 horas semanais (sem incluir os sábados). Todos os dias, exceto à quarta, realizava-se supervisão das cadernetas DF e Escolar e atividades educativas. Às quartas e, por vezes, aos sábados, eram dias de consulta.

O grande desafio deste estágio curricular, enquanto aluna em formação foi transformar o *Espaço Aberto* num contexto adequado para a prática da Psicologia Clínica, percecionando as necessidades da comunidade com uma intencionalidade psicológica.

O presente relatório, também, tem como objetivo transmitir o interesse e empenho em ajustar o papel do Psicólogo Clínico ao contexto, tornando possível e profícuo para todos os intervenientes, a implicação da Psicologia Clínica no *Espaço Aberto*. Importa referir, que compete ao estagiário adaptar-se ao contexto e ajustar-se à cultura da instituição acolhedora, guiado pelo rigor científico e pela ética. Neste sentido, o facto de o *Espaço Aberto* ter como base um projeto pedagógico, nunca foi encarado como uma limitação, mas sim como um desafio à avaliação de projetos e implementação de novas estratégias, direcionadas no sentido da Psicologia Clínica.

A opção por este local de estágio prendeu-se com a possibilidade de poder intervir numa área diferente, como o Desporto e com uma população mais nova. Este estágio foi uma experiência enriquecedora, que permitiu à estagiária adquirir qualidades essenciais a um psicólogo e foi também uma experiência bastante desafiadora.

Na primeira parte deste relatório é apresentado uma breve caracterização da instituição onde decorreu o estágio e do seu modo de funcionamento, na segunda parte é contextualizado a função do psicólogo nesta instituição e são mencionadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Na terceira parte é apresentado 2 casos clínicos e o seu desenvolvimento, e por fim, a quarta parte é dedicada a uma reflexão crítica acerca do percurso académico neste local.

## **I. Enquadramento Institucional**

### **A. Caracterização do local de Estágio**

O *Foot-Ball Club* do Porto foi fundado em 1893, por António Nicolau de Almeida, que durante as suas viagens a Inglaterra descobriu o futebol. A partir de 1894, o clube começou a participar em competições e eventos significativos, representando a cidade do Porto (Mendes, 2000).

Em 1906, José Monteiro da Costa, regressou de Inglaterra e interessou-se pelo projeto iniciado pelo amigo António Nicolau de Almeida. O portuense fez rejuvenescer o Grupo Futebol Clube do Porto, tendo como atributo o aspeto de um clube eclético, no qual se exerciam diversas modalidades, para além do futebol.

Embora, o FCP se mantenha representado por distintas modalidades, foi e continua a ser através do futebol, que se afirma como um prestigiado clube nacional, europeu e do mundo. Portanto, é através desta modalidade e dos sucessos conquistados ao longo do tempo, que o Futebol Clube do Porto adquire um grande impacto a nível social, tornando-se uma instituição desportiva reconhecida pela sociedade.

Esta instituição desportiva possui um conjunto de características que a decretam como instituição, isto é, tem finalidade e conteúdo relativamente permanentes, é organizada, possui uma estrutura unificada e valores. O facto de, esta instituição ser estruturada e com um imenso impacto social, torna-se uma instituição desportiva com uma enorme influência na sociedade no que diz respeito ao Desporto (Freitas, 2010).

A formação integral dos atletas tem vindo a ser um foco de atenção constante do clube, esta preocupação originou a criação de um Departamento Pedagógico, que tem como suporte, um olhar integral do desenvolvimento humano.

### **B. Departamento Pedagógico do Futebol Clube do Porto**

O Departamento Pedagógico é constituído por uma equipa multidisciplinar e tem como Diretor Pedagógico o Dr. Ângelo Santos, Psicólogo Clínico e Coordenador do projeto. Este Departamento tem lugar na Casa do Dragão, que funciona como lar dos jovens atletas naturais de diversas cidades nacionais e de outros países, e que fazem parte da Formação do Futebol Clube do Porto.

Os objetivos gerais do Departamento apontam para a promoção do bem-estar físico e psicológico, bem como, o desenvolvimento multidimensional dos seus atletas.

Os objetivos específicos visam a formação contínua, onde são organizadas ações de formação dirigidas aos diversos intervenientes no processo de desenvolvimento dos atletas; a formação complementar, onde são organizadas ações de formação direcionadas aos atletas em especial, sobre diversos conteúdos; o desenvolvimento sócio desportivo, que incide na prestação de apoio psicológico aos diversos escalões da Formação, ao nível de situações inerentes aos treinos e jogos; o desenvolvimento sócio afetivo, em que os atletas residentes na Casa do Dragão, têm acompanhamento escolar e desportivo, promovendo o seu bem-estar físico, emocional e social; a promoção de atividades de ocupação dos tempos livres e a mediação entre os principais agentes educativos (família e escola) (Freitas, 2010). Sem dúvida, o grande objetivo deste projeto é a promoção de projetos de vida realistas e ajustados à sociedade em que os atletas estão inseridos.

### **C. Escola *Dragon Force* – Hóquei em Patins**

A *Dragon Force* é um projeto inovador que se foca na formação desportiva de crianças e jovens dos 4 aos 14 anos. Este projeto tenta privilegiar o crescimento destes jovens e permite que estes partilhem entre si um quotidiano de conquistas que pode ser vivido de uma forma prática e lúdica. A deteção e o aperfeiçoamento de novos valores para a formação do FCP é um desígnio tão importante como ajudar os alunos e os seus encarregados de educação no processo de crescimento.

O projeto abrange escolas de futebol e de três outras modalidades (hóquei em patins, basquetebol e andebol), *clinics*, campos de férias e jornadas de *road-show*. Os objetivos são os mesmos independentemente da escola ou modalidade, ou seja, pretende-se desenvolver nos atletas, não só com competências desportivas, mas também promover áreas pedagógicas como a nutrição, a cidadania, o ambiente, hábitos de saúde, cultura e lazer.

O local de estágio foi na escola *Dragon Force* – Hóquei em Patins que se situa em Fânzeres no Pavilhão Municipal que se encontra em funcionamento de segunda a sexta-feira das 18h00 às 21h00 e aos sábados de manhã das 9h00 às 13h00.

Importa referir que, embora, o estágio curricular tenha decorrido na Escola de Hóquei em Patins *Dragon Force*, mais especificamente no *Espaço Aberto*, foi na escola de Futebol *Dragon Force Vitalis Park*, no Porto, o local de todas as reuniões de

orientação local, que tinham como objetivo a partilha de experiências e a reflexão das estratégias propostas.

O estágio no *Espaço Aberto* é um momento único de interação entre o técnico e as crianças num contexto académico e desportivo. Este é um local que privilegia a interação individual e grupal e proporciona momentos de formação integral num espaço educativo informal.

## II. Papel do Psicólogo Clínico no Contexto

O método clínico aponta para a compreensão integral do sujeito tendo em conta a sua personalidade como um todo. Todas as variáveis que afetam o indivíduo são consideradas, portanto o psicólogo clínico interessa-se pelo passado do sujeito, as suas perspetivas futuras, os seus valores, as suas crenças, os seus afetos, os seus projetos, etc. (Papalia & Olds, 1995).

Enquanto mestranda em Psicologia Clínica, muitas questões se levantaram quanto ao papel de um Psicólogo Clínico no *Espaço Aberto* de um contexto desportivo. Como já foi mencionado, as características não-formais do contexto, nunca foram encaradas como uma limitação, mas sim como um objetivo: ajustar o contributo da Psicologia Clínica ao contexto e à comunidade.

Quando se inicia um estágio a primeira etapa é definir qual será o papel a designar, sendo que o trabalho desenvolvido pelo estagiário deve ser uma resposta adequada às necessidades reais da comunidade e nunca colidir com a intervenção realizada pela restante equipa multidisciplinar.

Como já foi mencionado, na Escola de Hóquei em Patis - *Dragon Force*, todo o trabalho desenvolvido é partilhado e vivenciado por uma imensa equipa multidisciplinar, que representa os diversos Departamentos do FCP. O ambiente é colaborante e a proatividade domina o processo, ao longo de toda a época desportiva.

Importa referir que, todo o trabalho desenvolvido no contexto *Espaço Aberto* foi orientado e reportado ao Departamento Pedagógico, responsável por este projeto. No entanto, a nossa relação com o Departamento de Psicologia é muito próxima e constante, existindo uma complementaridade no trabalho desenvolvido.

Na *Dragon Force*, o Departamento de Psicologia é representado por um Psicólogo do Desporto, o Dr. Paulo Paiva, orientador deste estágio e logo uma figura

bastante importante no sucesso das intervenções realizadas. Sendo que foi sentido por parte deste um grande apoio e interesse em colaborar.

Segundo Dosil e Deaño (2003), o Psicólogo do Desporto deve ter formação em Clínica e em Educação, pois ambas são necessárias para otimizar o rendimento do jovem e alcançar o seu bem-estar pessoal. A função educativa orienta-se principalmente pela prevenção de dificuldades derivadas da prática desportiva, que podem afetar direta ou indiretamente o Desporto, enquanto que, a função clínica atua na resolução de problemas, inclusive, na prevenção destes (Ezquerro, 2002).

Estas posições reforçam a ideia de complementaridade entre as disciplinas. O psicólogo do Desporto procurará uma intervenção mais educativa em alguns casos, e em outros mais clínica, no entanto, na maioria dos casos será uma intervenção sustentada em conjunto. Tudo dependerá do tipo de situação (Dosil, 2004). De facto, quando o objetivo é intervir com crianças e jovens, a complementaridade das duas disciplinas é uma realidade. A Psicologia do Desporto e a Psicologia Clínica estão direta e indiretamente relacionadas com o processo de aprendizagem e aquisição de competências.

Neste sentido, a definição de papéis ficou bem clara, a Psicologia do Desporto interviria com a tríade – jogadores, treinadores e pais – e com a formulação de objetivos direcionados para a competição. A Psicologia Clínica interviria com a tríade – jogadores, escola e pais – e com a formulação de objetivos direcionados para o sucesso escolar e para a aquisição de competências de vida.

Nesta lógica, a intervenção focou-se nos seguintes objetivos:

- Promoção de comportamentos que facilitem o processo de aprendizagem;
- Facilitação da comunicação entre os jovens e os principais agentes educativos;
- Sensibilização aos pais para a importância da vida escolar e de um projeto de vida realista e ajustado;
- Promoção de estratégias na aquisição de competências de vida por parte dos jovens;
- Prevenção de comportamentos de risco;
- Promoção de fatores de proteção.

## A. Modalidades de Intervenção

A tabela que se segue tem como objetivo, a apresentação de todas as áreas de intervenção ao longo do estágio em Psicologia Clínica.

Todo o estágio foi marcado por oportunidades de observação e de exploração das dinâmicas institucionais. As atividades/modalidades abaixo mencionadas foram atividades dirigidas para a comunidade, e para a instituição *Dragon Force* realizadas ao longo da época Desportiva 2014/2015.

A pedido da supervisora/orientadora deste estágio, um dos casos clínicos foi apresentado aos alunos de licenciatura de Psicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (apresentação em anexo).

---

### Modalidades de Intervenção/Atividades Desenvolvidas

---

Mediação Socioeducativa direcionada às equipas de competição;

---

Dinamização e Supervisão das atividades do Plano Anual de Ações Educativas;

---

Intervenção Individual;

---

Sensibilização aos Encarregados de Educação para a importância da vida escolar;

---

Reuniões frequentes com Encarregados de Educação dos alunos sinalizados;

---

Aconselhar as crianças, jovens e Encarregados de Educação em matérias de âmbito escolar;

---

Estabelecer ligação entre Escola, *Dragon Force*, Encarregados de Educação e os jovens no sentido de partilhar informações relevantes para que estes obtenham sucesso nas diversas áreas;

---

Contacto frequente com os jovens, os Encarregados de Educação, os Encarregados de Educação e os Diretores de turma;

---

Realização de relatórios.

---

## B. Espaço Aberto

O *Espaço Aberto* é um espaço de mediação socioeducativa, que é frequentado livremente e orientado por princípios de educação informal que procura estimular e valorizar processos de educação e de desenvolvimento a partir da participação de crianças e jovens em atividades, mas acima de tudo, pretende-se que estes jovens sintam-se coprodutores de um espaço confortável e divertido.

Este é um espaço criado com um propósito educativo, como a educação para a cidadania, o desenvolvimento pessoal e social, o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva, a construção de uma relação de ajuda, escuta, aconselhamento, reconhecimento e de partilha com as crianças e jovens. Tem sido também guiado por objetivos que assentaram em construir uma relação articulada entre a escola e o mundo do desporto; visa promover uma relação positiva com o mundo da Escola e outros saberes; desenvolver e promover o interesse por várias áreas que vão para além do desporto; criar oportunidades para o desenvolvimento da criatividade nas crianças e jovens; desenvolver estratégias educativas de sensibilização para a cidadania; estimular uma cultura de projeto individual, para que os jovens reconheçam vários mundos; desenvolver o espírito crítico e reflexivo; promover a comunicação e proporcionar momentos divertidos e de aprendizagem.

Com estes objetivos, este projeto tenta ser, por um lado inovador, pois encontra-se inserido num contexto desportivo, e por outro, procura ser um espaço que levasse as crianças e jovens a refletirem sobre eles mesmos, e percebessem que todas as atividades realizadas têm por trás um objetivo e que estas se encontram articuladas numa dimensão geral e não específica.

Existem três “Projetos Educativos” (sendo um deles o próprio *Espaço Aberto*), dos quais derivam as atividades que são realizadas durante o ano pelo estagiário, através de um “Plano de Atividades” que é transversal a todos os *Espaços Abertos*.

## 1. Mediação Socioeducativa

O projeto *Espaço Aberto* foi concebido pelas Ciências da Educação e tem como suporte de intervenção, a Mediação Socioeducativa, sendo uma das modalidades de intervenção do estágio curricular.

A mediação para além de ser uma técnica opcional de resolução de conflitos é também uma modalidade de regulação social, promotora da autonomia e da união social. O conceito de mediação é bastante popular e encontra-se relacionado a uma diversidade de práticas. No entanto têm em comum um denominador: são, essencialmente, sociais e educativas.

O processo de mediação socioeducativa incide, preferencialmente, nos contextos escolares, associativos e comunitários, enquanto método de resolução e gestão de conflitos, recurso de regulação social e de recomposição pacífica das relações sociais. É uma prática que acontece em contextos educativos, tanto escolares, como de educação

não formal e informal, cuja ação centra-se nos indivíduos e no seu desenvolvimento social em grupos e comunidades (Luison & Velastro, 2004).

As capacidades da mediação, enquanto fator facilitador da relação entre a escola, a família e a comunidade, focam-se na valorização da comunicação, trabalhando na lógica do desenvolvimento de competências sócio comunicacionais. Assim, o papel do mediador é o de movimentar redes de interação social e comunicação, proporcionando as pontes que difundam a aproximação daqueles que têm dificuldade em comunicar (Freire, 2006).

## **2. Mediação no Projeto “Bolsa de Mérito” *Dragon Force***

O processo de mediação permite a ligação entre a escola e o desporto de competição, para que assim seja possível uma conciliação entre os estudos e o hóquei. Toda a equipa multidisciplinar está envolvida neste projeto dando o seu contributo. Os departamentos de psicologia e o pedagógico atuam em conjunto neste projeto, sendo estes os responsáveis pela intervenção com os pais/encarregados de educação dos casos sinalizados.

Os jovens ao pertencerem às equipas de competição *Dragon Force* assumem o compromisso de não permitir que a prática desportiva interfira de forma negativa no seu percurso escolar.

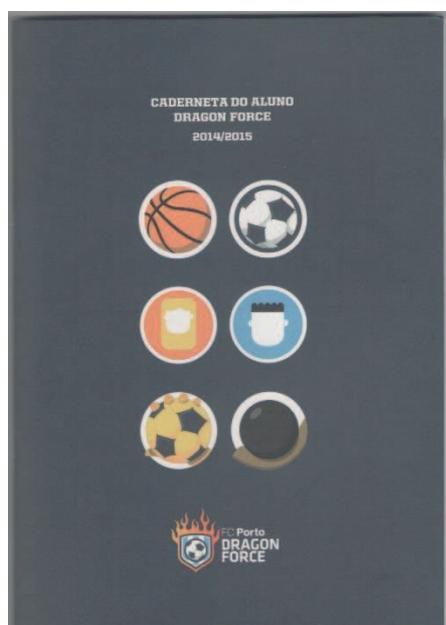
Numa primeira fase são realizadas reuniões com os Encarregados de Educação, a fim de perceber o percurso escolar de cada jovem e posteriormente são sinalizados os jovens que apresentem um percurso escolar negativo e outros que se considera pertinente acompanhar (mau comportamento, etc.). Para estes jovens realiza-se um acompanhamento escolar mais personalizado, ou seja, realizar um trabalho de mediação socioeducativa com os jovens, com os Encarregados de Educação e os Diretores de Turma.

Para os jovens não sinalizados será mantido um contacto regular com os jovens para os motivarem relação à escola e perceber as suas expectativas em relação à escola e ao desporto e, ainda com os Encarregados de Educação para recolher informações sobre a situação escolar dos jovens.

No final de cada período escolar os jovens entregam uma cópia dos resultados escolares.

a) *Caderneta do aluno Dragon Force*

O projeto de mediação socioeducativa na Escola DF representa um trabalho de ligação e de suporte da comunicação entre todos os departamentos, os jovens e os principais agentes educativos. Neste sentido, o Departamento Pedagógico desenvolveu a Caderneta do Aluno DF, que é um documento que engloba as várias instâncias educativas do aluno, bem como informações de todos os departamentos relativas à Escola *Dragon Force*. Esta caderneta permite acompanhar de forma mais personalizada o aluno, englobando num mesmo espaço informações do Departamento Técnico, do Departamento Pedagógico, do Departamento de Psicologia e do Departamento Médico.



Com este método de articulação entre os diversos departamentos ambiciona-se que o aluno tenha um percurso socioeducativo de sucesso. A Escola DF procura uma formação integral do jovem, tendo em atenção não apenas a formação desportiva, mas também a educação para a igualdade e cidadania, ou seja, educação para a vida.

Este documento está dividido por diversas áreas:

- Identificação do aluno;
- Regulamento geral;
- Informação pedagógica (gestão do tempo,

notas escolares, avaliação mensal sobre o desempenho

escolar pelo diretor de turma e a avaliação mensal sobre o desempenho em casa pelos pais, avaliação escolar de cada período);

- Registo de participação nas ações educativas;
- Informação de Saúde;
- Informação Técnica.

A supervisão da Caderneta do Aluno *Dragon Force* foi assegurada pela estagiária, porque compete ao responsável pelas dinâmicas do *Espaço Aberto*, a função de mediação e a articulação com a equipa multidisciplinar.

### 3. Formulação e Avaliação de Objetivos como Estratégia Motivacional

Todos os indivíduos são direcionados em função de objetivos, no entanto, os objetivos variam de indivíduo para indivíduo, abrangendo diversas áreas e contextos de vida. Por esta razão, adaptou-se a Teoria de Formulação de Objetivos ao Desporto. Esta é uma teoria motivacional, praticamente cognitiva, sendo que o seu principal objetivo é o de elevar a motivação e, conseqüentemente, o rendimento dos indivíduos, através da formulação de objetivos. Daqui, ocorre a importância desta prática psicológica para o Desporto, dado que diversos treinadores defendem que o êxito, no contexto desportivo, depende da competência técnica/física e, principalmente, da motivação inerente aos jovens (Locke & Latham, 1985).

O principal objetivo da mediação socioeducativa no desporto baseia-se na formulação de objetivos escolares, pois esta formulação é utilizada como estratégia motivacional para o interesse escolar e a orientação de um projeto de vida com o jovem.

A mediação socioeducativa no *Espaço Aberto* é realizada no início do ano letivo e reforçada quando se aproxima a época de avaliação escolar. São formulados objetivos individuais, em que o jovem tem que dar não só rendimento desportivo, mas, principalmente escolar. A cooperação do treinador, ao longo deste processo, é fundamental sendo que lhe é atribuído, pelos jovens, uma importância significativa, pois este é considerado um exemplo comportamental. Quanto à formulação de objetivos relacionados com o desporto, estes são estabelecidos em grupo, sob a orientação do Psicólogo do Desporto, que acompanha os treinos e trabalha a tríade: família-jovem-treinador. Este trabalho é essencial visto que para se alcançar o sucesso é necessário a articulação entre a família do jovem e a equipa multidisciplinar.

São adotadas pela equipa multidisciplinar estratégias como o reforço positivo e a punição, sempre tendo em vista a motivação. Assim, quando o jovem não corresponde aos objetivos, é punido com a não-convocatória para os jogos importantes, isto com o objetivo de promover, posteriormente, uma resposta positiva face à situação. Ao longo do ano letivo, os jovens são reforçados positivamente com frequência para manterem o seu perfil comportamental e rendimento escolar positivo.

As cinco equipas de competição, às quais foi direcionado o trabalho de mediação, possuem, na sua maioria, jovens com muitas capacidades escolares, sendo bastante estimulados pelos pais e pela escola. Em 60 foram sinalizados 4 jovens devido

à dificuldade demonstrada em conciliar a escola com o hóquei e/ou por apresentação de mau comportamento. Numa abordagem de mediação, o trabalho consistiu na definição de estratégias que facilitem a conciliação das tarefas e reforço positivo. Após estas estratégias serem implementadas, a mudança foi evidente e contínua.

Depois da conclusão do ano letivo e de uma das modalidades de intervenção consistir na mediação socioeducativa, aliada à Teoria da Formulação de Objetivos, terminou-se a intervenção com a certeza de que o papel dos pais é crucial neste processo e no desenvolvimento, a todos os níveis, de um jovem e que esta teoria parece ser um instrumento válido com uso no contexto desportivo.

### C. Desenvolvimento de atividades educativas

No plano de atividades educativas tenta-se atribuir importância às vozes das crianças e jovens, dar-lhes a oportunidade de expressarem as suas opiniões, ideias, representações, emoções e expectativas em relação ao projeto e às respetivas atividades educativas (Cunha, 2004 *cit. in* Freitas, 2010). Estas ações possibilitam que os intervenientes reconheçam outros mundos que vão para além da prática do desporto, e que tomem consciência que fazem parte do mundo como cidadãos. As ações desenvolvidas, durante todo o ano letivo, abordam diferentes temáticas (Anexos): **i) *Dragon Force: criar identidade, criar identificação***, nesta divulgou-se o *Espaço Aberto*, tendo ao mesmo tempo uma perceção das ambições das crianças e jovens para aquele local e tentou-se explorar o conceito *Dragon Force*; **ii) *O Mundo do Desporto: Expectativas e ambições***, onde foi explorado as expectativas que as crianças e jovens tinham em relação ao mundo do hóquei, percebendo quais as suas ambições e sonhos nesta área; **iii) *O Mundo da Escola e dos Saberes Escolares: Sempre um plano A***, nesta temática tentou-se explorar a importância da escola e estabelecer uma relação entre o *Espaço Aberto* e esta, através de atividades lúdico-educativas; **iv) *A Família no Espaço Aberto: cooperação e partilha***, neste procurou-se envolver as famílias no quotidiano do *Espaço Aberto*, sendo a época do Natal as atividades estavam relacionadas com este tema; **v) *Educação, Cidadania e Diversidade***, aqui pretendíamos cultivar formas de resolver os conflitos, através dos conceitos de cooperação, amizade, partilha e negociação, para que em situações futuras de conflito as crianças e jovens não adotassem atitudes violentas; **vi) *Sentimentos: Amizade, Amor, Afeto***, com o intuito de abordar a temática da “violência do namoro”, visto que, é cada vez mais frequente na sociedade ocorrer a violência (física, psicológica, etc.) entre casais jovens e ainda

atividades com o objetivo de conhecer e identificar os diferentes sentimentos; **vii) *Multimédia: O mundo da Informática***, no sentido de haver um reconhecimento acerca da importância da informática na sociedade, na escola e na vida das crianças e dos jovens, e para tal realizou-se um *workshop* informático; **viii) *Saberes Escolares: Aprender de forma divertida*** com o objetivo de estimular as crianças e os jovens através de atividades lúdico-educativas a utilizarem os saberes adquiridos na escola, realizou-se atividades relacionadas com cinco disciplinas escolares (Matemática, Geografia, Português, Físico-Química e Educação Física) e, por fim, **ix) *Projetar-se no Futuro: cultura de projeto individual***, com a finalidade de perceber as ambições e expectativas das crianças e jovens em relação ao futuro, estimulando a cultura de projeto individual, para que reconheçam a importância de outros mundos e de outras temáticas (por exemplo, a escola, o respeito, a partilha, cooperação, etc.) e não só o mundo do hóquei.

A escolha destas ações educativas, bem como a sua organização (a sequência apresentada em cima) foi realizada de forma intencional, não são ações realizadas ao acaso e sem significado. Inicialmente trabalhou-se junto das crianças e jovens de modo a construir um espaço com o qual se estes se identificassem, para de seguida, através de diferentes ações e estratégias, perceber junto deles quais eram as expectativas e ambições relativamente ao hóquei e à escola, com o objetivo de estimular o projeto individual de cada um. Para a construção do projeto individual de cada um, bem como para o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural foram realizadas diversas ações temáticas que iam para além do mundo do desporto, mantendo uma articulação com os saberes escolares. Assim, no final do trabalho, e na última ação, pretendia-se perceber se as crianças e jovens reconheciam outros mundos e outras práticas que se distanciavam do desporto em que estão envolvidos e se percebiam a importância de cada mundo.

Importa ainda salientar que durante todo o processo trabalhou-se na educação para a cidadania, fazendo com que os jovens refletissem sobre várias questões, tal como, o respeito pelo outro, a partilha, a cooperação, a amizade, a diversidade, etc. E assim, procurou-se contribuir para o enriquecimento pessoal, social e cultural destes jovens.

### D. Reuniões de supervisão

As reuniões de Supervisão foram realizadas semanalmente, todas as segundas-feiras pelas 14h30 no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, desde o início do estágio até Julho de 2015. Estas reuniões ocorreram sob a orientação da Professora Doutora Maria Emília Areias que supervisionou todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Estas reuniões permitiram o esclarecimento de dúvidas em relação aos casos clínicos que se acompanhou, e como estas eram realizadas em grupo também permitiram trocas de experiências e conhecimentos entre colegas.

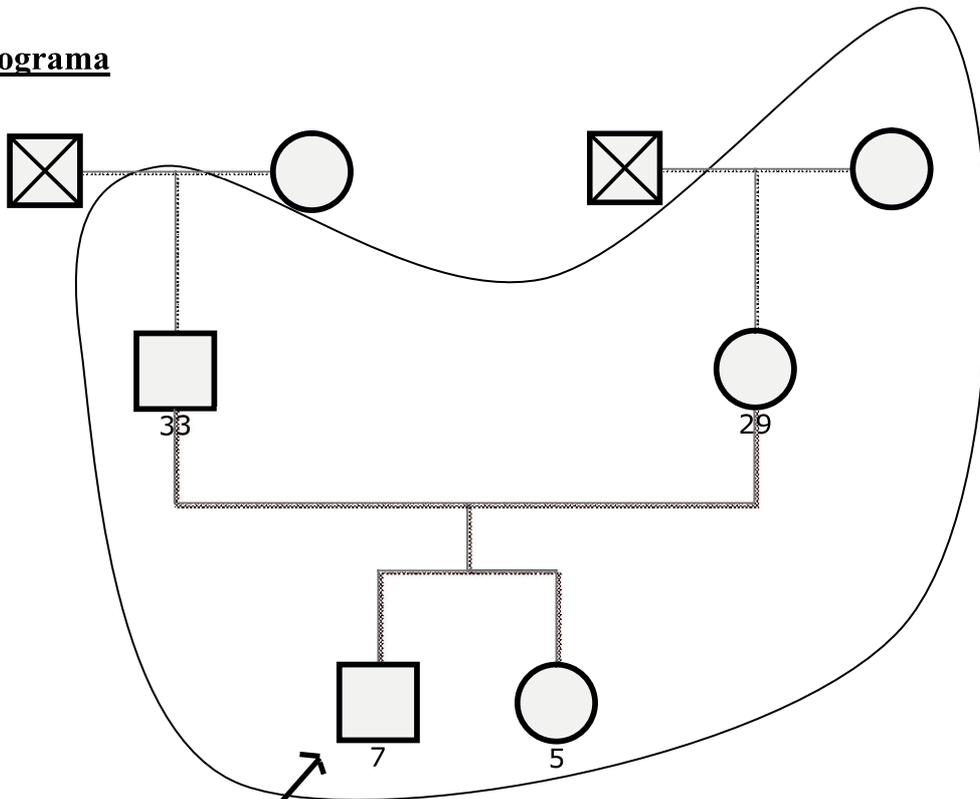
## III. Enquadramento e Fundamentação Teórica de Casos Clínicos

Neste capítulo são apresentados dois casos práticos, seguidos de forma autónoma no local de estágio. Serão apresentados dados relevantes dos pacientes, os planos de avaliação e intervenção.

A conceptualização dos casos foi realizada com base no modelo cognitivo-comportamental. Para salvaguardar a confidencialidade dos pacientes, os nomes foram trocados por letras.

### A. Caso Clínico 1 - RA

#### Genograma



### **Legenda**

- Elemento do sexo masculino
- Elemento do sexo feminino
- Faleceu
- Paciente identificado
- Elementos da família que vivem na mesma habitação

### **Identificação**

RA era uma criança do sexo masculino e com 7 anos de idade. Encontrava-se a frequentar o 2º de escolaridade do 1º ciclo do ensino básico. Residia em Fânzeres com os pais, a irmã mais nova de 5 anos e a avó materna.

O pai tinha 33 anos, trabalhava em logística e a mãe tinha 29 anos e trabalhava na assistência ao cliente.

### **Queixas Principais**

O pedido foi realizado pelo pai. RA tinha pesadelos e sofria de *bullying* na escola por um colega. Os pais referiram que o comportamento do filho tinha mudado em casa e que urinava nas cuecas durante o dia.

### **História do Problema**

RA começou a explicar que tinha pesadelos com monstros, disse que estes estavam na sua cabeça e que apareciam cobertos de sangue. Os pais mencionaram que durante a noite RA tinha muitos pesadelos e que por vezes um deles tinha que dormir com ele para este voltar a adormecer depois do pesadelo. Referiu que na escola havia um rapaz, F., que lhe batia e nos “*outros meninos também*” (sic), também “*chama nomes, palavrões e cospe na cara*” (sic). RA disse que batia no F. apenas para se defender.

Na escola, as funcionárias ao princípio costumavam ignorar porque, segundo o pai “*eram brincadeiras de crianças*”, só mais tarde é que a professora soube e esta, segundo RA, mandava recados na caderneta para os pais de F. e ponha-o de castigo, mas não era um método eficaz, visto que o rapaz continuava com os seus

comportamentos. O pai do RA mencionou que achava que F. *“deve ter problemas em casa”* (sic) e que era *“um bullie criado por bullies”* (sic).

Segundo os pais, RA começou a mudar o seu comportamento em casa *“ele revolta-se, atira coisas e ferra-se”* (sic), também referiram que ele só se comportava desta forma durante o período de aulas, durante as férias o comportamento extinguia-se.

Os pais repararam que RA urinava nas cuecas durante o dia *“são apenas pingas e é durante o dia (...) pensamos que possa estar relacionado”* (sic).

Questionou-se o treinador sobre RA, este referiu que não notou diferenças nos treinos em relação ao seu comportamento e acrescentou que ele era um dos atletas que se comportava melhor.

### **Síntese da história de vida**

O pai tinha 33 anos trabalhava em logística e referiu que tinha uma boa relação com RA *“tento ser o melhor pai possível”* (sic), a mãe tinha 29 anos e trabalhava como assistente ao cliente. Esta afirmava que também tinha uma boa relação com o filho. Estes viviam em união de facto.

RA tinha ainda uma irmã mais nova, com 5 anos, que frequentava o infantário, os pais descreveram a relação dos dois como sendo normal *“eles protegem-se muito um ao outro, mas também têm as suas birras”* (sic). RA e a irmã dormiam no mesmo quarto, mas em camas separadas.

Na habitação moravam 5 pessoas, pois a avó materna morava com eles. Os pais referiram que a avó mimava muito o neto, mas também chamava a atenção quando era preciso.

A mãe referiu ter engravidado aos 21 anos e que receberam a notícia da gravidez com *“choque, não estávamos nada à espera”* (sic). Referiu ainda que se sentiu bem durante a gravidez e que esta decorreu sem quaisquer problemas e que não tinham preferência pelo sexo. Foi um parto do tipo normal e RA nasceu saudável.

A mãe mencionou que amamentou RA até aos 3 meses, porque entretanto *“deixei de dar leite”* (sic). Os pais referiram que ele costumava alimentar-se muito mal antes de ser operado às amígdalas – *“só depois compreendemos porque é que ele não comia, as amígdalas eram demasiado grandes e doía-lhe (...) agora até come mais do que eu”*, referiu o Pai.

O desenvolvimento psicomotor ocorreu dentro dos parâmetros normais – *“é uma criança que se falarmos com ele sobre as coisas, ele compreende e faz”* (sic), a mãe em relação ao controlo esfíncteriano referiu que *“nós explicamos que ele tinha que usar o pote e deixar as fraldas e no dia a seguir, ele assim o fez (...) claro que uma vez ou outra ele fazia nas cuecas”* (sic).

Os pais afirmaram que RA nunca teve problemas com o sono, até ao momento em que ele começou a ter pesadelos.

RA frequentou a pré-escola, a mãe referiu – *“naquela altura a minha mãe ficava com ele e com outra menina e ela levava essa menina à escola e ele ia junto, por isso ele já conhecia a escola e, portanto adaptou-se muito bem”* (sic). Entrou para a escola primária com 6 anos, segundo os pais também se adaptou bem, pois a pré-escola e a escola são juntas, e por isso não houve diferença.

Os pais consideravam-no um bom aluno, embora muito distraído e muito falador na sala de aula. Descreveram-no como sendo uma criança muito teimosa e orgulhosa – *“ele porta-se bem, é sossegado, não é daquelas crianças que parte coisas e assim, ele arruma o que desarruma”* (sic).

O único desporto que RA praticava era o Hóquei em Patins, dantes praticava natação. Em casa costumava jogar *playstation*, ver televisão e brincar com os seus brinquedos – *“não à muito para fazer num apartamento”* (sic).

### **História Médica:**

RA foi operado às amígdalas e na altura queixava-se de algumas dores de cabeça. Na família existiam antecedentes de doenças como diabetes, hipertensão, AVC e depressão crónica por parte da avó materna.

## **1. Avaliação**

**A avaliação da criança foi realizada através de:**

- Entrevista semiestruturada de Anamnese, recolhendo informação junto dos pais e da criança e dos principais agentes educativos, observando comportamentos e atitudes durante a entrevista.
- Observação naturalista realizada durante as atividades realizadas no espaço aberto para perceber como se relaciona e compreende os outros;

- Recolha e articulação de informação entre todos os técnicos que integravam a equipa multidisciplinar da *Dragon Force* (pois estes compreendiam a criança em situação comportamental de treino e as interações com os restantes jogadores);
- Aplicação do teste Desenho da Família;
- Aplicação do questionário *Child Behavior Checklist* (CBCL) e do questionário *Teacher Report Form* (TRF).

## 2. Diagnóstico

Tendo em conta o que foi observado durante as sessões e os resultados da avaliação realizada colocou-se a hipótese diagnóstica de uma Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). De acordo com o DSM 5 (APA, 2013), a característica fundamental da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. A perturbação começa na infância, logo é exigido que estejam presentes vários sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas, estes devem manifestar-se antes dos doze anos de idade.

RA não manifestava um padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperatividade-impulsividade, finalizando as tarefas escolares e sociais em que se envolvia com facilidade e empenho, foi apenas mencionado pela professora alguns comportamentos que perturbavam a aula.

Colocou-se também a hipótese de Perturbação Depressiva *Major*. A característica fundamental de um Episódio Depressivo Major é um período de pelo menos 2 semanas durante o qual existe ou humor do tipo depressivo (ou irritável, no caso das crianças) e/ou perda de interesse em quase todas as atividades. Segundo os pais, RA apresentava por vezes um humor mais irritável e outras vezes um humor mais depressivo. Para além disto, apresentava sentimentos de desvalorização, dificuldades de concentração e queixas somáticas, mas estes comportamentos ocorriam apenas pontualmente, logo não se pôde considerar esta hipótese.

Sendo que não se verificava nenhuma das perturbações acima mencionadas, apontou-se como fator psicossocial, que influenciava negativamente a vida de RA, a situação de violência na escola.

### 3. Conceptualização teórica do caso

Neste caso específico, acima de tudo, achou-se que a realização de um treino de competências sociais e emocionais seria fundamental para ajudar RA a lidar melhor com a situação na escola, visto que segundo Martins (2007), as melhores ações de prevenção/intervenção, neste tipo de casos de violência escolar, passam por estratégias que visem a promoção de competências sociais, nomeadamente: de comunicação, que incluam a escuta ativa e a assertividade; e de competências emocionais, mais especificamente a regulação emocional. Todos estes aspetos auxiliam a criança a dotar competências de resolução de conflitos interpessoais, de forma ajustada e não violenta (Ortega, 2002, Veiga, 2007a *cit in* Martins, 2007).

As relações entre pares assumem um papel de destaque no domínio das competências sociais, uma vez que propiciam o desenvolvimento de comportamentos socialmente adaptados. A qualidade das relações entre pares é, por sua vez, influenciada pela forma como a criança utiliza as suas competências sociais, isto é, a forma como a criança exhibe comportamentos ajustados e regula comportamentos menos adaptados (Crick & Dodge, 1994 *cit in* Alves, 2006). Neste caso, RA estava a ter dificuldade em lidar com a situação, não porque talvez não teria este domínio das suas competências, mas porque se sentia desprotegido no contexto escolar. No entanto os seus métodos de defesa não seriam os melhores e os mais ajustados para lidar com a situação, o que piorou a qualidade das relações estabelecidas com os colegas na escola e no hóquei.

Sendo que as capacidades assertivas não são inerentes ao indivíduo, estas podem ser aprendidas (Jardim & Pereira, 2006; Vagos, 2010) através de uma intervenção do foro cognitivo-comportamental, logo da psicoeducação (Vagos, 2010) e do uso de outras técnicas e estratégias como as instruções, modelagem, *feedback* o reforço, mas também é necessária uma atenção redobrada sobre as dimensões que estão implícitas no treino destas competências (dimensão comportamental, individual e situacional).

As componentes da competência emocional são importantes na medida em que influenciam as relações sociais da criança, bem como a sua capacidade de relacionamento interpessoal com os pares (Garner & Estep, 2001 *cit in* Cardoso, 2011). No domínio das relações interpessoais é particularmente importante a diferenciação emocional, que potencia a compreensão e desenvolvimento da empatia com o outro (Kang & Shaver, 2004 *cit in* Vaz, 2009), uma vez que permite fornecer informação acerca do que os outros experienciam durante estas relações. Portanto, ter a habilidade

de identificar e diferenciar as emoções, perceber a sua função e ponderar sobre elas, são aptidões essenciais ao indivíduo para uma compreensão e regulação emocional ajustadas (Barett & Gross, *cit in* Vaz, 2009). No caso de RA, este referiu e foi também observado, a sua dificuldade em regular certas emoções, especialmente as desagradáveis, daí os comportamentos agressivos, visto que, Berkowitz, (2005 *cit in* Velez, 2010) e Lisboa (2005) afirmaram que a agressão assume duas formas, uma delas é a impulsiva que envolve as emoções, uma vez que, a agressão é originada nas situações e impelida pelas emoções, daqui surgiu a necessidade de incluir no treino, as competências emocionais.

#### **4. Intervenção Psicoterapêutica**

Este processo teve início no dia 15 de Outubro, quando ocorreu o primeiro contato com RA e os pais no *Espaço Aberto*, sendo conhecido o motivo da consulta e a definição do pedido. Após este primeiro contato considerou-se que era necessário o acompanhamento psicológico, e, portanto foi pedido aos pais para comparecerem sem RA para se puder recolher informação anamnésica, ao qual os pais se mostraram recetivos e colaborantes, esta sessão foi marcado para dia 22 de Outubro.

Sendo que desde do início foram trocados contatos telefónicos, as consultas de psicologia foram marcadas desta forma, ao longo de todo o processo terapêutico, e de acordo com a disponibilidade de cada parte, mas mais tarde (a partir do 3º período escolar) começaram a ser de 15 em 15 dias, sempre à quarta-feira e com duração de aproximadamente 60 minutos.

Após a fase de avaliação definiram-se objetivos e estratégias de intervenção de forma clara e simples, bem como, resultados esperados, com todos os intervenientes envolvidos no processo.

A intervenção foi implementada ao longo de 13 sessões, tendo termo a 17 de Julho de 2015.

##### **a) Objetivos específicos da Intervenção**

De acordo com a avaliação do caso clínico, considerou-se que os alvos terapêuticos, face a esta criança em específico, eram:

- Estabelecer, desenvolver e manter uma relação terapêutica colaborativa de qualidade, ao longo de todo o processo (era necessário que a criança se

sentisse segura e compreendida, de forma a cooperar com o terapeuta e dar *feedback*);

- Treino de competências sociais que permitiria:
  - Promoção de respostas comportamentais funcionais e adequadas face às situações de conflito, bem como, a novas situações que requerem a adaptação da criança;
  - Promoção da regulação emocional (identificação e expressão adequada dos diversos sentimentos; relação entre pensamento, sentimento e comportamento);
- Envolvimento dos pais em todo o processo de intervenção (o cuidador foi um aliado para o sucesso da intervenção e para que a mudança esperada ocorresse);
- Integrar RA no projeto *Espaço Aberto*, no sentido de promover a socialização num contexto extrafamiliar e de segurança, investindo em novas relações com o grupo de pares.

Com esta proposta de intervenção, o que se pretendia era o bem-estar psicológico da criança em específico, no sentido de, alcançar um equilíbrio entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos e que ele conseguisse lidar melhor com situações parecidas no futuro, sem ter que recorrer à violência.

#### **Reunião com a professora:**

No dia 10 de Abril, início do 3º período, dirigiu-se ao centro escolar de X. para poder falar com a professora de RA sobre o contexto escolar e o comportamento dele na sala de aula.

Algumas das perguntas feitas foram, tendo com as respostas desta no TRF. A professora disse que RA melhorou o seu comportamento nas aulas, dantes ele atirava-se para o chão, dava risadas “*histéricas*” (sic) sem razão para tal, descontrolava-se, disse também que ele ficava muito nervoso quando as coisas não funcionavam como ele queria. A professora disse que RA “*é um pouco implicativo e não consegue ignorar as provocações dos colegas*” (sic), principalmente do F.

Mencionou que RA por vezes gostava de mostrar aos outros que era forte e que não tinha medo de nada. Disse que ele tinha uma pequena obsessão pelos dentes, que tinha medo que eles não crescessem e estava sempre a perguntar se já tinham crescido.

Mencionou que uma vez, na altura das avaliações, estava reunida com a mãe do menino e com a psicóloga do agrupamento, e estavam a falar sobre a situação deste na escola e a psicóloga disse à mãe de RA que ele deveria bater nos colegas, caso eles também lhe batessem, opinião com a qual a professora não concordou, mas também não se expressou.

Em relação ao contexto escolar, ela disse que era uma escola situada num bairro problemático, envolvendo casos de toxicod dependência e alcoolismo. Era um bairro onde residiam pessoas com baixas habilitações literárias e desempregadas. A professora descreveu as crianças como sendo muitos carentes e que necessitavam de muita atenção e limites.

Era uma escola com boas condições, mas que o recreio era demasiado pequeno para 200 alunos, o que causava confusões, sendo que os mais velhos não deixavam os mais novos jogarem futebol no campo que ocupava quase todo o terreno. Existiam 10 funcionárias na escola, sendo que por vezes apenas algumas ficavam a vigiar o recreio, pois as outras ficavam na cantina com outros meninos que ainda não tinha acabado de lanchar.

Falou-se acerca da situação que houve sobre a casa de banho, referida pela mãe na sessão quatro, à qual a professora disse que já estava resolvida e que o RA não costumava pedir para ir à casa de banho durante as aulas.

Por fim, a professora disse *“tentamos fazer o melhor que podemos tendo em conta o que temos”* (sic) e que o objetivo sempre foi que *“os maus exemplos seguissem o caminho dos bons, mas que por vezes acontece o contrário”* (sic).

### **Síntese das Sessões**

A **primeira sessão** teve como principal objetivo, preencher algumas lacunas relativamente ao problema em questão. Tentou-se explorar um pouco o problema em causa começando por abordar o início, a frequência e as situações de violência. Falou-se sobre os pesadelos com monstros (ogres, vampiros e serpentes). Ele disse que acordava sempre ofegante e que tinha que chamar por um dos pais. RA descreveu os pesadelos detalhadamente, disse que os monstros o queriam comer, então ele gritava por ajuda e chamava a polícia. Esta apesar de vir em seu auxílio não conseguia combater contra os monstros, então ele chamava a Força Aérea e estes vinham com os seus aviões e helicópteros e atiravam mísseis aos monstros que acabavam por ser destruídos. Nestes

sonhos era frequente aparecer os seus familiares e amigos que se encontravam numa situação de perigo às quais ele não conseguia ajudar.

Através dos sonhos conseguiu-se perceber que RA sentia-se desprotegido na escola, sendo esta representada pela polícia (autoridade) no sonho. Verificou-se ainda que RA tinha uma posição passiva na escola, assim como nos sonhos, pois apenas pedia por ajuda.

Na **segunda sessão** continuou-se a explorar o problema, realizou-se um debate de crenças cognitivas e aplicou-se o teste do Desenho da Família.

RA tinha evitado F. até então, e por isso, ele não tinham parado com as agressões. RA deixou de ter pesadelos na altura e sentia-se melhor, apenas se queixava que a irmã o chateava em casa.

Tentou-se debater as crenças cognitivas que estavam inerentes nos sonhos. RA referiu que nem todos os sonhos são iguais, mas que abordavam a mesma coisa, ou seja, havia uma situação de perigo em que só a intervenção da Força Aérea conseguiria resolver. RA mencionou que a estagiária conseguiria derrotar os ogres se pilota-se os helicópteros da Força Aérea, o que mostrou a confiança já depositada.

Para concluir a consulta foi aplicado o teste do Desenho da Família (imaginária e real). Visto que o problema principal não era focado na sua família, esta aplicação foi apenas um complemento.

Primeiro pediu-se para RA fazer o desenho de uma família imaginária (anexo), à qual ele desenhou uma família de tubarões tigre. Desenhou da esquerda para a direita, começou por desenhar o filho mais velho, personagem à qual se dedicou mais, de seguida o Pai e por fim o filho mais novo, que apesar de pertencer à família, era um tubarão martelo, portanto de espécie diferente. A partir da entrevista realizada posteriormente, verificou-se que houve uma desvalorização do irmão mais novo, visto que ele disse que este era o mais fraco, o menos simpático e até afirmou que a família ficaria melhor se o filho mais novo fosse embora. Por ter desenhado o filho mais novo de uma espécie diferente, também pode estar relacionado ao facto da irmã ser do sexo oposto. Depois do desenho de uma família imaginária, pediu-se para ele desenhar a sua própria família. Aqui encontraram-se diferenças relevantes nos dois desenhos, o primeiro era mais animado e espontâneo e o último era mais rígido e ausente de emoção. A maior parte do desenho era ocupado pelo prédio onde ele morava com a sua família, sendo que desenhou a família no canto inferior direito, dando pouca importância a esta e excluiu a avó que morava com eles na residência. A personagem a

que deu menos importância e relevo foi a sua irmã mais nova, sendo a última a ser desenhada.

Notou-se na entrevista do desenho de uma família real que o RA numa das questões começou a auto agredir-se. Este fato foi notado pela estagiária com bastante interesse, visto que a mãe já tinha mencionado comportamentos autopunitivos.

Nesta consulta percebeu-se que os sonhos acabaram, visto que o rapaz que o agredia na escola deixou de o fazer. Assim, as circunstâncias mudaram, no entanto seria necessário ensiná-lo a lidar com este tipo de situações.

Importa referir a conflituosidade entre irmãos, mencionada pelo RA e confirmada no teste do Desenho da Família, apesar do que pareceu ser, à partida, apenas discussões “normais” entre irmãos. Os comportamentos autopunitivos observados, durante a aplicação, foram tomados em consideração nas sessões seguintes.

**Na terceira sessão,** RA trouxe a caderneta *Dragon Force* e a partir desta verificou-se que a professora tinha dado negativa em relação ao seu comportamento.

Apesar de F. não lhe bater mais, RA referiu que existiam outros meninos que lhe batiam e que ele para se defender batia-lhes de volta. Referiu ainda que os episódios eram muitos frequentes na escola. E ao descrever alguns episódios de violência, RA explicitava por gestos alguns golpes que tinha aprendido na televisão e que usava na escola para se defender. Estes pareceram à estagiária um bocado exagerados.

Questionou-se acerca dos sonhos, ele disse que já não sonhava com monstros, pois também deixou de ver filmes de terror à noite, sendo que RA atribuiu a causa destes sonhos àquilo que via na televisão. Devido às conclusões da última consulta, perguntou-se sobre a relação do RA com a irmã. Este disse que continuavam a discutir, que a irmã costumava mexer nas coisas dele, atirava-lhe coisas, e ele ficava nervoso e zangado e começava a auto agredir-se, depois falava com o pai sobre o comportamento da irmã e este castigava-a.

Foi ensinado ao RA algumas técnicas de relaxamento e de respiração (anexo) para que usa-se quando se sentisse nervoso ou tenso e antes de dormir para relaxar.

A partir desta consulta percebeu-se que RA entendia o contexto escolar como um campo de batalha e encontrava-se em hipervigilância constante, sendo que conseguia antecipar os comportamentos dos outros e vigiava os colegas que o agrediam. Portanto achou-se fundamental verificar se ele reagia assim, de forma agressiva, em outros contextos sendo que estava a aprender comportamentos agressivos para se defender, visto que a escola não forneceu a proteção necessária. As técnicas de

relaxamento e de respiração foram ensinadas para que o RA conseguisse lidar com este tipo de situações, inclusive os seus comportamentos autopunitivos. Os sonhos mudaram e nestes RA demonstrava uma posição mais ativa, já não pedia ajuda, pois dependia apenas dele a sua sobrevivência. **NOTA:** No *Espaço Aberto* foi observado um pequeno atrito entre RA e um colega de equipa. RA quase agrediu o colega. Esta situação confirmava as conclusões tiradas.

A **quarta sessão** foi com a mãe de RA para a pôr a par da situação, referindo as conclusões tiradas de cada sessão.

A mãe referiu que notou algumas melhorias no filho, mas que este tinha-se expressado sentir-se infeliz – “*no outro dia ele disse-me que se sentia infeliz*” (sic).

Na escola, a professora disse que o comportamento do RA tem melhorado, mas que às vezes este ri-se demasiado alto e que já chegou a deitar-se no chão, o que perturbava a aula. A mãe confirmou as situações de violência que aconteciam na escola e disse que esta estava localizada num bairro social com poucas possibilidades económicas. A mãe referiu ainda que já sabia porque é que o filho aparecia com urina nas cuecas. Aparentemente havia uma funcionária na escola que não deixava as crianças irem à casa de banho porque depois não a queria limpar. A mãe mencionou que achava que RA sentia-se “*posto de parte*” pelos colegas no Hóquei, pois ela reparou que durante os treinos, os colegas raramente lhe passavam a bola.

No fim foi dado à mãe os questionários CBCL e o TRF para assim se perceber melhor o comportamento de RA na escola e em casa.

Na **quinta sessão** falou-se sobre a relação entre RA e os colegas. Ele mencionou que tinha uma relação atribulada com dois colegas de equipa, disse que não gostava do comportamento dos colegas nos treinos e nos balneários – “*não gosto de meninos que se portam mal*” (sic).

Na escola a situação continuava igual, RA mencionou mais nomes colegas que se metiam com ele e com os mais novos, inclusive com a irmã dele. Confessou que as situações não aconteciam todos os dias, mas que tinha de estar sempre atento, havia alturas em que ele até espiava o um dos meninos mais velhos para ver o que é que ele estava a fazer.

Percebeu-se que se devia intervir dentro da escola para que o RA percebe-se que não lhe cabia a ele a sua proteção e sim à escola. Mudar de escola seria em último recurso, pois assim estar-se-ia a ensinar a fugir dos problemas. Depois da correção do CBCL pode-se verificar que o fator ansiedade/depressão (2,12DP) e o fator queixas

somáticas (2,88DP) encontravam-se com desvios padrões acima da média e que eram clinicamente significativos. No TRF não se encontraram valores significativos, apesar do fator da hiperatividade/impulsividade (DP=1,75) estar próximo de ser considerado significativo.

As diferenças nos resultados dos diferentes testes (CBCL e TRF) poderiam estar relacionadas com o período de tempo e observação que ambas as partes dedicaram ao RA e ainda o fato de que RA deixou de se queixar à professora devido à falta de colaboração desta para prevenir as agressões feitas contra ele. Os fatores clinicamente significativos no CBCL (queixas somáticas e ansiedade/depressão) estão certamente relacionados entre si. Andriola e Cavalcante (1999) e Barbosa e Lucena (1995) apontaram os sintomas físicos (dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura) e a ansiedade como umas das principais características da depressão infantil.

Sendo que foi entre a quinta e a sexta sessão que se deu a reunião com a professora de RA, na **sexta sessão** com RA decidiu-se confrontá-lo em relação ao comportamento que a professora referiu que ele tinha, ao qual este disse que não se atirava para o chão na sala desde o 1ºano, e que se ria por causa das coisas que os colegas faziam nas aulas. Disse que pretendia continuar a ter boas notas e a melhorar o comportamento. Referiu que estava tudo bem em casa e na escola; não tinha tido pesadelos e também não tinha discutido com a irmã.

Nesta consulta tentou-se explorar um pouco os sentimentos de RA ligados a esta situação. Baseou-se nas emoções negativas, como o medo e a raiva, tentando equilibrar com emoções positivas. RA disse que não tinha medo dos colegas, então tentou-se explorar que tipos de medos ele tinha, para isso aplicou uma atividade do bloco – *“Pôr o medo a fugir: As tuas aventuras contra o medo”* (anexo). Os medos que mais preocupavam RA estavam relacionados com a irmã, diz que tem medo que esta se magoa-se. Mencionou não ter medo de nenhum animal selvagem. RA disse que na escola era como o mega touro, um desenho animado que quando ficava furioso e saí-lhe fumo do nariz e ficava completamente descontrolado.

No fim entregou-se a tabela de registo, onde foi explicado ao paciente, que deveria escrever as situações de violência às quais era sujeito na escola. Foi reforçado junto da mãe que deveria incentivar RA a escrever no registo. No entanto este registo nunca chegou a ser completado e entregue à estagiária.

No fim desta consulta concluiu-se que seria necessário trabalhar as cognições em relação ao medo, pois RA deveria ter consciência de que existem mecanismos de

proteção para as situações que se percebe como perigosas e que nesses casos, ter medo é um mecanismo de defesa à nossa integridade física.

Da **sétima à décima segunda sessão** realizou-se um treino de competências sociais e emocionais, baseado na assertividade e controlo das emoções. Começou-se pela avaliação, aplicando-se as escalas de comportamentos disruptivos, a escala da regulação das emoções e a escala da assertividade. Verificou-se a partir da escala de comportamentos disruptivos que era visível a inexistência de situações de disrupção entre pares, uma vez que as respostas centraram-se principalmente no Nunca. Isto deveu-se ao fato de que RA apenas se defendia dos colegas e nunca iniciava a violência.

Os resultados na escala de regulação emocional mostravam que RA sabia regular/identificar bem as suas emoções, apenas a raiva parecia ser a emoção que ele teria mais dificuldade em regular.

A partir da escala dos comportamentos assertivos verificou-se que o estilo comunicacional predominante era o assertivo, apenas em duas situações, RA escolheu a opção de resposta correspondente ao estilo agressivo.

Na história sobre o “Dentuças e a Assertividade” (anexo) e nos exercícios relacionados, RA soube identificar todos os estilos comunicacionais e identificar na história quando cada um aparecia, sendo que a personagem do “*Mani*” foi aquele que ele identificou melhor. RA disse que nunca foi controlado pelo “*Agri*” e pelo “*Mani*”, na personagem do “*Passi*” não soube dizer, pois ele confundiu o ser Assertivo e o ser Passivo. Também conseguiu identificar F., o seu colega, como tendo um estilo agressivo.

No jogo da “Panela de Pressão – Qual panela, qual é ela...” (anexo), RA conseguiu mais uma vez demonstrar que percebeu bem a distinção entre os diferentes estilos comunicacionais e que ultrapassou a dificuldade que se verificou na sessão anterior em relação aos estilos assertivo e passivo.

Deu-se início ao módulo da gestão das emoções às quais RA soube identificar e percebeu que o que pode ser agradável para uns pode ser desagradável para outros, pois como existem pessoas diferentes, não sentimos todos da mesma maneira perante a mesma situação. Na história do “*Patudo a vencer a raiva*” (anexo) reforçou-se mais uma vez as técnicas de respiração e de relaxamento (anexo) para ele usar em situações em que experienciava-se raiva, sendo que ele se lembrou destas técnicas perfeitamente o que fez a estagiária pensar que ele as usava.

Na história da “*Tombrinhas a vencer o medo*” (anexo) falou-se sobre a importância desta emoção para a sobrevivência do ser humano, referindo-se os medos mentirosos (ter medo de tirar uma má nota) e os medos amigos (ter medo de um leão). Ainda falou-se sobre algumas estratégias que se pode usar para combater o medo.

Na história do “*Cui Cui a vencer a tristeza*” (anexo) falou-se sobre o direito de estar triste e ensinou-se algumas estratégias para lidar com a tristeza.

Para finalizar este treino mostrou-se algumas situações às quais se pediu para RA identificar quais as emoções presentes e definiu-se quais as “armas” que ajudam a lidar bem com as emoções desagradáveis.

Na **décima terceira sessão**, sendo esta a última, foi realizada com os pais de RA para dar a conhecer o que foi feito ao longo do processo de intervenção e incentivá-los a estarem mais atentos e presentes na escola. Achou-se fundamental explicar aos pais o treino de respiração e de relaxamento (anexo) para que pudessem incentivar RA a fazê-lo em situações que o vão requerer.

### **Ponto da situação e prognóstico**

O processo terapêutico foi concluído. RA referiu sentir-me melhor e os pais reconheceram essa melhoria. A situação na escola pareceu controlada. Os objetivos da intervenção foram cumpridos e, portanto espera-se que este consiga lidar com este tipo de situações no futuro de uma maneira mais funcional. Notou-se ainda uma melhoria das relações entre RA e os colegas de equipa.

### **Reflexão crítica**

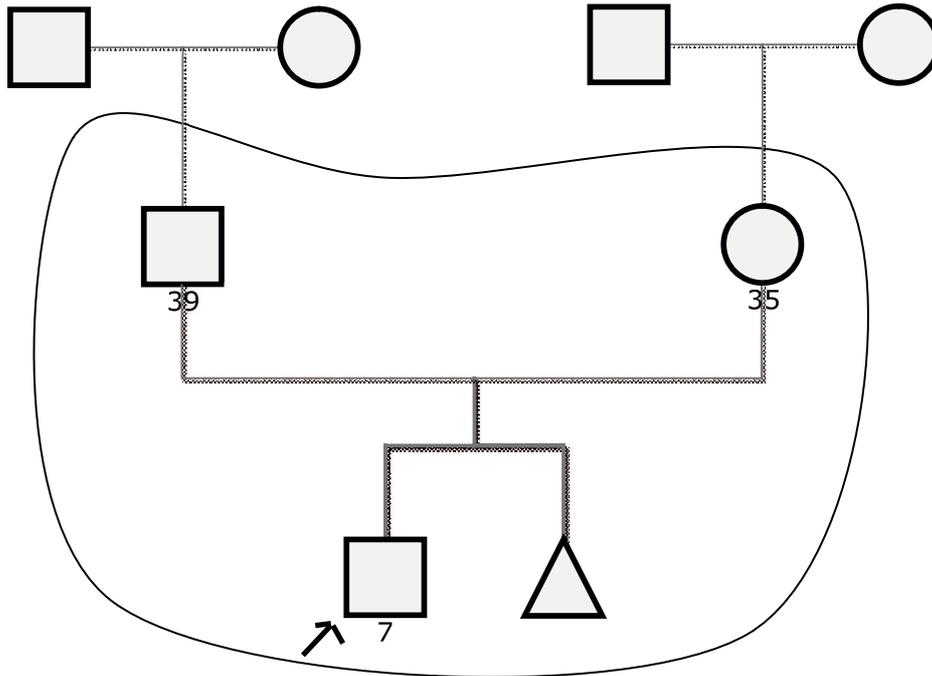
Desde do primeiro contacto, RA demonstrou ser uma criança muito simpática e expressiva (tanto verbalmente como fisicamente) e colaborante, no entanto era uma criança que mudava de assunto muito rapidamente e por vezes era difícil seguir a sua linha de pensamento. Ao longo do processo sentiu-se que foi criada uma boa relação terapêutica com RA, sendo esta estabelecida não só em consulta, mas também devido à sua presença no *Espaço Aberto*. Os pais e a professora também se mostraram colaborantes e sempre disponíveis, sendo que acabaram por ser agentes importantes no processo.

As técnicas de terapia cognitivo-comportamental utilizadas nesta intervenção mostraram-se eficazes na melhoria do paciente.

Este caso foi uma fonte de aprendizagem, principalmente porque a estagiária percebeu que nem sempre o objetivo final depende de si e que nem tudo está sobre o seu controlo.

## B. Caso Clínico 2 – DS

### Genograma



### Legenda

- Elemento do sexo masculino
- Elemento do sexo feminino
- Paciente identificado
- Gravidez
- Elementos da família que vivem na mesma habitação

### Identificação

DS era uma criança do sexo masculino, com 7 anos de idade. Encontrava-se a frequentar o 1º de escolaridade do 1º ciclo do ensino básico. Residia em Valongo com os pais. O pai tinha 38 anos e trabalhava em Lisboa, o que fazia com que só viesse a casa aos fins-de-semana e a mãe tinha 35 anos e estava desempregada.

### **Queixas Principais**

O pedido foi realizado pela secionista da equipa de iniciação. DS tinha comportamentos que prejudicavam os treinos. Segundo ela, ele não obedecia ao treinador e intrometia-se nos exercícios que os seus colegas realizavam. Referiu ainda que ficava de castigo várias vezes durante os treinos e uma vez até chegou a ir embora mais cedo porque não se conseguiam continuar os treinos com ele. Disse ainda que ponham-no no banco, como castigo, mas que não deu resultado o comportamento continuava, pois até quando estava de castigo, não parava quieto.

O treinador reafirmou o que a secionista disse e acrescentou que DS era muito desconcentrado – *“por vezes falo com ele e vê-se que ele não me está a ouvir, não está cá”* (sic). Na altura começou a apresentar comportamentos mais violentos, dava empurrões, puxões de camisola, sendo que chegou a dar com o *stick* nas costas de um colega num treino.

### **História do Problema**

Aos 4 anos teve acompanhamento psicológico no infantário sobre questões relacionadas com o sono. Na época já eram evidenciados problemas de excessiva agitação motora. Em relação ao seu comportamento, a mãe disse que este era coerente em todos os contextos – escola, hóquei e em casa. Ele era muito distraído e irrequieto, não parava e às vezes tinha atitudes um pouco infantis – *“ele faz muitas palhaçadas”* (sic). Segundo a mãe, a psicóloga disse que DS apenas tinha um problema na parte motora, que o diagnóstico de hiperatividade estava fora de questão e a vertente cognitiva era ótima. Fazia um 1 ano que teve alta, quando começou a ter acompanhamento psicológico com a estagiária.

### **Síntese da história de vida**

O pai de DS tinha 38 anos e trabalhava em Lisboa. A relação com o pai era boa, mas um pouco distante devido à sua situação profissional. A mãe tinha 35 anos e estava desempregada. Esta referiu que a sua relação com DS era uma relação *“amor-ódio (rise) tanto estamos a discutir como de seguida estamos aos abraços e beijinhos”* (sic), a mãe disse que DS gostava de testar os limites e que era uma criança muito teimosa, meiga, muito mimalha, contente e um pouco insegura – *“ele às vezes diz – “porque é que me odeias?, quando ralho com ele”* (sic). Dantes quando a mãe trabalhava DS

ficava com a avó materna. Segundo a mãe, DS tinha uma boa relação com os avós, tanto maternos como paternos, que normalmente via aos fins-de-semana. Devido à situação profissional do pai, este só estava em casa aos fins-de-semana, logo mãe e filho viviam sozinhos. Os pais eram casados.

DS era filho único, mas a mãe estava grávida na época, de 2 meses, e ninguém, exceto o pai, sabia. Os pais de DS decidiram manter segredo até passar o 1º trimestre de gravidez, isto porque a mãe já esteve grávida antes e sofreu um aborto. Desta vez decidiram contar apenas quando souberem que o bebé não corria risco. Ambos os filhos, DS e o filho, que estava para nascer, foram planeados. Os pais tentaram durante 1 ano e meio até ela ficar grávida de DS. Segundo a mãe, DS iria reagir bem à vinda do irmão, mas que era capaz de ter um pouco de ciúmes. Em relação ao outro bebé, o que a mãe perdeu, DS até estava contente, mas quando a mãe o perdeu, ele não deu muita importância.

A mãe engravidou aos 28 anos, já casada e durante a gravidez foi detetada uma bradicardia o que levou a um parto por cesariana para que DS não se esforça-se.

A mãe apenas amamentou durante 15 dias após o parto – *“acho que foi algo psicológico, porque doía-me imenso os peitos e de repente o leite secou, e eu tinha bastante”* (sic).

Em termos de hábito de sono, por volta dos 4 anos, a mãe tinha que ficar com DS na cama dele até este adormecer, mas acordava de 2 em 2 horas. A psicóloga interveio nesta situação e fez um plano que, segundo a mãe, funcionou na perfeição e DS passou a dormir sozinho e durante toda a noite. Quando o pai começou a trabalhar longe de casa, DS voltou a dormir na companhia da mãe, ao que esta diz: *“eu sei que não devia ser assim, mas agora vou ter que voltar a pô-lo na cama dele”* (sic), referiu também que o filho ia para a cama muito tarde, algo que pretendia mudar.

A mãe disse que DS sempre comeu e bebeu bem, que até a nutricionista dizia que ele estava acima do peso para a idade dele.

Começou a caminhar aos 10 meses e aos 3 anos DS já tinha uma linguagem coerente. Em relação ao controlo esfinteriano, DS só deixou as fraldas definitivamente aos 5 anos, pois bebia muita água à noite e necessitava delas.

Frequentava o 1ºano de escolaridade e, segundo a mãe, adaptou-se bem à escola, pois *“os colegas do infantário também foram com ele para a escola”* (sic). A mãe descreveu a professora como sendo *“excelente, ela não dá rótulos, trata os meninos de*

*forma igual*” (sic), com DS a professora imponha limites “*muito curtos*” (sic) devido ao seu comportamento.

DS era um bom aluno, mas o seu comportamento prejudicava a nota final “*ele tem tudo Muito Bom nos testes, mas depois a professora diz que não pode dar essa nota devido à forma como se comporta e dá-lhe Bom*” (sic), mas “*houve várias vezes que ele respondeu errado porque estava distraído*” (sic).

### **História Médica:**

Na gravidez de DS foi detetada uma bradicardia, esta condição não era limitadora, sendo que ele podia ter uma vida normal e realizar atividades físicas. Segundo a mãe, não existiam antecedentes psiquiátricos na família.

### **Conclusões da Psicóloga:**

Sendo que DS já tinha sido submetido a uma intervenção terapêutica, sentiu-se a necessidade de saber que estratégias foram usadas, com que objetivos e a que conclusões a psicóloga, que o acompanhou, tinha chegado. Como na época não foi realizado nenhum relatório, a mãe de DS forneceu o contacto telefónico da profissional, com a qual se entrou em contacto.

Ela explicou que as sessões realizaram-se na sala de aula do infantário onde DS estava inserido. Na altura foi chamada devido a alguns comportamentos que DS apresentava que prejudicavam as atividades, como a sua agitação motora. Esta referiu que na época colocou a hipótese desta postura ser de desafio e oposição, mas mais tarde percebeu que DS não parecia ter consciência do seu comportamento.

O processo de intervenção foi principalmente focado na questão do sono. Na época DS dormia “mal” e na companhia da mãe e, portanto durante o dia tinha que dormir no infantário, o que prejudicava o seu desenvolvimento comparativamente com os colegas que realizavam todas as atividades. Depois da intervenção os resultados positivos foram notórios – “*foi uma explosão de criatividade*” (sic), dantes não conseguia fazer nenhum desenho. A psicóloga descreveu DS como sendo uma criança muito inteligente e que não gosta de errar, portanto não deveríamos criticá-lo e sim encorajá-lo a fazer melhor.

Na opinião dela a intervenção deveria passar por ensinar ao DS algumas estratégias de concentração. Ela referiu que a hiperatividade era um diagnóstico

possível, mas na altura não conseguiu recolher informações suficientes de todos os intervenientes para poder chegar a mais conclusões.

## 1. Avaliação

**A avaliação da criança foi realizada através de:**

- Entrevista semiestruturada de Anamnese, recolhendo informação junto dos pais e da criança e dos principais agentes educativos, observando comportamentos e atitudes durante a entrevista.
- Observação naturalista realizada durante os treinos;
- Recolha e articulação de informação entre todos os técnicos que integravam a equipa multidisciplinar da *Dragon Force* (pois estes compreendiam a criança em situação comportamental de treino e as interações com os restantes jogadores);
- Aplicação do Desenho Livre;
- Aplicação do teste do Desenho da Família;
- Aplicação do questionário TRF.

## 2. Diagnóstico

Tendo em conta o que foi observado durante as consultas e dos resultados da avaliação realizada colocou-se a hipótese diagnóstica de uma Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA), com apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade.

De acordo com o DSM 5 (APA, 2013), a característica fundamental da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. A perturbação começa na infância, logo é exigido que estejam presentes vários sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam problemas, estes devem manifestar-se antes dos doze anos de idade.

DS manifestava um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade hiperatividade. Em relação ao critério A1 (desatenção), este não foi preenchido, pois apenas foram verificados 5 sintomas, mas o critério A2 foi preenchido, foram verificados 6 sintomas. Os critérios B., C., D., e E. também foram preenchidos, portanto encontrávamo-nos face a uma Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção, com apresentação predominantemente de hiperatividade-impulsividade, **314.01 (F90.1)**.

### 3. Conceptualização teórica do Caso

Barkley (1990) afirma que a PHDA é definida como uma perturbação do desenvolvimento caracterizada por graus de desenvolvimento desadequados ao nível da atenção, excesso de atividade motora e impulsividade, as quais têm o seu início na primeira infância e são explicáveis por deficiências neurológicas, sensoriais, de linguagem, motoras, deficiência mental ou perturbações emocionais graves. Na mesma abordagem conceptual, Cardo e Servera-Barceló (2005) referem que a PHDA tem uma base genética, em que estão implicados diversos fatores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, de impulsividade e uma grande atividade motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões ao nível do desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e no seu ajustamento social. No entanto ainda há bastante dificuldade em definir adequadamente a PHDA devido às suas múltiplas causas. Contudo, o estudo destas causas assume um papel de relevo, quer no domínio da prevenção, quer no domínio da ação terapêutica e pedagógica, tendo em vista a melhor compreensão desta problemática. Tendo em conta vários autores, existe uma diversidade de fatores etiológicos, nomeadamente, genéticos, pré-natais, perinatais, neurológicos, ambientais e psicossociais que, no seu conjunto, podem contribuir para o aparecimento e manutenção da perturbação.

Neste tipo de casos a intervenção cognitivo-comportamental é a metodologia mais utilizada, sendo que é realizada uma intervenção individual, mas também intervenções ao nível dos contextos família e escola.

No seu estudo, Pinho *et. al.* (2007) referem que esta intervenção é uma abordagem orientada para alterar o comportamento das crianças, e consiste em tentar interferir no modo como elas pensam, vivem e interpretam as situações. O conceito base é que, ao modificar fatores internos do indivíduo, se modifica o seu comportamento. O objetivo é procurar através da abordagem cognitiva-comportamental desenvolver nas crianças um determinado conjunto de competências (aguardar a vez para responder, pensar antes de dar a resposta, autoavaliar-se, avaliar os outros, medir as consequências da sua atuação e outras). Estes autores referem que as estratégias desta intervenção assentam nas seguintes técnicas: monitorização, reforço, instrução. Técnicas estas que se tentou incluir nesta intervenção.

Neste caso, com a mãe tentou-se ensinar técnicas eficazes para promover a disciplina e potenciar comportamentos positivos com a criança; ensinar a lidar e reagir

de forma adequada aos comportamentos disruptivos do filho; estratégias disciplinares consistentes, firmes e adequadas para reforçar o comportamento adaptativo e diminuir o comportamento disruptivo.

No contexto escolar, também seria importante que a professora seguisse um conjunto de estratégias que levassem ao sucesso escolar e comportamental de DS. Entre muitas estratégias destaca-se: a elaboração de Registos Comportamentais com Sistemas de Pontos, com consequentes recompensas quando atingir o comportamento desejado, onde se identificassem os comportamentos desajustados a serem modificados, em que a recompensa esteja claramente definida e que sejam imediatas após a observação do comportamento desejado; utilização de modelos de gestão comportamental na sala de aula; a utilização de programas de Treino de Competências Sociais; a sala de aula bem estruturada com poucos estímulos visuais e sempre que possíveis inseridos numa turma reduzida, com alunos bem comportados e sem alunos perturbadores.

#### **4. Intervenção psicoterapêutica**

Este processo teve início no dia de 6 de Março, quando a pedido da seccionista da equipa de iniciação foram descritos alguns comportamentos de DS que prejudicavam os treinos. De seguida marcou-se um primeiro contato com a mãe de DS e aproveitou-se para recolher informação anamnésica, a mãe mostrou-se receptiva e colaborante.

Sendo que desde do início foram trocados contatos telefónicos, as consultas de psicologia foram marcadas desta forma, de 15 em 15 dias à quarta-feira e por vezes aos sábados com duração de aproximadamente 60 minutos.

Desde do início definiram-se objetivos e estratégias de intervenção de forma clara e simples.

A intervenção foi implementada ao longo de 9 sessões tendo este processo sido finalizado a 21 de Julho.

##### ***a) Objetivos específicos da Intervenção***

De acordo com a avaliação do caso clínico, considerou-se que os alvos terapêuticos, face a esta criança em específico, foram:

- Estabelecer, desenvolver e manter uma relação terapêutica colaborativa de qualidade, ao longo de todo o processo (era necessário que a criança se sentisse segura e compreendida, de forma a cooperar com o terapeuta e dar feedback);

- Envolvimento dos pais (pai apenas indiretamente) em todo o processo de intervenção (o cuidador foi um aliado para o sucesso da intervenção e para que a mudança esperada ocorresse);
- Promover comportamentos mais autónomos – dormir sozinho no seu quarto;
- Promover um comportamento mais expetável e auxiliar os intervenientes nos diferentes contextos em que DS estava inserido a lidar e a modificar o seu comportamento.
- Potenciar, fundamentalmente as capacidades de reflexividade e atenção na execução de tarefas através do PIAAR-R (Programa de intervenção educativa para o aumento da atenção e da reflexividade).

### **Síntese das sessões**

Na **primeira sessão** tentou-se, principalmente, preencher algumas lacunas relativamente ao problema em questão e conhecer a criança. DS disse que tinha um bom relacionamento com os colegas de equipa e com o treinador, professora e com os colegas da escola. Admitiu que se comportava mal nos treinos e nas aulas. Disse que não fazia os exercícios que o treinador mandava porque estes eram uma “seca”. Na escola disse que tinha boas notas, mas que por vezes tinha os exercícios errados.

Falou pouco da sua relação com o pai, diz que este telefonava, mas que não falava nada de interessante com ele e que aos fins-de-semana também não faziam nada juntos – *“é como se ele não estivesse lá”* (sic). Mencionou que costumava dormir na companhia da mãe e que gostava de o fazer, quando o pai regressava a casa no fim-de-semana este costumava dormir no sofá da sala.

DS passou a sessão praticamente em pé e quando estava sentado, não parava de se mexer na cadeira. Para avaliar a sua concentração numa tarefa pediu-se que fizesse um desenho, ao qual ele desenhou a sua casa e um carro, que depois de ter dito que eram os avós dentro do carro, no fim mudou de ideias e disse que era o pai a ir embora, talvez mostrando o seu desejo inconsciente.

De notar, que se encontraram alguns indicadores de hiperatividade (como a agitação motora, desconcentração, surdez fictícia), mas sendo cedo para tirar tais conclusões. O passo seguinte foi observar e filmar os treinos dele para, posteriormente, o puder confrontar com este tipo de comportamentos. **NOTA:** Foram observados alguns treinos logo a seguir a esta consulta, nestes o comportamento do DS melhorou.

Na **segunda sessão** falou-se com a mãe para recolher alguns dados que ficaram por recolher e entregar o TRF para a professora. Nesta consulta foi trabalhado com a mãe a importância de DS dormir no seu quarto sozinho para este ganhar a sua autonomia e independência. Esta mencionou que DS apenas necessitava de dormir acompanhado não importava com quem.

Falou-se a cerca do “mapa das estrelas” (sistema de recompensas), sendo explicado, à mãe, do que se tratava e porque é que seria essencial a sua aplicação. A mãe disponibilizou-se em colaborar, mas avisou que poderia não resultar, visto que já tinha tentado a estratégia da recompensa uma vez.

Nesta consulta DS, ao contrário da primeira, esteve mais sossegado e mais recetivo. Realizou-se a aplicação do Desenho da Família. DS na aplicação deste ficou um pouco hesitante. Em primeiro desenhou a casa, depois a árvore, de seguida o céu, o sol, carro e só depois desenhou os raios do sol e no fim depois da estagiária o ter chamado à atenção de que lhe faltava desenhar a família, é que ele se desenhou a si próprio a deitar a língua de fora mas, recusou-se a desenhar o resto da família, apenas disse que estavam dentro de casa. Esta recusa podia significar que ele não se sentia parte de uma família ou que não recebia a afetividade que necessitava desta. Disse que se desenhou a si próprio como adulto e que dentro de casa estavam a mãe, o pai não por estar a trabalhar, os seus amigos e os amigos da mãe, e que estavam a festejar o aniversário dele. DS demonstrou não valorizar o pai como figura parental, sendo que o excluiu da história e disse ainda que este era o que mandava menos em casa, era o menos simpático e o menos feliz. Daqui percebeu-se que ele não via o pai como uma figura de autoridade e que se via como um substituto deste. O fato de se ter desenhado como adulto podia significar o seu desejo de crescer ou de independência, mas por outro lado desenhou-se a deitar a língua de fora, o que é uma atitude infantil.

Depois da correção do TRF encontrou-se valores clinicamente significativos nos fatores Problemas de Atenção: Desatenção (2,32DP), Hiperatividade (4,55DP) e o Comportamento Agressivo (4,05DP). Estes fatores estariam de alguma forma relacionados, sendo que crianças que apresentam características de Déficit de Atenção e Hiperatividade exibem comportamentos agressivos (Nixon, 2001).

Na **terceira sessão** tentou-se saber quais seriam os elementos necessários para ajudar DS a dormir no seu quarto. DS disse que tinha luz de presença e que ainda dormia com um peluche que lhe fazia companhia durante a noite. Disse que não tinha medo de nada, mas que não dormia sozinho, porque gostava de dormir acompanhado

por alguém. Na altura quando passou a dormir sozinho não conseguia passar a noite sem chamar a mãe. Esta ficava com ele até adormecer e depois voltava para o quarto dela.

Apresentou-se a ideia do “mapa das estrelas” e discutiu-se as regalias e os termos do acordo entre todos. DS ficou muito entusiasmado com a ideia e concordou-se que depois de receber 10 créditos (equivalente a 10 autocolantes) poderia receber um presente à escolha, mas para tal teria que dormir durante toda a noite sozinho. A mãe contou que ele teve alguns “vermelhos” (sistema de pontos utilizado pela professora) na escola como sinal de mau comportamento. A mãe disse que às vezes DS fazia as coisas porque os amigos lhe pediam para fazer, mesmo sabendo que iria ficar de castigo. DS nesta consulta esteve um pouco mais irrequieto, e notou-se uma mudança de comportamento quando a mãe se juntou a nós. Este passou a agir de maneira demasiado infantil para a sua idade.

Na **quarta sessão** verificou-se que DS teve dificuldades em dormir sozinho, ainda acordava durante a noite e sentia necessidade de chamar pela mãe. DS tentou renegociar os créditos, aqui denotou-se alguma falta de motivação da parte deste. Nesta sessão também se leu a história do “Dentúças e a Assertividade” (anexo) para se saber qual o seu estilo comunicacional predominante, mas esta atividade não foi concluída, pois o DS exclamou ser uma “seca” e quis ir embora de seguida.

Na **quinta sessão** a estagiária esteve com a mãe de DS e explicou algumas estratégias que deveriam ser adotadas para modificar o comportamento de DS (anexo). A mãe confessou que de fato necessitava de ser mais firme e mais consistente em relação às regras que imponha ou que tentava impor. A mãe referiu os principais comportamentos do filho que queria modificar, que eram as “palhaças” que ele fazia em público, às quais foi pedido que ela ignorasse, e disse que queria que DS deixasse de colocar coisas impróprias à boca (catotas do nariz). Com DS apenas se falou sobre o “mapa das estrelas”, como este tinha progredido e que dificuldades tinha tido, sendo que ele confessou que tinha sonhos maus em que a professora o castigava e que precisava da companhia da mãe. Confessou também que tinha receio de ser gozado pelos colegas e portanto fazia o que estes lhe pediam por isto e porque eles eram seus amigos.

Nesta sessão mais uma vez deu-se conta de que DS tinha dificuldades em realizar tarefas e em manter-se em tarefas.

Na **sexta sessão** esteve-se apenas com a mãe para se saber como estava a situação, a mãe disse que já tinha começado a pôr em prática algumas estratégias. Achou-se pertinente ensinar-se à mãe técnicas de respiração para que esta as usasse em

conjunto com o DS quando este fosse para a cama para ajudá-lo a relaxar e a dormir melhor.

Na **sétima sessão** e **oitava sessão** aplicou-se o PIAAR-R. Sendo que este foi aplicado de modo individual, decidiu-se que seria mais rentável aplicar vários exercícios por sessão. Nestas sessões, DS encontrava-se mais sossegado e mais disposto a colaborar nas atividades.

Na realização dos exercícios do programa, verificou-se alguma distração e observou-se bastante impulsividade na resposta. Realizou-se as folhas de sessão nº1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 17, 20 e 24, em alguns exercícios teve-se que repetir as instruções, como no caso da folha de sessão nº1, e ainda houve vezes em que ele respondia de forma impulsiva, apesar de se pedir para ele rever o exercício, este dizia estar sempre correto. Sempre que isto acontecia revia-se os 6 passos do procedimento de autoinstrução indicados no programa e que estavam há sua frente durante a realização.

Na **nova sessão** sendo esta sessão a última, foi realizada com a mãe de DS para explicar o que foi feito ao longo do processo de intervenção, o que se concluiu e a importância deste ter que continuar com acompanhamento psicológico. Para além disto, achou-se fundamental reforçar a ideia de que DS devia realizar mais atividades com o pai para que se construísse uma relação mais próxima entre eles, sendo que este não podia simplesmente se destituir do seu papel como pai.

## 5. Proposta para a continuidade da Intervenção

Devido ao curto-espácio de tempo desta intervenção, achou-se fundamental refletir sobre o que se poderia fazer caso tivéssemos mais tempo.

Como não foi possível a realização de uma reunião com a professora de DS, este seria o primeiro passo a seguir, apesar de que era do conhecimento da estagiária, que a professora utilizava de várias técnicas comportamentais na sala de aula para controlar o comportamento de DS.

Sendo que estamos perante uma Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção, seria essencial desenvolver um programa de desenvolvimento de competências de autocontrolo. Portanto, poderíamos realizar o programa com base nos livros da coleção de Paulo Moreira (2014), “*Crescer a Brincar*” sobre o autocontrolo:

- Realização de um jogo “qual é coisa, qual é ela?”, em que DS teria que identificar quais os comportamentos que pode realizar no recreio e quais os comportamentos que pode realizar na sala de aula.

- Elaboração dum contrato comportamental individual, onde DS se compromete-se a cumprir as regras acordadas e pré-estabelecidas.
- Apresentação dum sistema de economia de fichas. Construção duma caderneta individual em que ele colaria os cromos atribuídos semanalmente pela estagiária, referentes aos comportamentos positivos tidos ao longo da semana. Aqui DS seria premiado com um cromo por cada regra que tivesse cumprido. Para além da estagiária, a professora faria igualmente a atribuição de cromos nas suas aulas. Após ter conquistado um determinado número de cromos, a estagiária reforçaria a criança com um cromo mais valorizado. Antes da atribuição do cromo, a criança deveria fazer uma avaliação do seu comportamento, e opinar relativamente ao número de cromos merecidos.
- Atividade com DS na qual identificar-se-ia zonas do corpo em que as crianças ficam mais inquietas: analogia com o “Irre” e o “Quieto”. Realização de jogos para treinar o “parar”: Jogo do relaxamento; e Jogo do Sério.
- Realização de atividades em que DS deveria estar atento, controlando o seu comportamento e verbalizações, pensando antes de agir. Preenchimento de labirintos e pintar desenhos sem falar. Treino de autoinstrução, utilizando a metáfora do semáforo amarelo “luzinhas”.
- Realização duma atividade manual com várias tarefas ordenadas, estimulando DS a fazer calmamente uma coisa de cada vez. Analogia com o semáforo verde “luzinhas”: Devagar...Avançar!

Visto que também se verificou problemas ao nível da autoestima, observado nas sessões e relatado várias vezes pela mãe, este seria um dos assuntos a intervir. Também com base na coleção de Paulo Moreira (2010), “*Crescer a Brincar*” sobre o autoconceito e a autoestima:

- Realização de atividades que leva a criança a refletir sobre si próprio, como é o seu corpo, a sua família, como ele é na escola, como ele é quando está os amigos e como ele é a brincar.
- Em relação à autoestima seria apresentado a personagem da espoja Estima que suga a estima das coisas boas que temos na nossa vida. A partir desta realizava-se a atividade do estimómetro em casa, estimómetro na escola e o estimómetro com os amigos, onde a criança

teria que pintar os quadrados nas situações que correspondem ao que acontece com ele quando está em casa e com os amigos, e ainda teria de colar autocolantes cada vez que fizer alguma coisa boa pelos pais e amigos.

- Por fim, realizava-se o jogo “sou único e especial!”, onde ele aprenderia a dar valor às qualidades que tem e a aceitar-se como é.

Em suma, o ensinamento de competências de autocontrolo seria essencial, pois assim ensiná-lo-íamos a controlar os seus comportamentos, e acima de tudo a pensar antes de agir. A promoção da autoestima também é importante, visto que, segundo a mãe e a professora, muitos dos seus comportamentos na escola eram influenciados pelos colegas e notou-se a importância que DS dava ao grupo de amigos e ao que estes pensavam sobre ele, visto o seu desejo de integração.

Para além disto, não se pode deixar de parte as questões ligadas ao défice de atenção, logo teríamos que incentivar DS a usar as técnicas de autoinstrução de que falamos do PIAAR-R.

### **Ponto da situação e prognóstico**

O processo terapêutico não foi concluído, devido ao curto espaço de tempo que se teve. No entanto, entendeu-se que foram dadas estratégias importantes que ajudarão estes pais a lidar melhor com o comportamento do DS. Este devia continuar com a intervenção, principalmente dirigida a aspetos ligados ao autocontrolo e comportamento hiperativo.

### **Reflexão crítica**

Ao longo do processo sentiu-se que foi criada uma boa relação terapêutica com o DS, sendo que esta relação foi se estabelecendo à medida que se avançava, pois DS testou os limites e regras em consulta durante todo o processo terapêutico. Não foi uma criança muito colaborante no início e era difícil despertar a sua atenção, e como tal foram muitos os esforços exercidos para o motivar, no entanto o processo foi seguindo devagar e em pequenos passos, DS foi se abrindo e colaborando.

Este caso foi um verdadeiro desafio, devido ao comportamento de DS nas consultas, e uma fonte de aprendizagem devido à problemática em questão ser tão mediática e banalizada, teve-se o cuidado de recolher várias informações de todos os contextos para realizar o diagnóstico e a intervenção fiáveis.

#### IV. Reflexão pessoal

Enquanto aluna em formação, após dez meses de estágio, e de envolvimento em todas as modalidades de intervenção, considero que foi uma experiência muito rica, tanto a nível académico como a nível pessoal e apesar de ter sido uma experiência diferente daquela que eu imaginava que seria, no fim o estágio correspondeu às minhas expectativas e irá deixar saudades.

É de salientar, a sorte que me foi proporcionada em ter como população-alvo de intervenção: crianças e adolescentes. É uma população muito especial e verdadeira, que exige empenho e dedicação da nossa parte, no estabelecimento de uma relação terapêutica segura e empática, e numa avaliação constante e rigorosa na adaptação às suas especificidades. Cada criança é única, com características completamente diferentes umas das outras, competindo ao estagiário desenvolver sensibilidade e compreensão, para ter acesso ao “mundo” de um ser tão “pequeno” mas tão “grande” de onde emerge um turbilhão de pensamentos e de sonhos, sendo a qualidade da relação terapêutica o nosso principal “instrumento” de trabalho. Aprendi que quando um psicólogo tem como paciente uma criança/adolescente, deve maximizar todo o seu empenho e sensibilidade para mostrar que está disponível, pois ou a conquista ou a perde para sempre. Esta população é exigente, o que proporciona ao estagiário o aumento da tomada de decisão para o seu desenvolvimento profissional, assim como, uma constante adaptação àquela criança/adolescente em específico.

Ao longo do ano fui conhecendo jovens talentosos que gostam do que fazem e aplicam-se todos os dias, tendo a consciência de que não podem e não devem deixar de lado a escola e que entendem a sua importância. Por outro lado, também conheci jovens que encaram a escola como uma obrigação e que têm muitas dificuldades. O meu trabalho passou por criar uma relação com cada um deles de maneira a que se sentissem à vontade para falarem comigo sobre qualquer coisa, portanto tentei tornar o *Espaço Aberto* num “porto seguro” para todas as crianças e jovens que o frequentassem, um espaço de segurança, de confiança e de compreensão.

No DF pude fazer um trabalho, como psicóloga, diferente daquele que se aprende na faculdade, pois a intervenção psicológica em contexto desportivo é totalmente diferente da intervenção que é realizada noutros contextos, mas logo se percebeu que o contexto de estágio não poderia ser compreendido como não adequado à Psicologia Clínica, pois isso seria a atribuição de um papel redutor a uma ciência tão

vasta, em constante evolução e que é a base de qualquer especialidade da Psicologia. Acredito que se possuímos espaços físicos com condições adequadas, uma população tão rica com necessidades tão específicas, uma equipa multidisciplinar coesa e receptiva às nossas propostas, então possuímos todas as “ferramentas” de trabalho necessárias para fazer face a um desafio.

Em conclusão, ser Psicólogo é uma imensa responsabilidade, mas, em simultâneo, é uma dádiva, pois podemos desempenhar um papel determinante na vida de alguém, contribuindo para uma mudança desejada. Este relatório é o resultado de um estágio que, creio ter contribuído na resposta às necessidades daquela comunidade: o desenvolvimento pessoal e social, aliado ao bem-estar e à saúde.

## Referências Bibliográficas

- Achenbach, T., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o período pré-escolar e Escolar*. Psiquilibrios Edições.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual de Diagnóstico de Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 5ª Edição.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). *Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), Recuperado em 7 ago. 2009, em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-9721999000200011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-9721999000200011&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Alves, D. R. (2006). *O Emocional e o Social na Idade Escolar. Uma Abordagem dos Preditores da Aceitação pelos Pares*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Barbosa, G. A., & Lucena, A. (1995). *Depressão infantil*. *RNIA*, 3(2), 23-30. Recuperado em 10 ago. 2009, em [http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed\\_03\\_2/in\\_07\\_07.pdf](http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_03_2/in_07_07.pdf)
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 40 (Supl. 1), S11-S15.
- Cardoso, M. d. (2011). *Compreensão Emocional: A Compreensão Causal das Emoções em Crianças de Idade Escolar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Dosil, J. & Deaño, M. (2003) “Ciencias de la educación, actividade física y deporte”. In: Dosil, J. (Ed.), *Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, Madrid: Síntesis.
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. Madrid: McGraw-Hill.
- Freire, I. (2006) Mediação em Educação em Portugal - contextos e práticas. In: *Atas do XV Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE, Lisboa, Fevereiro de 2005*.

Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

- Ezquerro, M. (2002). “Psicologia clínica del deporte”. In: Dosil, J. (Ed.), *El psicólogo del deporte: asesoramiento e intervención*, Madrid: Síntesis.
- Freitas, D. (2010). *Espaço Aberto: Fazer lugar para um projeto educativo*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Gargallo, B. (1998). PIAAR-R – Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade. CEGOC.
- Henriques, M. R., Gonçalves, M. & Freitas, J. (2006). *Pôr o medo a fugir: As aventuras contra o medo*”. Quarteto, 2ª edição.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: ASA
- Locke, E., & Latham, G. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Luison, L. & Velastro, O. (2004). Du processus aux pratiques de médiation. *Esprit Critique*, Vol. 6, nº 03.
- Martins, M. J. (2007). Violência Interpessoal e Maus-tratos entre Pares, em Contexto Escolar. *Revista da Educação*, 15 (2), pp. 51-78.
- Martins, M. (2012). “À Descoberta...”, *Um programa de promoção de competências sociais e emocionais*. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Ponta Delgada
- Mendes, A. (2000). *Futebol Clube do Porto. A História, os triunfos e as imagens de todos os tempos*. Porto: Diário de Notícias, S.A.
- Moreira, P. (2009). *Olá, Obrigado!*. Porto: Porto Editora
- Moreira, P. (2010). *Sou único e especial!*. Porto: Porto Editora
- Moreira, P. (2012). *Eu controlo as emoções*. Porto: Porto Editora
- Moreira, P. (2014). *Stop! Disciplina e autocontrolo*. Porto: Porto Editora
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: review of the literature. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6(4), 172-180.
- Papalia, D., Olds, S. (1995). *Developmental psychology*. New York: Mcgraw-Hill.

- Vagos, P. E. (2010). *Ansiedade social e assertividade na adolescência*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, Aveiro. Obtido a 9 de Dezembro de 2011 em [http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3819/1/Tese\\_Completa\\_PVagos.pdf](http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3819/1/Tese_Completa_PVagos.pdf)
- Vaz, F. J. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Braga.
- Velez, M. F. (2010). *Indisciplina e Violência na Escola: Factores de Risco - Um estudo com alunos do 8º e 10º Anos de Escolaridade*. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.