



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento**

**A criança como um poliedro: uma experiência numa IPSS**  
**(Relatório de Estágio para a Obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do**  
**Aconselhamento)**

Autor: Rafael Romão Mira

Orientador: Professor Doutor António Mendes Pedro

Nº do candidato: 20130295

maio de 2018

Lisboa

## Agradecimentos

Ao Doutor António Mendes Pedro, que me ensinou enquanto aluno de licenciatura, e me orientou enquanto mestrando, e à Doutora Clara Castilho que me conduziu no estágio na Casa da Praia, agradeço, muito reconhecidamente.

Ao Departamento de Psicologia agradeço igualmente reconhecido, o acompanhamento, a possibilidade de estágio e o todo um percurso iniciado há cinco anos, que me ajudou a ser quem sou hoje.

Uma vez UAL, UAL para sempre, e assim agradeço à Universidade Autónoma de Lisboa, a casa que levarei para onde a vida me levar.

À Casa da Praia, que me acolheu e onde me senti profissional e aprendi muito.

À minha família, cujo apoio constante e paciência permanente são pedras da minha existência, e da qual fazem parte muitos amigos.

## Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as crianças maltratadas pela vida.

Tentarei sempre não ser cúmplice.

## Resumo

Este relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento e tem como objetivo descrever as dinâmicas envolvidas na entidade eleita para a realização do estágio.

No processo de enquadramento teórico introduz-se o tema da saúde mental em Portugal e como a saúde mental infantil teve a sua crescente importância, ainda assim reduzida, quando comparada com outras faixas etárias neste domínio.

Apresentamos a instituição, através do relato da história da sua criação, abordamos as suas funções, descrevendo os seus objetivos e caracterizando a população alvo, bem como a linha de pensamento que define as dinamizações e intervenções pela qual a instituição se rege.

Referencia-se João dos Santos, grande impulsionador da saúde mental infantil em Portugal, assim como da própria Casa da Praia, em especial pelo seu contributo no que diz respeito à Pedagogia Terapêutica.

Segue-se a descrição de algumas temáticas relevantes e presentes em muitas crianças na Casa da Praia como a depressão infantil, a ansiedade infantil, a instabilidade e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Apresentam-se dois casos clínicos, X e Z, e as respetivas conclusões.

Termina-se com uma reflexão pessoal relativa à experiência como estagiário, esclarecendo-se o título escolhido para este trabalho, e apresenta-se um contributo bibliográfico sobre João dos Santos e a Casa da Praia.

Palavras-chave: saúde mental infantil, pedagogia terapêutica, psicomotricidade, Centro Doutor João dos Santos, Casa da Praia

## Abstract

This report arises within the scope of the Master in Clinical Psychology and Counseling and aims to describe the dynamics involved in the chosen entity for the internship, the Doctor João dos Santos Center, Casa da Praia.

In the process of theoretical framework, the theme of mental health in Portugal is introduced, and as child mental health has its growing importance, although reduced, when compared with other age groups in this field.

We present the institution, through its history of its creation, to discuss its functions, describing its objectives and characterizing the target population, as well as the line of thought that defines the dynamics and interventions for which the institution rules.

We refer João dos Santos, a great promoter of children's mental health in Portugal, as well as Casa da Praia, especially for its contribution to Therapeutic Pedagogy.

The following is a description of some relevant themes present in many children at Casa da Praia, such as child depression, childhood anxiety, instability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

We present two clinical cases, X and Z, and the respective conclusions.

We conclude with a personal reflection on the experience as a trainee, clarifying the title chosen for this work, and presents a bibliographic contribution on João dos Santos and the Casa da Praia.

**Keywords:** Child Mental Health, Therapeutic Pedagogy, psychomotricity, Center Doutor João dos Santos, Casa da Praia.

# Índice

Agradecimentos.....	2
Dedicatória.....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Lista de tabelas.....	8
Lista de ilustrações.....	9
Lista de siglas.....	10
Lista de anexos.....	11
Introdução.....	14
<b>1. A Saúde Mental.....</b>	<b>17</b>
1.2. Saúde Mental Infantil.....	17
<b>2. O Centro Doutor João dos Santos, Casa da Praia.....</b>	<b>20</b>
2.1. João dos Santos e a Saúde Mental Infantil.....	21
2.2. Missão e objetivos da Casa da Praia.....	22
2.3. População-alvo.....	23
2.4. Importância do Psicólogo na Instituição.....	26
2.5. Formação parental e ajuda terapêutica aos pais.....	28
2.6. Pedagogia terapêutica.....	30
2.7. Psicomotricidade.....	31
2.8. Problemáticas relevantes e presentes em crianças na Casa da Praia.....	34
2.8.1. Ansiedade infantil.....	34
2.8.1.1. Perturbação de Ansiedade por Separação.....	36
2.8.1.2. Perturbação de Ansiedade Generalizada.....	36
2.8.2. A depressão infantil.....	37
2.8.2.1. Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo.....	40
2.8.2.2. Perturbação Depressiva Major.....	40
2.8.3. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA).....	41
2.8.4. Instabilidade.....	44
<b>3. O estágio na Casa da Praia.....</b>	<b>46</b>
3.1. Cronograma.....	46
3.2. Observação de potenciais crianças para apoio e da entrevista com os pais.....	46
3.3. Grupo de orientação parental.....	49
3.4. Colónia de férias terapêutica.....	50

3.5. Dias festivos .....	50
3.6. Apresentação dos casos clínicos .....	51
3.6.1. Caso clínico X .....	51
3.6.2. Caso clínico Z.....	66
3.7. Reflexão pessoal.....	84
<b>Conclusão</b> .....	<b>88</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>91</b>
Anexos.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

Lista de tabelas

Tabela 1 – Cronograma das atividades realizadas no estágio..... 45



Lista de ilustrações

Figura 1 – A criança como um poliedro.....81

## Lista de siglas

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)

APA - American Psychology Association

Lista de anexos

<b>Anexo 1 – Caso X.....</b>	<b>94</b>
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 1	95
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 2	95
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 3	96
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 4	96
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 5	97
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 6	97
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 7	98
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 8	98
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 9	99
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 10	99
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 11	100
/18.....	
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 12	100
/18.....	

Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 13 /18.....	101
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 14 /18.....	101
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 15 /18.....	102
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 16 /18.....	102
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 17/18.....	103
Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) 18 /18.....	103
CAT Animal – Pranchas 1, 2 e 3.....	104
CAT Animal Pranchas 4, 5, 6 e 7.....	105
CAT Animal Pranchas 8, 9 e 10.....	106
Matrizes Progressivas de Raven – Forma Paralela.....	107
Figura Complexa de Rey (Memória) .....	108
Figura Complexa de Rey (Cópia) .....	108
<b>Anexo 2 – Caso Z.....</b>	<b>109</b>
Desenho 1.....	109
Desenho 2.....	109
Desenho 3.....	110
Desenho 4.....	110
Desenho 5.....	111

Desenho 6.....	111
Desenho 7.....	112
<b>Anexo 3 – Bibliografia sobre João dos Santos e a Casa da Praia.....</b>	<b>113</b>

## Introdução

O presente trabalho corresponde ao relatório relativo ao estágio feito no ano letivo de 2016/17 no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento.

O estágio teve como objetivo um contato com a prática profissional, acompanhada da aplicação dos conhecimentos teóricos aprendidos, de forma a garantir uma primeira experiência real de base para a futura profissão de psicólogo.

O Doutor João dos Santos (1913-1987) foi o grande impulsionador da instituição que hoje tem o seu nome. Homem de renome no mundo da medicina e da psiquiatria em Portugal sempre mostrou preocupação com o desenvolvimento da saúde mental na criança, as suas dinâmicas, métodos de intervenção e maneiras de as compreender (Mendonça, 2003). Refira-se que “segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar” (Ministério da Saúde, 2008, p. 5).

Quando falamos em depressão infantil é importante ter em mente que até meados dos anos 60 era considerada uma questão secundária dentro do espectro da doença depressiva. Só a partir daí é que ganha uma faceta própria e específica para esta faixa etária. Até aqui considerava-se que as crianças não poderiam experienciar qualquer tipo de depressão pois a idade assim não o permitia. Hoje reconhece-se a sua existência, e com traços diferentes da do adulto (Crujo & Marques, 2009). Vidigal, Queiroz & Cruz (1999) descrevem as alterações ocorridas em Portugal, lideradas por João dos Santos:

“Tratou-se de uma viragem da especialidade de psiquiatria infantil, ... para uma psiquiatria mais autónoma. O grande impulsionador dessa mudança foi sem dúvida, João dos Santos, que ... acompanha os ventos da modernidade da psiquiatria europeia da infância, especialmente de França, onde tinha feito a sua formação” (p. 86).

A Casa da Praia apoia crianças com diversas problemáticas, com quadros depressivos, de onde se destacam a ansiedade e a perturbação de hiperatividade com défice de atenção, sem prejuízo de dar suporte a outras crianças com dificuldades de aprendizagem, bem como desenvolver apoio para pais e/ou cuidadores. O ambiente à

sua volta afeta e é afetado pela criança, com particular incidência nos círculos familiares e variando de criança para criança, como afirma Schaffer “...emotionally vulnerable children, for exemple, are more affected by family stress than emotionally robust children” (Schaffer, 2006, p. 65).

Com o propósito inicial de criar um centro de pedagogia terapêutica destinado a grupos de crianças com problemáticas a nível da aprendizagem, e depositando nele todo o seu conhecimento e toda uma experiência de vida de trabalho, o Doutor João dos Santos acaba por dar início ao projeto Casa da Praia (Mendonça, 2003).

O fundador da instituição deixou várias obras, a última delas intitulada *A Casa da Praia: o Psicanalista na Escola*, considerada um dos seus trabalhos escritos mais significativos (Mendonça, 2003). Em testemunho pessoal, a pedopsiquiatra e psicanalista Maria José Vidigal afirma que “João dos Santos foi o criador da moderna saúde mental infantil em Portugal e o grande impulsionador na viragem da psiquiatria infantil que passou depois a uma especialidade autónoma” (Vidigal, 2014).

O privilégio de ter João dos Santos na equipa diretiva e técnica não foi apenas da Casa da Praia, mas também beneficiaram da sua presença e conhecimentos a

“Secção da Higiene Mental no Centro Materno-Infantil de Campo de Ourique, mais tarde Centro Sofia Abecassis (1952); Centros Psicopedagógicos de A Voz do Operário e do Colégio Moderno(1953); Colégio Eduardo Claparède e Escola de Pais (1954); Centro de Recuperação Visual e Classes de Ambliopes (1955); Liga Portuguesa dos Deficientes Motores (1956); Centro de Paralisia Cerebral da Liga Portuguesa dos Deficientes Motores (1958); Associação Portuguesa de Surdos (1959); Secção da Higiene Mental do Centro Materno-Infantil José Domingos Barreiros (1964) e Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (1968)” (Santos, 1982, p. 16).

Para uma visão do percurso completo de João dos Santos sugere-se a leitura de *Como encontrar o futuro em João dos Santos*, que cruza a sua vida profissional com a pessoal (Vidigal, 2018), *O pensamento psicopedagógico de João dos Santos* (Branco, 1999) e complementarmente o capítulo *Biobibliografia de João dos Santos* (Santos, 2007, p. 101-110).

O presente relatório divide-se em três partes. Uma primeira de enquadramento teórico sobre a saúde mental e a saúde mental infantil. Num segundo momento apresentamos a Casa da Praia, os seus métodos, a população-alvo, missão e objetivos, principais problemáticas das crianças acolhidas na instituição, entre outros aspetos. Na terceira parte, descrevemos as atividades desenvolvidas no estágio, e expomos dois casos clínicos que acompanhámos, concluindo com uma reflexão pessoal. Terminamos com apontamentos conclusivos.

Apesar de ser um Relatório de Estágio, este trabalho, à imagem de outros de natureza académica, é baseado em bibliografia vária. Tendo a Casa da Praia uma lista bibliográfica sobre a instituição e sobre João dos Santos, quisemos contribuir para a sua atualização, para o que preparámos o Anexo 3, como complemento à lista que a instituição disponibiliza no seu sítio internet, um subsídio que deixamos para apoiar outros trabalhos futuros.



## **1. A Saúde Mental**

Desde 1992 que a 10 de outubro se comemora em todo o mundo o Dia Mundial da Saúde Mental, proclamado pela World Federation for Mental Health, criada em 1948.

A importância desta comemoração prende-se com a divulgação de estratégias para prevenir e combater as problemáticas desta área. Em Portugal, nos anos, 60, a própria legislação permitiu que estas pessoas ganhassem um novo estatuto dentro da comunidade médica, começando a ter direito a outro tipo de tratamento: “Em Portugal, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se em 1960 e a Lei de Saúde Mental n.º. 2118, de 1963, lançou os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos” (Filho et al, 2015).

A saúde mental pressupõe a envolvimento de todos os círculos em que o ser humano se movimenta, e não há quem lhe tenha imunidade:

“A idade, o género e vários fatores sociais podem influenciar a incidência das perturbações mentais. Contudo, nenhum grupo está imune. As perturbações mentais podem afetar a vida de crianças e adultos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, causam enorme sofrimento e invalidez, e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades” (Almeida & Xavier, 2013, p. 9).

Actualmente, a saúde mental ganha uma nova faceta, sendo encarada como a base de um desenvolvimento equilibrado para a vida, e “desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social... a saúde mental é muito mais que a mera ausência de doença mental: é uma parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos” (Almeida & Xavier, 2013, p. 9).

### **1.2. Saúde Mental Infantil**

Com a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1948, começa a valorizar-se a saúde mental infantil, havendo uma preocupação em ter uma atitude preventiva nesta área. Em 1960 realiza-se em Lisboa o 1º Congresso Nacional de Saúde Mental, onde foram discutidas questões como as deficiências a nível de serviços dos grandes hospitais psiquiátricos e a falta de apoio em Portugal quanto a Saúde Mental de acordo com as necessidades da população.

Em 1965 João dos Santos

“Colabora na criação do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa de que foi o seu primeiro director. Aí existiram desde o início, equipas de serviço ambulatorio no Dispensário Central e no Dispensário do Hospital Dona Estefânia, além da equipa das clínicas infantis do Hospital Júlio de Matos” (Casa da Praia, 2016).

Refira-se que o Centro de Saúde Mental Infantil de Coimbra só surge em 1969 e o do Porto só em 1976. Em 1975 nasce a Casa da Praia, aumentando a resposta na zona de Lisboa a um grande número de patologias e a sua correspondente diversificação (Casa da Praia, 2016).

Em muitos países, existe um elevado número de pessoas com doenças mentais das quais muitas não têm acesso a tratamento. De acordo com Kessler (2005, citado por Almeida & Xavier, 2013) é antes dos 24 anos que se manifesta a maioria das doenças mentais, e como já foi referido, uma em cada cinco crianças evidencia problemas mentais, percentagem com tendência a aumentar (Ministério da Saúde, 2008; Marques & Cepêda, 2009).

Couto, Duarte & Delgado (2008) chamam a atenção que as políticas de saúde mental em vigor, na sua maior parte, estão relacionadas com problemas da população adulta, porém

“Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais factores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil” (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p. 391).

Ao nível do cuidado em saúde mental infantil e juvenil impõe-se a criação “de uma rede que articule serviços dos mais aos menos especializados, prioritariamente de base comunitária” (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p. 392), que dê uma resposta continuada às necessidades de apoio.

Verifica-se ainda uma falta de distinção entre transtornos específicos da infância e da adolescência, distintos em cada uma das fases. A complexidade de um diagnóstico a uma criança ou a um adolescente é diferente: para fazer um bom enquadramento da

problemática é necessário aceder à comunidade envolvida de maneira mais dinâmica do que no caso de um adulto (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Em síntese, o apoio à saúde mental é vital, melhorando os recursos da população, e garantindo respostas e intervenções precoces, pois “embora a maioria das crianças e dos adolescentes viva a sua infância e adolescência sem dificuldades significativas, cerca de 20% revelam perturbações psiquiátricas” (Sampaio, 2015, p. 13).

## **2. O Centro Doutor João dos Santos, Casa da Praia**

*O Centro Doutor João dos Santos: Casa da Praia: Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental*, de seu nome completo, tem um nome expressivo, explicativo da sua atividade, mas cuja dimensão nos vai levar neste trabalho, compreensivelmente, a reduzi-lo. A Casa da Praia, que integrou o serviço do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa, nasce em 1975 pela mão de João dos Santos e de uma equipa da sua confiança.

O Hospital Júlio de Matos albergava no seu espaço as consultas do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil onde muitas crianças eram atendidas. Já na altura constata-se “que muitas das crianças não apresentavam problemáticas que justificassem um acompanhamento em meio hospitalar, muito menos em Hospital Psiquiátrico de Adultos” (Casa da Praia, 2016).

Assim, surge a ideia inicial para a criação de um serviço mais próximo da comunidade que providenciasse às crianças um apoio mais personalizado, mais dirigido consoante as suas necessidades específicas, e de certa maneira independente dos hospitais centrais. Dando-se conta de que as principais queixas destes utentes se relacionavam com dificuldades escolares, que estavam, em alguns casos, associadas a outros tipos de problemáticas, João dos Santos, juntamente com uma equipa multidisciplinar, dá início ao projeto, e surge a Casa da Praia como resposta a esta necessidade. Nela, o fundador trabalhará como coordenador único até 1982 e em parceria com Teresa Ferreira até 1987, ano da sua morte (Branco, 1999; Barros, 1999; Casa da Praia, 2016).

A Casa da Praia integrou o Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa entre 1975 e 1992, data de uma reorganização no Serviço de Saúde Mental, implementada pela publicação do Decreto-Lei 127/92, de 3 de julho de 1992, como se lê no seu artigo 8: “São extintos os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infantis e juvenis, ... As atribuições dos centros extintos nos termos do número anterior são transferidas para hospitais gerais, centrais ou distritais” (Ministério da Saúde, 1992, p. 3170). Após esta reorganização, e de forma a impedir o fecho da instituição, com o objetivo principal de continuar o trabalho que ali estava a ser desenvolvido, apoiantes do fundador iniciaram o processo para a constituição de uma Associação sem fins lucrativos. Em 1993, a Casa da Praia passa a ser uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) com o nome de Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia.

A instituição ganhou o apoio da Câmara Municipal de Lisboa, que facilitou as instalações e do Ministério da Educação, passando a ser financiada pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social com o destacamento de professores (Ferreira, 2002).

Contou com o contributo voluntário de especialistas nas mais diversas áreas da saúde, assistentes jurídicos, pedagogos, assistentes sociais e professores, que ajudaram na manutenção da associação, possibilitando o cumprimento das suas estratégias. Instituições como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o Governo Civil de Lisboa, a Junta de Freguesia de Alcântara e o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia também contribuíram com o seu apoio ao longo do tempo (Ferreira, 2002). Assim, o Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia evoluiu como um sólido centro de terapia que ainda hoje utiliza as bases do seu fundador em todo o seu trabalho diário, nomeadamente no que toca à intervenção com a criança, na família e na comunidade, sendo considerado um serviço de referência na sua área de atuação. Na Casa da Praia encontramos crianças e técnicos numa relação constante onde prevalecem os valores, as relações, o respeito, a cumplicidade e o afeto, “porque o afeto é o motor do pensamento” (Matos, 1987, p. 491)

Para um panorama mais alargado da história da instituição, sugere-se o trabalho da actual vice-presidente do Conselho Diretivo, Dr<sup>a</sup> Clara Castilho, *A educação e a saúde são tarefas de todos os cidadãos* (Castilho, 2013), e remete-se para os Anexos I e II, que contêm uma compilação dos trabalhos escritos conhecidos sobre a Casa da Praia e sobre João dos Santos.

### 2.1. João dos Santos e a Saúde Mental Infantil

O Doutor João dos Santos foi um contribuinte decisivo para o desenvolvimento da saúde mental infantil, área central do seu interesse ao longo da vida (Branco, 1999). João dos Santos desenvolveu e dinamizou novas formas de ver e rever casos de crianças com inovadoras dinâmicas e observações de problemáticas e patologias; a ele se deve “o reconhecimento pela Ordem dos Médicos da especialidade de Neuropsiquiatria Infantil, posteriormente designada por Pedopsiquiatria e por Psiquiatria da Infância e Adolescência” (Mendonça, 2003, p. 91).

João dos Santos foi um vanguardista na Saúde Mental Infantil em Portugal, constituindo as suas obras uma herança para todos nós, herança essa que transporta o ideal da conciliação da escola com as restantes vertentes da vida da criança, para se conseguir

introduzir harmoniosamente na sociedade: “O seu nome ficará para sempre ligado à viragem que realiza no campo da saúde mental em Portugal: imprime-lhe nova dinâmica, transformando o seu carácter basilar em serviços abertos, com ligação directa à família e á comunidade” (Branco, 1999, p. 62), e comparando os estabelecimentos de educação a um forte alicerce, um meio crucial para chegar a uma boa pedagogia terapêutica (Magalhães, 2013).

Defendendo uma intervenção antecipada afirmava que “o tratamento precoce é a primeira condição de êxito” (Santos, 2014, p. 137) acreditando que a educação pode ser vista como reeducação, o cerne da questão nos casos de crianças problemáticas é o fato de não existir uma linha bem definida entre a educação da criança e os restantes aspectos da sua vida (Magalhães, 2013).

Na Casa da Praia João dos Santos pratica a pedagogia terapêutica que “deve ser integrada na «arte de curar», o que responde a um certo regresso às origens, visto que medicina, compreensão psicológica e educação familiar estiveram sempre ligadas, desde a antiguidade” (Branco, 1999, p. 325).

A pedagogia terapêutica demarca-se pela ênfase no factor comunicação em função da fase em que cada criança se encontra. A base de comunicação é mais ampla e realizada de um modo mais directo, permitindo uma identificação da criança quanto à sua fase de comunicação, e integrando-a em grupos que vão ao encontro das suas necessidades de aprendizagem (Magalhães, 2013).

## 2.2. Missão e objetivos da Casa da Praia

O sítio da internet da Casa da Praia esclarece que a sua missão se centra em intervir “nas famílias e suas crianças em risco, sendo que a avaliação desse mesmo risco é entendida como sinal ou sintoma de uma disfunção familiar significativa” (Casa da Praia, 2016). Num artigo com o curioso título *Quando a família é a principal doença*, os autores afirmam que “é impossível dissociar o exercício médico de um conjunto de conhecimentos, aptidões e atitudes dirigidas ao bem-estar da pessoa enquanto indivíduo, interligando-o ao seu contexto familiar e social” (Santos, Oliveira & Oliveira, 2013).

A casa da Praia atua neste meio complexo em variadas interfaces, a nível social, comportamental e pedagógico-terapêutico.

São apontados três objetivos principais como modelos das suas intervenções e dinâmicas:

1. “Proporcionar às famílias, respostas promotoras do fortalecimento da sua dinâmica de funcionamento e do seu potencial de bem-estar físico, psicológico e social” (Casa da Praia, 2016) dotando-as de ferramentas necessárias para uma melhor autogestão, com consequente obtenção de soluções a vários níveis;
2. “Intervir nas crianças que se encontram em situação de risco, com problemáticas do foro emocional e comportamental, suscetíveis de evoluir para quadros de evidente exclusão (social, familiar, escolar e pessoal), consequente a perturbação ou disfunção psicopatológica” (Casa da Praia, 2016), ou seja ajudar crianças consideradas em risco de maneira a evitar uma futura evolução para possíveis patologias;
3. “Cooperar e articular com as diferentes entidades e profissionais implicados no trabalho com as famílias e suas crianças, no sentido de facilitar uma maior qualidade e celeridade de resposta, mantendo uma visão holística do sistema familiar” (Casa da Praia, 2016), ou seja, dinamizar todas as forças envolvidas no processo de vivência entre a criança e a família, de forma a criar uma maior articulação entre estes, que permita solucionar mais eficazmente qualquer problema que eventualmente surja.

Em síntese, a Casa da Praia direcciona a sua acção para as crianças, mas em contexto familiar, tentando resolver e prevenir situações disfuncionais, minimizando o risco, e envolvendo a comunidade como parceira de bem-estar e soluções para as problemáticas das crianças.

### 2.3. População-alvo

A associação é bastante clara sobre o seu público-alvo afirmando destinar-se a dar apoio a “Famílias com crianças e jovens em risco” (Casa da Praia, 2016) e, curiosamente, só em segundo lugar menciona que se destina a “Crianças com dificuldades importantes no plano da integração social e escolar, por problemáticas do foro emocional e ou comportamental, sem resposta psicopedagógica nos recursos da comunidade” (Casa da Praia, 2016). O fato de mencionar as famílias em primeiro lugar é uma tomada de posição sobre o lugar das crianças, uma chamada de atenção para a protecção a que têm de ser sujeitas. O Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016 (2008) não esquece este contexto e na parte dedicada ao nível dos cuidados especializados de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, afirma que um dos melhoramentos é a

“Definição de espaços próprios, com condições de privacidade, para atendimento de crianças/adolescentes e suas famílias” (Ministério da Saúde, 2008, p. 25). Em síntese, a Casa da Praia recebe as crianças, sempre que possível, sem colocar à margem o seu habitat familiar.

A instituição acolhe crianças de ambos os sexos, entre os 5 e os 12 anos, bem como as respectivas famílias, consideradas em risco psicossocial e com problemáticas (emocionais ou comportamentais) a nível da integração social e escolar, não se pondo em causa as capacidades intelectuais das crianças, que mantêm a curiosidade, mesmo quando não parecem mostrá-la, mas exibem uma recusa em pensar e em aprender. Patrícia Holanda fala na

“preocupação de João dos Santos com as crianças desejosas de estudar, de escrever, de ler e de contar, mas que não conseguem, em virtude de razões inconscientes que lhe impedem de fazê-lo por serem razões de extrema relevância para o seu equilíbrio emocional, sem a qual a criança não pode realizar o seu desejo” (Holanda, 2017, p. 3).

Existe sempre uma tristeza na criança e evidenciam geralmente procurar ajuda. Mostram com frequência fazer jogos sem muito conteúdo e com muita acção e estes jogos são para eles calmantes e defensivos face a um medo de vazio deles próprios que pode resultar em sintomas como a instabilidade, agressividade entre outros. A comunicação verbal invariavelmente é fraca a nível do conteúdo, pobre em fantasia e o pensamento ligado ao real. A autoimagem é muito desvalorizada. (Ferreira, 2002). Em síntese, são crianças com experiências de insucesso a vários níveis.

Num modelo de intervenção diretamente enquadrado com as problemáticas familiares, a criança é analisada a nível psicológico e emocional pessoal e a nível global familiar. (Casa da Praia, 2016). As crianças sinalizadas pela Casa da Praia apresentam distúrbios a vários níveis, emocional ou social, verificando-se ausência de ligações afetivas no meio familiar, no início da sua vida, o que resultará num potencial crescimento sem ligações e com possíveis graves lacunas no processo de crescimento. Mas, ainda que estas crianças sejam dotadas de um potencial de aprendizagem, têm dificuldade em pensar, em termos de comunicação e imaginação. Estas lacunas podem expressar-se em comportamentos agressivos, em tristeza ou insegurança e raras ou inexistentes relações interpessoais (Casa da Praia, 2016).



As dinâmicas adotadas não têm por fim qualificar nem quantificar o saber da criança, mas sim funcionar como um meio projetivo. Em aula, os professores e educadores adotam a pedagogia terapêutica para melhor lidar com os problemas emocionais de cada criança, determinar a fase de comunicação em que se encontram, perceber as fases que não foram devidamente estabelecidas, com vista a que a criança desenvolva as fases que não foram vivenciadas verdadeiramente (Casa da Praia, 2016).

Na organização desta IPSS a execução de todas as atividades e dinâmicas são partilhadas pelos elementos pertencentes a esta comunidade, num espaço acolhedor e seguro (Casa da Praia, 2016).

Na Casa da Praia dá-se valor à realidade interna de cada indivíduo, frequentemente com conflitos internos, enaltecendo a importância do pensamento partilhado e da compreensão mútua, métodos que valorizam o trabalho de grupo. Dá-se prioridade e reforçam-se positivamente todas as ações reparadoras que os intervenientes possam executar. O dar e o receber são aqui muito valorizados (Ferreira, 2002).

Com a criança faz-se um trabalho de reconhecimento e elaboram-se planos para que esta se reconheça e para que manifeste aspetos desse seu autorreconhecimento. Aqui, a criança revela o que nunca quis, pôde ou soube revelar, apenas possível dado o caráter afetivo e construtivo das ações a que é sujeita, algo que na maioria dos casos é uma experiência tida pela primeira vez (Ferreira, 2002).

O técnico é visto pela criança simultaneamente, por um lado como um objeto simbólico, real e, por outro, oposto a tudo o que tem sido a sua vida. As suas respostas são diferentes daquelas que a criança obteve até ao momento a questões relacionadas com as angústias, os medos e as tensões (Ferreira, 2002).

Na Casa da Praia valoriza-se a fantasia, o sonho, a imaginação e a criatividade. Acrescentando o saber individual de cada criança constrói-se o saber coletivo, o saber de grupo. Juntam-se o sentir e o pensar com o bem-estar da criança como único objetivo (Ferreira, 2002), para fazer “uma casa em Festa”, nas palavras de João dos Santos (2007, p. 11)

A população alvo abrangida pela Casa da Praia situa-se em Lisboa, nas freguesias de Alcântara, Ajuda, Belém e Campolide, podendo prestar apoio a crianças de outros locais, apenas em condições excepcionais.

#### 2.4.Importância do Psicólogo na Instituição

No âmbito da Psicologia podemos diferenciar a psicologia escolar, praticada em salas de aula, e a psicologia educacional, enquanto área de pesquisa científica. No entanto, esta dualidade não é unânime dado o facto de se entender que a prática e a teoria não podem ser dissociadas como linha científica (Souza, 2009).

O Doutor João dos Santos tinha uma visão integrada da evolução da criança e sublinhava aos “psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, a importância de trabalharem em equipa, com o intuito de promover a criança” (Holanda, 2017, p. 9).

Na década de 80 do século passado, trabalhos diversos deram origem a uma redefinição do papel dos psicólogos em meio escolar e, de acordo com Souza (2009), a não culpabilização da criança/jovem e da sua família, a construção de novos instrumentos de avaliação, nomeadamente a compreensão da queixa e a articulação da psicologia com professores e profissionais de saúde, permitiram elevar as condutas psicopedagógicas a um nível superior: “o psicólogo deve atuar de forma sistémica e abrangente, focalizando os diferentes atores sociais na escola” (Pereira-Silva, Andrade & Crolman, 2017, p. 409).

O psicólogo, como técnico escolar, deve abarcar e tentar compreender as múltiplas e complexas dinâmicas das relações que coexistem dentro do ambiente escolar. Estas dinâmicas não são apenas articuladas entre alunos e educadores, mas também pela grande rede que a escola representa, onde se inclui a sua história e as regras que a definem (Souza, 2009).

É importante refletir-se sobre a diferença do papel do psicólogo a nível educacional para evitar a confusão entre um carácter mais educativo ou mais clínico. Um psicólogo desempenha um papel de carácter clínico quando a sua intervenção tem como base algum modelo médico; ganha um carácter mais educativo quando se propõe a ajudar no processo das dinamizações que irão facilitar os processos de aprendizagem (Martins, 2003).

Tem-se assistido ao crescimento da importância da Psicologia nos estabelecimentos de ensino, não só em termos de ação nas escolas, como em trabalhos realizados a nível científico sobre o seu papel no meio escolar (Silva & Marujo, 2005; Taveira, 2005; Simões, Machado & Gonçalves, 2008; Lopes & Teixeira, 2012; Lopes & Almeida, 2015; Paixão, 2013), mas também através do reconhecimento da sua utilidade por parte da comunidade interveniente, nomeadamente pela ajuda a alunos problemáticos, mas também pela preparação dos alunos com vista a um futuro de médio e longo prazo

(Carvalho, 2008; Paixão, 2013). “O psicólogo deve ser visto como membro integrante de uma equipa multidisciplinar que tem em vista o alcance das metas” (Paixão, 2013, p. 115). O Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares<sup>1</sup> afirma que

“O psicólogo escolar avalia, planifica intervenções e colabora com os diversos intervenientes da comunidade educativa, com base em evidência científica e técnica. Os papéis e funções podem ser muito variados, incluindo tarefas como a avaliação, o acompanhamento, o aconselhamento e a consultadoria entre outras. Importa referir que estas ações são complementares e podem responder a níveis distintos de intervenção, nomeadamente por recurso a medidas de carácter universal, seletivo e intensivo, ainda que se considere a necessidade de priorizar intervenções de carácter preventivo e promocional” (Direção-geral de Educação, 2016, p. 9).

As escolas e instituições apresentam atualmente uma linha de fatores que as tornam muito mais complexas. Assim sendo, o ensino foi sendo remetido para temas cada vez mais abrangentes e transdisciplinares, de acordo com a sociedade e o mundo onde vivemos. Paixão (2013) referindo-se à flexibilidade e diversificação curricular ao longo da escolaridade obrigatória afirma que “Do ponto de vista psicológico, a flexibilidade e a diversidade permitem a escolha e enfatizam a relevância da opção efetuada, funcionando como um contexto promotor da instrumentalidade percebida das aprendizagens escolares” (Paixão, 2013, p. 115). Desta maneira, pretende-se cada vez mais dar ao aluno um conjunto de competências e estratégias que não só o forme, mas que o prepare com ferramentas a nível intelectual, facilitadoras de mecanismos de aprendizagem inovadores, tal como formas de pensamento e de raciocínio. Estas premissas vêm ganhando espaço, ao invés da antiga e simples aquisição de informação e factos sobre cada caso (Carvalho, 2008).

Em síntese, o avanço e o progresso da Psicologia no terreno, ou seja, no ambiente escolar, tem de ser acompanhado por um desenvolvimento a nível teórico e científico (Souza, 2009). Assim, é necessário estar consciente que o trabalho em desenvolvimento

---

<sup>1</sup> Este documento foi colocado em consulta pública em dezembro de 2016 e à data de hoje, maio de 2018, a Direção-geral de Educação mantém a informação que as sugestões de melhoria devem ser enviadas até 5 de Janeiro de 2017. Desconhecemos, pois, se existe outra versão do documento.

está sempre a ser analisado, garantindo que vai ao encontro da finalidade requerida, assegurando que é um apoio suportado pela Psicologia educacional, e não por qualquer outro trabalho executado por técnicos ou animadores, o que estaria a reverter o desenvolvimento da Psicologia (Souza, 2009).

O papel do psicólogo no caso específico da Casa da Praia é transversal e esta atitude relacional. A presença de um psicólogo na Casa da Praia a tempo inteiro visa a realização de testes psicológicos e acompanhamentos psicoterapêuticos. Por outro lado, desenvolve um papel fundamental nas reuniões clínicas, no relacionamento com as famílias e com os programas educacionais escolares das crianças. A sua formação é imprescindível no que toca ao projeto de Formação Parental e na orientação aos estagiários que a Casa da Praia recebe. O psicólogo na Casa da Praia tem uma presença crucial e permanente nas suas inúmeras vertentes, seja na intervenção específica da sua área, na formação ou na permuta de experiências (Strecht, 1998), num quadro em que todos os profissionais interagem os seus saberes nas diferentes áreas, de maneira a atingir um consenso visando a melhor solução para cada problema. Felizmente que longe vão os tempos em que João dos Santos se queixava da falta deste profissional: “Na Casa da Praia em particular, a não existência de um psicólogo, o que sempre lamentámos, não significa o menosprezo pela sua colaboração mas uma insuficiência administrativa e material dos serviços” (Santos, 1987, p. 93).

#### 2.5. Formação parental e ajuda terapêutica aos pais

Como já tivemos oportunidade de referir a família é altamente valorizada na Casa da Praia: “Ajudar a criança é ajudar a família de onde ela provém. Uma criança não se pensa isoladamente, ela é sempre fruto de tudo que e de quem a envolve” (Casa da Praia, 2016).

Na maioria dos casos as crianças sinalizadas provêm de famílias frágeis e em risco, a precisar de ajuda, elas também. Observam-se por vezes problemas de comunicação pois os pais, não sendo técnicos especializados, não têm a mesma visão das problemáticas o que torna necessário analisar o seu ponto de vista e experiência (Santos, 2007). “Os programas de Formação ou de Treino de Competências Parentais parecem constituir excelentes oportunidades para melhorar os níveis de informação bem como as competências educativas parentais” (Coutinho, 2004, p. 56-57). Assim, os pais podem entrar em contato com a Casa da Praia, onde são recebidos por técnicos de formação multidisciplinar, prestando vários tipos de apoio: consultas de acolhimento, de

orientação e aconselhamento individual; consultas/sessões terapêuticas (individuais); sessões de orientação e aconselhamento familiar individualizadas; sessões temáticas com grupos de pais (podendo ser abertas à comunidade); sessões de autoajuda em pequeno grupo; ações de formação parental; e ações partilhadas entre pais e filhos (Casa da Praia, 2016).

Quando as famílias de crianças com problemáticas abraçam todas, ou algumas, destas novas dinâmicas, isto implica “um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema familiar, no encetar de uma nova etapa do ciclo vital da família” (Coutinho, 2004, p. 55), sendo que a Casa da Praia orienta a sua intervenção na família de acordo com os seguintes princípios: família como um sistema; a individualidade de cada família; clima relacional de confiança; envolvimento todos os elementos da família; e valorização das competências e capacidades (Casa da Praia, 2016).

Segundo Fewell (1986, citado por Coutinho, 2004, p. 55) “a existência de uma criança, com necessidades especiais, no seio de uma família, coloca exigências que podem dificultar a capacidade da mesma para funcionar eficazmente e torná-la mais vulnerável a influências, situações e transações com o envolvimento”, ou seja a família ainda fica mais fragilizada.

O enquadramento dos pais na Casa da Praia, para além do que foi dito passa ainda por reuniões de pais, discussão de problemáticas a nível educativo, e ainda, numa dinâmica social integradora, são convidados para exposições e festas.

Uma intervenção precoce é até agora a maneira mais eficaz de preparar a família, como também de proporcionar que a criança tire benefício de tal ação, pois “as famílias e não apenas as crianças devem ser legítimos «clientes»” (Dale, 1996, citado por Coutinho, 2004, p. 56). Segundo João dos Santos

“É sabido que os pais, quando vêm falar com um terapeuta sobre problemas que são supostos ser de ordem educativa, projectam sobre nós uma grande agressividade que resulta duma espécie de infantilização por o terapeuta ser em princípio mais competente do que eles na educação dos filhos. É para mim evidente que se eu for muito exigente, intolerante e crítico com um pai ou uma mãe, ele não modificará a sua atitude e continuará a ser intolerante para o filho

mesmo que procure dar-nos a impressão de aceitar os nossos conselhos”  
(Santos, 2007, p. 82).

Assim, a Casa da Praia assume uma “atitude de compreensão sem julgamento” (Casa da Praia, 2016) para com as famílias, o que resulta em intervenções de sucesso.

## 2.6. Pedagogia terapêutica

“A Pedagogia Terapêutica praticada na Casa da Praia é uma modalidade de intervenção multimodal, centrada na criança e na família, em articulação com as estruturas comunitárias” (Casa da Praia, 2016). A instituição assume uma vertente triangular das suas preocupações – criança, família e envolvente comunitária e social – afirmando que

“Neste modelo, a criança é vista numa perspetiva global, em termos do seu funcionamento psicológico e no contexto da dinâmica particular da sua família. A Pedagogia-Terapêutica constitui um meio de intervenção privilegiado junto de crianças pouco estruturadas do ponto de vista do seu mundo interno, muitas vezes relacionadas com disfunções familiares significativas” (Casa da Praia, 2016).

Sendo a Pedagogia Terapêutica “um modelo de intervenção que sintetiza a perspectiva clínica, a compreensão psicológica, a aplicação pedagógica e a educação familiar” (Barros, 1999, p. 104) João dos Santos sempre sublinhou o importante trabalho com as famílias, educadores e outros intervenientes da comunidade (Santos, 2007; Santos, 2015).

A desadaptação escolar e social e um meio familiar desajustado, são características comuns às crianças que frequentam a instituição e os

“problemas emocionais de cada uma são tratados por educadores e professores através de uma pedagogia que é terapêutica porque tem em conta a fase de comunicação em que a criança se encontra e a relação que estabelece com o outro, permitindo-lhe a reconstrução de etapas do desenvolvimento que não foram devidamente experimentadas ou vividas” (Casa da Praia, 2016).

De acordo com a metodologia da Pedagogia Terapêutica, as intervenções especializadas iniciam-se sempre com a observação da criança e uma “avaliação de resultados, utilizando os meios da pedagogia (atividades de livre expressão, oral, gráfica, plástica, corporal, não propriamente para avaliação dos saberes escolares, mas como instrumentos ao dispor da criança do ponto de vista projetivo e do funcionamento mental” (Casa da Praia, 2016; Santos, 2014). Para João dos Santos “cada criança era única. Era na reflexão conjunta sobre cada criança e na reciprocidade relacional com os adultos que com ela intervinham, que se delineavam as linhas de actuação. Não havia receitas, nem certezas” (Beirão, 2013, s/p).

De acordo com Clara Castilho “outra estratégia fundamental na Pedagogia Terapêutica está a intervenção psicomotora” (Castilho, 2013, s/p), de que adiante falaremos.

Após a morte de João dos Santos, a Casa da Praia mantém o trabalho baseado nos seus pensamentos e ideais, difundindo-os, tendo ficado Teresa Ferreira a liderar uma equipa de colegas (Casa da Praia, 2016).

A mensagem de João dos Santos continua sendo valorizada e colocada em prática diariamente, bem interiorizada pelos elementos da equipa (Ferreira, 2002) ou não fosse o modelo da Pedagogia Terapêutica assente numa equipa multidisciplinar.

## 2.7. Psicomotricidade

Pensar em psicomotricidade é relacionar “os movimentos e noções do corpo com os fenómenos dos processos mentais do aluno, juntamente com a alma, espírito e mente” (Peres & Cruz, 2014, p. 136), pois “as funções motoras não podem ser separadas do desenvolvimento intelectual (memória, atenção, raciocínio) nem afectividade (emoções e sentimentos)” (Medeiros, 2011, p. 10). Para João dos Santos, a psicomotricidade “é a vida psíquica expressa em comportamentos” (Branco, 2000, p. 41).

Antes de se licenciar em medicina, João dos Santos foi professor de Educação Física, conjugando mais tarde a Pedopsiquiatria num vasto universo de acção, usando com frequência o termo reeducação para referir a intervenção junto de crianças com perturbações de desenvolvimento (Magalhães, 2013).

A psicomotricidade na Casa da Praia desenvolve-se com os mesmos objetivos da Pedagogia Terapêutica, valorizando distintos meios de expressão e comunicação, com

destaque para o corpo, mas onde se integram o espaço e diferentes materiais (Sampaio, 2012).

A criança com problemas a nível psicomotor é considerada em risco educacional a nível temporário, se esta problemática se solucionar em aula e com exercícios; por outro lado, existem casos em que a proveniência dos problemas tem causas distintas, como paralisia cerebral, défice de mobilidade, síndromes vários, ou seja, que exigem necessidades especiais permanentes (Medeiros, 2011).

A psicomotricidade ajuda crianças com dificuldades a nível da aprendizagem, sendo também utilizada para prevenir eventuais problemáticas futuras. É necessário rastrear os défices de aprendizagem das crianças e conjugá-los com o desenvolvimento psicomotor, para delinear um esquema ou uma linha de intervenção (Medeiros, 2011). O foco da actividade psicomotora vai valorizar a relação psico-afetiva, envolvendo a gestão das questões de identidade (Sampaio, 2012).

A psicomotricidade é um contributo que permite à criança assimilar fatores que lhe permitem ganhar consciência da realidade corporal. Sublinhe-se que diferentes problemáticas, examinadas em diferentes idades, podem ser precocemente evitadas com o recurso a actividades físicas (Medeiros, 2011). “Com o problema da educação física prende-se o da saúde escolar” (Branco, 1999, p. 218)

O desenvolvimento da criança inclui várias vertentes, e neste caso interessa-nos especificamente o desenvolvimento cultural, que emoldura o desenvolvimento psico-afetivo da criança. Podemos encarar esta questão cultural de um ponto de vista piramidal. Nesta pirâmide a base é a cultura da relação precoce onde a criança transforma todos os elementos da relação com os progenitores em pensamentos próprios, sendo este um passo importante para o seu desenvolvimento (Branco, 1999). Se este passo não se processar da forma correta e a criança tiver défices de aquisição, gera-se uma privação e desinvestimento quanto a relações e a criança não adquire o que necessita para uma evolução adequada a nível psico-afetivo. Com estes défices relacionais, a longo prazo a criança não será capaz de interagir e aprender em contexto mais formal, como o exigido pela escola.

Campanudo (2009) menciona vários tipos de aprendizagem que podem constituir dificuldades para as crianças: escolar ou académica, que envolve a aprendizagem simbólica ou verbal, onde se incluem a leitura, a escrita e a matemática; de origem psicossocial ou psicomotora, “de carácter não simbólico ou não verbal, manifestando-se



nas dificuldades em aprender a orientar-se no espaço, a desenhar, em actividades desportivas ou na interacção com os pares” (Campanudo, 2009, p. 2).

Cabe à área da psicomotricidade uma atitude terapêutica de complementar uma falha cultural na criança, algo que não se desenvolveu de forma harmoniosa, como seria esperado.

“A psicomotricidade deve ser aplicada de acordo com a faixa etária a que se destina e tendo em conta as necessidades/potencialidades da criança, respeitando sempre as características individuais de cada uma e o seu grau de maturidade, adotando assim diferentes estratégias” (Monteiro, 2015, p. 45),

e com a família a ter uma função facilitadora proporcionando que a criança apreenda da melhor maneira todos estes processos.

“Até aos sete anos, a educação da criança faz-se pela Psicomotricidade, ... todo o conhecimento e aprendizagem se centra na ação e movimento da criança em relação ao meio envolvente e aos demais que dele fazem parte” (Monteiro, 2015, p. 27)

Num enquadramento de psicomotricidade, distinguem-se dois tipos de crianças na Casa da Praia: as que demonstram a sua expressão motora de forma agitada ou instável e, por outro lado, as que manifestam inibição ou um bloqueio motor.

Segundo João dos Santos o mal-estar das crianças gera uma perturbação que psicologicamente se define como depressão infantil, sendo que as situações de crianças com expressão corporal bloqueadas, eram controladas fortemente pelas figuras parentais. Assim, podemos concluir que independentemente da expressão motora que a criança apresente, mais instável ou bloqueada, reflectem os seus conflitos internos (Santos, 1998).

A criança age sempre consoante aquilo que sente, pois acção e emoção não se podem separar. Estas duas constantes na vida da criança fazem com que a psicomotricidade seja uma grande aliada na ajuda terapêutica e “na Casa da Praia, a psicomotricidade apresenta-se como um meio de intervenção que utiliza o corpo como mediador da relação entre a criança e o técnico” (Murteira, 2014, p. 30).

O ginásio é o espaço de eleição da maior parte das dinâmicas em que a psicomotricidade se apoia, é “um espaço dinâmico que apela ao movimento e à expressão motora sendo considerado por isso um espaço privilegiado para a exteriorização destes conflitos internos” (Murteira, 2014, p. 29).

A nível operacional procura-se perceber, pela expressão corporal e interação com objetos, se a criança se sente em local seguro, o que é essencial para novos progressos na aprendizagem, pois “a leitura do meio ambiente favorece a compreensão do espaço próprio da vida interior” (Santos, 2007, p. 47).

Conclui-se assim que as dinâmicas e a expressão corporal que provoquem um desenvolvimento positivo na criança a nível escolar vão facilitar o seu progresso independente e proporcionar-lhe a aquisição de ferramentas para interagir noutros contextos, como por exemplo, ao nível da aprendizagem escrita.

## 2.8. Problemáticas relevantes e presentes em crianças na Casa da Praia

Tanto as perturbações de ansiedade como as perturbações depressivas são consideradas perturbações mentais comuns. Para Matos (2007, citado por Costa, 2016, p. 29), “a depressão é um estado de tristeza e abatimento relacionado com a perda dos laços afectivos com um objecto de amor e protecção”. São perturbações diagnosticáveis, que variam em magnitude e continuidade, e de acordo com João dos Santos “todos os sintomas que, na criança escolar têm algo que é considerado comportamental, são consequência do seu sofrimento e têm origem ansiogénea ou depressiva” (Santos, 2007, p. 74). Acrescenta ainda o autor que “a nossa escola que designámos por Casa da Praia, adoptou medidas que (...) têm a ver com a competência dos pedagogos e que fazem dela uma instituição maternal e festiva, uma espécie de remédio ou terapia para estas crianças deprimidas” (Santos, 2007, p. 74).

É com este espírito de encarar as problemáticas das crianças e das famílias, e na expectativa de lhes proporcionar apoio que as diferentes dificuldades são encaradas na Casa da Praia.

### 2.8.1. Ansiedade infantil

A ansiedade é vivenciada pelas crianças, que não a reconhecem com a mesma facilidade dos adultos. O reconhecimento do sofrimento próprio e a diferenciação entre o normal e o excessivo pode não ser possível ou de fácil descrição por parte da criança: “A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não” (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000, p. 20).

Os sintomas da ansiedade manifestam-se em largo espectro e se uma criança muito sossegada pode influenciar os pais a não notarem qualquer indício de ansiedade, também acontece que a ansiedade se apresente

“muitas vezes, mascarada por sintomas cardíacos, (dor torácica, palpitações, taquicardia e taquipneia); pulmonares (hiperventilação, dispneia e tosse); gastrointestinais (globo histérico, indigestão, dores abdominais, flatulência, diarreia e obstipação); génito-urinários (frequência urinária, irregularidades menstruais, disfunção sexual); dermatológicos (parestesias, sudação, arrepios e prurido)” (Aires-Conçalves & Coelho, 2005, p. 67).

A ansiedade tem uma maior incidência na presença de certos factores, como um sistema nervoso altamente activado, que gera mudanças a nível genético nos neurotransmissores, como é o caso da serotonina. Frequentemente os pais criam os próprios medos e ansiedades da criança, baseados nos seus próprios medos a certos estímulos, contribuindo inconscientemente para que a criança viva num meio familiar e numa comunidade com várias experiências hostis, daí “a importância da aplicação de métodos de avaliação familiar para um correcto conhecimento da sua dinâmica e para a identificação de problemas” (Santos, Oliveira, Oliveira & Medeiros, 2013, p. 121). Dependendo dos estímulos externos que a criança recebe também vai depender o quadro ansioso da criança. A fobia simples, perturbação de angústia de separação, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de ansiedade social, perturbação de stress pós-traumático e perturbação de pânico são situações que se podem verificar isoladas ou em simultâneo em cada criança (Santos, 2015).

Ligados à perturbação de ansiedade podem estar factores genéticos, de temperamento pessoal ou mesmo de carácter sociofamiliar, como nos casos das famílias desajustadas. Esta perturbação é mais comum no sexo feminino e numa fase da pré-puberdade (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Cada faixa etária é caracterizada por medos correspondentes à vivência que resultam em determinados comportamentos que devem conseguir-se dosear, consoante o contexto. A perturbação da ansiedade nos adultos apresenta uma estimativa de 4-20%, nos adolescentes é de 3-8% e nas crianças é de 1-2% (Crujo & Marques, 2009).

As situações têm de ser avaliadas na medida em que os comportamentos de ansiedade não podem invadir a rotina nem serem desajustados à vida da criança ou adolescente. É importante que se faça uma pesquisa a nível sintomatológico para averiguar sintomas físicos, bem como a sua duração (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Podemos ainda distinguir a fobia social que se caracteriza pelo medo constante de estar exposto a terceiros a um nível social, o que se constata em acções como falar em público ou simplesmente falar com estranhos (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Muito comum ainda é a recusa escolar que pode suceder em momentos de transição a nível de escola e está diretamente relacionada com situações de separação e de ansiedade quanto ao seu desempenho (Couto, Duarte & Delgado, 2008). “A presença de angústia, o desejo imperioso de permanecer em casa e o interesse conservado pela escolaridade constitui uma tríade muito sugestiva de fobia escolar. O quadro clínico inicia-se habitualmente no início do ano escolar ou após as férias escolares” (Marques & Cepêda, 2009, p. 31).

Dentro desta área os transtornos ansiosos mais frequentes são a perturbação de ansiedade por separação e a perturbação de ansiedade generalizada.

#### 2.8.1.1. Perturbação de Ansiedade por Separação

Segundo o DSM-V (APA, 2015) a Perturbação de Ansiedade por Separação pode ser definida como o medo ou a ansiedade desproporcionais que surgem quando a criança se separa da pessoa, ou pessoas, a que está vinculada. Assim, a criança mostra medos excessivos e persistentes antes e na altura da separação, e evita qualquer tentativa de separação. Estes sintomas têm que persistir pelo menos por seis meses e causar um défice social e escolar, não podendo ter ligação a efeitos de toma de qualquer substância.

A perturbação de ansiedade por separação tende a diminuir com a idade. Quando assim não acontece e o apego se mantém, podemos estar diante de uma diferente perturbação (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

#### 2.8.1.2. Perturbação de Ansiedade Generalizada

A Perturbação de Ansiedade Generalizada define-se pelo aparecimento de sintomas como a ansiedade e o medo em excesso, verificando-se uma incapacidade de controlo da preocupação com alguma coisa. De acordo com o DMS-5, nas crianças é requerido apenas um dos seguintes itens para identificar esta perturbação, sendo que deve

manifestar-se com uma duração de pelo menos seis meses, durante os quais ocorram incidências em mais de 50% dos dias:: 1) grande agitação, 2) fadiga, 3) baixo nível de concentração, 4) irritabilidade, 5) tensão muscular e, 6) perturbação do sono.

Este tipo de ansiedade e todo o seu quadro de sintomas, causam mal-estar a nível físico e/ou um défice a nível do comportamento social, ocupacional ou noutras áreas da vida da pessoa, não podendo os sintomas ser atribuídos a efeitos de fármacos nem a outra doença mental (APA, 2015).

A perturbação de ansiedade generalizada é comum, tendo maior incidência na adolescência, e caracteriza-se por uma preocupação a um nível extremo com tudo, indo desde preocupações a nível da pontualidade, a auto competências ou aprovação de terceiros (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

#### 2.8.2. A depressão infantil

*As Recomendações Para a Prática Clínica da Saúde Mental e Infantil nos Cuidados de Saúde Primários* indicam que “muitas das perturbações mais frequentemente observadas em adultos podem ter início durante a infância. A depressão é disso um exemplo, tendo vindo a ser diagnosticada com frequência crescente na infância e na adolescência” (Marques & Cepêda, 2009, p. 21).

Wagner (2003) diz que a “Depressão pode ser definida como um estado de ânimo que se caracteriza opor sentimentos de tristeza, desencanto, miséria ou desespero” (Wagner, 2003, p. 658), a que se aliam desinteresse generalizado, culpabilização e uma diminuição da autoestima (Ferreira, 2002). A depressão transporta “problemas no comportamento da criança, variando desde extrema irritabilidade à obediência excessiva, podendo ocorrer uma instabilidade significativa com relação a esses comportamentos” (Huttel, Kixiner & Bonetti, 2011, p. 16).

O reconhecimento da tristeza não é suficiente para se afirmar que estamos perante uma depressão. São vários os sintomas que podem levar a uma suspeita e à respetiva consulta, como situações de anorexia, instabilidade, gaguez, insucesso escolar ou mesmo queixas somáticas. O diagnóstico é realizado através da observação da relação terapeuta-objeto e respetiva transferência e contratransferência (Ferreira, 2002).

Neste contexto podemos lidar com situações mais intensas, caso do episódio depressivo, (ligeiro, moderado ou grave), em que se verifica um humor depressivo, desinteresse geral e uma diminuição da energia, ou situações menos intensas, como é o caso da distimia, que se define como uma persistência de uma depressão ligeira, com sintomas

mais moderados comparando com o episódio depressivo no que toca à duração e ao número de vezes em que ocorre (Meireles & Cameirão, 2005).

A nível clínico a depressão remete para uma patologia referente ao humor e à sua alteração contínua e persistente, a que se costuma aliar também a anedonia, autculpabilização, variância da autoestima, cansaço constante e baixa concentração, podendo evidenciar facetas crónicas ou agudas dependendo do caso (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

A depressão ocorre em todas as faixas etárias, e manifesta-se de forma distinta em adultos e crianças, tendo a depressão infantil um quadro patológico complexo em função dos vários fatores de risco, sejam individuais, socioculturais ou familiares. A nível da criança, ou do adolescente, é preciso ter em conta fatores genéticos, de autorregulação, cognição da criança/adolescente e dificuldades de adaptação. A nível familiar podem estar interligados com casos de rejeições, agressões ou falhas no que toca aos afetos. Já no que diz respeito a fatores socioculturais a depressão pode acontecer motivada por mudanças de escola, falta de capacidade de aceitar críticas ou dificuldades na socialização (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Segundo Teresa Ferreira (2002), a patologia depressiva é um fator cada vez mais recorrente na nossa sociedade, verificável não só por queixa de familiares como também por meio de observação.

Na maior parte das situações, quando falamos em depressão infantil, verifica-se uma ligação a uma patologia familiar, como sejam pais separados, corte na relação maternal e/ou núcleos depressivos, num ou em ambos os pais (Ferreira, 2002).

Ainda assim, mesmo na presença de todos estes fatores, poderá não se conseguir fazer o diagnóstico de um quadro depressivo, quer em crianças quer em adolescentes. O que dita realmente a gravidade da situação é a persistência da sintomatologia, que aumentará os impactos futuros na vida das pessoas afetadas (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

A depressão ganha certo tipo de carácter consoante a idade da criança e a fase em que se encontra, de acordo com as suas capacidades. Nos bebés uma depressão pode apresentar sintomas como apatia, regularidade na irritabilidade, choro, falta de apetite e insónias: “A depressão na primeira infância está relacionada com frustrações precoces e graves ocorridas no meio familiar e provocadas por roturas qualitativas no investimento maternal, lutos, descompensações depressivas das mães, descontinuidade dos cuidados ou separações reais da mãe” (Ferreira, 2011, p. 82).

Numa idade pré-escolar podemos notar que o fator irritabilidade contínua presente, o sono não é regular e permanece a falta de apetite. Notam-se ainda dificuldades na separação com um adulto e fraca oposição a situações desagradáveis:

“A criança com depressão tem vontade de dormir, mas não consegue, fica preocupada sempre a pensar que o pior vai acontecer. Chora com facilidade e é totalmente dominada pelo pessimismo. Todos estes sintomas são o resultado directo do mau funcionamento da mente devido à falta da energia interna ou da energia psíquica” (Ferreira, 2011, p. 97).

Na idade escolar e na adolescência começa a existir espaço para uma possível conversação acerca de sentimentos de carácter depressivo, mas continua a reinar um sentimento de irritabilidade com picos de baixa concentração e problemas a nível social. Já na adolescência, as preocupações centram-se em aspetos de carácter sexual e alguns sintomas físicos, como a acne ou o peso. Na adolescência mantém-se o sintoma da falta de sono a que se aliam a falta de apetite, anedonia e podem existir pensamentos suicidas (Couto, Duarte & Delgado, 2008; Ferreira, 2011). Santos (2007) chama ainda a atenção para processos de passagem de fases como, por exemplo, uma criança instável ou ansiosa, quando acalma parece que transita para uma fase depressiva; em casos de crianças consideradas bloqueadas, quando se dá o desbloqueio parece que entram numa fase de ansiedade.

Em síntese, podemos definir a depressão infantil como uma anomalia na organização da autoestima, centrando-se em algo negativo do ponto de vista narcísico. Esta desorganização vai resultar numa desorganização do psiquismo (Ferreira, 2002). Assim,

“A depressão seria o último e desesperado modo de preservar as pulsões de amor e a *esperança* de poder amar de novo. Na relação com o objecto, o deprimido funcionaria com um compromisso de amor e de ódio, procurando salvaguardar o objecto da sua agressividade (dirigindo-a para o Eu). Por outro lado, a falha de uma *verdadeira introjecção identificativa* leva a uma introjecção

agressiva, mais ou menos maciça do objecto. Uma parte do Eu fica assim detentora de uma *omnipotência punitiva* sendo a vítima a parte frágil do Eu. Esta é também a parte saudável a que procura sobreviver, identificada pelo sofrimento e pela culpabilidade consciente, (remorso), cuja função seria também a de acalmar a culpabilidade inconsciente” (Ferreira, 1991, p. 69).

É importante a existência de um investimento a nível narcísico para ultrapassar um estado depressivo (Ferreira, 2002).

Todos estes dinamismos, da criança e da família, são transmitidos à equipa da Casa da Praia, resultando numa grande vitalidade projetiva.

#### 2.8.2.1. Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo

Segundo o DSM-V (APA, 2015) o conjunto das perturbações depressivas integra a Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo, que se define por:

- a) Grandes alterações temperamentais e constantes, exibidas verbalmente e/ou por comportamentos que se mostram desproporcionais com as reais situações vividas;
- b) Estas alterações são desproporcionais com o grau de desenvolvimento;
- c) Estas alterações acontecem pelo menos três vezes por semana;
- d) O humor demonstrado entre as alterações a nível temperamental é de carácter irritável durante o dia, sendo observável, na maioria das vezes, por segundas pessoas;
- e) Estes fatores têm que estar presentes por 12 meses ou mais;
- f) Estes fatores têm de ser notados em 2 ou mais contextos;
- g) O diagnóstico não deve ser realizado antes dos seis anos, nem depois dos 18 anos de idade;
- h) Os episódios acima descritos devem ter início antes dos 10 anos de idade;
- i) Os sintomas não podem estar ligados à toma de nenhum tipo de fármaco, ou a outra condição médica ou neurológica.

#### 2.8.2.2. Perturbação Depressiva Major



Também segundo o DSM-V (APA, 2015) a pode definir-se da seguinte maneira:

- a) Presença de 5 ou mais dos fatores indicados por um período consecutivo de 2 semanas
- b) Evidenciar uma alteração do comportamento prévio
- c) Presença obrigatória de um de dois sintomas: i) o humor deprimido, constante na maior parte do dia na maioria dos dias, e ii) diminuição do prazer na maioria das atividades diárias, durante a maioria do tempo, constante em vários dias seguidos;
- d) Perda ou aumento considerável de peso
- e) Insónias ou hipersónias constantes;
- f) Aumento ou atraso notável a nível psicomotor durante vários dias e que seja notado por outras pessoas;
- g) Cansaço ou perda de energia;
- h) Auto desvalorização a nível pessoal a um nível excessivo;
- i) Decréscimo na capacidade de atenção e concentração;
- j) Ideias suicidas recorrentes.

Sublinha-se que os episódios não podem ser atribuídos a tomas de fármacos ou outras causas provenientes de um outro problema médico.

### 2.8.3. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

A Associação Americana de Psiquiatria define a PHDA como uma perturbação do neurodesenvolvimento. É considerada uma perturbação do comportamento da criança e do adolescente (Ramalho, 2010).

Socorremo-nos mais uma vez do DSM-V onde a PHDA é definida com um padrão recorrente, caracterizado pela desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que intervém no desempenho ou evolução e caracteriza-se por dois fatores:

1. Desatenção, na qual têm de estar presentes seis ou mais de uma série de sintomas, os quais têm de se verificar num período de seis meses e têm de interferir desfavoravelmente com o desenvolvimento e com as atividades sociais e escolares;

- a) Falhas constantes a nível de atenção a pormenores e descuidos em tarefas escolares;
  - b) Dificuldade em manter a atenção no desenrolar das tarefas;
  - c) Sensação de que a pessoa não ouve quando se fala diretamente com ela;
  - d) Começa tarefas, mas não as acaba;
  - e) Dificuldade na organização e gestão de tarefas;
  - f) Tendência a evitar tarefas que se sabe serem de atenção contínua;
  - g) Perda de material necessário ou obrigatório para o desempenho da tarefa;
  - h) Distração fácil por estímulos exteriores;
  - i) As atividades diárias são fáceis e recorrentemente esquecidas.
2. Hiperatividade e impulsividade, tendo de verificar-se seis ou mais dos sintomas a seguir descritos, num período de pelo menos seis meses e com impacto negativo na vida quotidiana da pessoa em questão;
- a) Constantemente mexe ou bate as mãos ou os pés e balança o corpo;
  - b) Levanta-se em ocasiões em que é suposto estar sentado;
  - c) Costuma correr e/ou saltar quando não é suposto;
  - d) Incapacidade de se entrosar em atividades tranquilamente;
  - e) Encontra-se constantemente em movimento;
  - f) Fala constantemente;
  - g) Responde antes das perguntas serem terminadas;
  - h) Mostra dificuldade em esperar pela sua vez;
  - i) Interfere constantemente em atividades e dinâmicas alheias.

Reforça-se que, em contexto de PHDA, estes sintomas têm que se mostrar claramente prejudiciais na vida da pessoa em pelo menos dois contextos da sua vida social, sendo que os sintomas relacionados com desatenção ou hiperatividade-impulsividade aparecem antes dos doze anos de idade (Santos, 2015; Almeida, 2016; APA, 2015). Tal como em perturbações referidas anteriormente, os sintomas não podem ser justificados por outra perturbação mental.

As crianças com PHDA definem-se por terem muita resistência a estarem sossegadas, dificuldade a nível da concentração e a pensar antes de atuar. Na sua maioria são inoportunas, demonstram dificuldade em esperar, interrompem constantemente e têm uma grande impulsividade quanto aos outros (Santos, 2015).

“A PHDA tem uma origem multifatorial, cuja matriz neurobiológica exerce um papel fundamental na expressão dos sintomas típicos desta perturbação nos diferentes contextos onde o sujeito está inserido” (Oliveira, Medeiros & Serrano, 2017, p. 45). Apesar de muitas crianças com PHDA terem familiares próximos com a mesma perturbação, existindo um padrão (Baptista, 2010; Roberto, 2013), na sua origem estão causas genéticas, biológicas, como um baixo peso à nascença ou doenças neurológicas e ambientais, como o consumo de tabaco ou de álcool durante a gravidez (Oliveira, Medeiros & Serrano, 2017).

De acordo com o DSM-V a sintomatologia deverá manifestar-se antes dos doze anos, e nem sempre é fácil distinguir os “três subtipos de crianças com PHDA: (1) crianças predominantemente hiperactivas/impulsivas; (2) crianças predominantemente desatentas e (3) crianças com os dois tipos de características anteriores, ou seja, com hiperatividade do tipo combinado” (Fonseca, 1998; p.17 citado por Baptista, 2010, p. 21).

A PHDA com o seu carácter crónico é considerada uma problemática multifatorial, por abranger áreas como a cognição, a vertente social e o nível familiar. Define-se pela grande impulsividade, pouco foco de atenção e exagerada atividade motora, fatores desestabilizadores da vida a nível escolar e nas relações da criança com os outros (Ramalho, 2010).

À imagem de outras perturbações, a PHDA transporta significativos encargos a nível financeiro e social por parte dos pais ou cuidadores (Marques, Marques & Pardilhão, 2009). Esta é uma das perturbações cujo diagnóstico precoce e uma intervenção adequada, que junte as estruturas à volta da pessoa de maneira a articular todos os recursos, vai possibilitar maiores benefícios para o lesado (Marques, Marques & Pardilhão, 2009).

Esta é uma problemática que se pensava acontecer apenas nos primeiros anos de vida, mas embora tenda “a diminuir com o avançar da idade, este tipo de perturbação tem vindo a receber um carácter particularmente crónico” (Miranda-Casas et al., 2000, citado por Ramalho, 2010, p. 316).

Na primeira infância, a maioria dos casos é notada aos 3/4 anos verificando-se grande dificuldade de adaptação a novas situações, criando muitos obstáculos a qualquer alteração no dia-a-dia da criança (Ramalho, 2010).

A segunda infância exige uma maior minúcia de diagnóstico, devendo estar presentes uma grande ansiedade, défice de atenção, e excessiva atividade motora (Ramalho, 2010).

Na escola surge um mais exigente desafio de regras a nível corporal, como por exemplo as crianças manterem-se sentadas muito tempo na carteira. O desempenho a nível escolar na grande parte das vezes é comprometido pelo fato de haver uma falha ao nível cognitivo, de falta de atenção e concentração: “O excesso de televisão tem sido outra das causas que aparece associada à PHDA. Assim, têm surgido alguns estudos que relacionam a televisão com problemas de atenção à entrada para a escolaridade obrigatória e na adolescência” (Baptista, 2010, p. 36). A nível emocional, na relação com familiares, educadores e amigos mostram igualmente um défice de partilha e de interação (Ramalho, 2010).

Constata-se uma falta de investimento sobre o PHDA na vida adulta, embora o DSM-V mencione características específicas para crianças, jovens e adultos. Embora a tendência seja de atenuação com a idade, e podendo melhorar consistentemente com tratamento, os adultos podem continuar com padrões associados a esta perturbação (Ramalho, 2010). O interessante estudo desenvolvido por Baptista (2010) para perceber a percepção dos adultos sobre esta perturbação, revelou que “a generalidade dos adultos interrogados manifesta um conhecimento sobre a perturbação, desfasado da literatura científica” (Baptista, 2010, p. 80), sinal que o investimento em divulgação deve aumentar.

#### 2.8.4. Instabilidade

João dos Santos afirma que “A instabilidade é uma designação que serve aos educadores e, em particular aos professores, para designar crianças que «não param quietas» e que perturbam o bom funcionamento das aulas” (Santos, 2007, p. 69).

As duas formas de reação que menciona, expansiva ou retraída, caracterizam crianças que têm ambientes familiares, respetivamente, ansiogéneos ou fortemente controladores (Santos, 2007; Freitas, 2014). João dos Santos afirma que “fomos levados a concluir que a instabilidade tinha algo a ver ou com a fobia infantil precoce ou com o bloqueio fóbico ou medo de agir: fuga para a frente, fuga para trás” (Santos, 2007, p. 70).

Maria do Carmo Freitas acrescenta ainda que há crianças que “parecem estar em estado permanente de hipervigilância, ansiosas como se o meio pudesse ser, a cada instante, perigoso e inseguro. Nesse caso deve ser procurada a causa nas interações familiares” (Freitas, 2014, p. 274).

A instabilidade é, na verdade, a insegurança da criança a um nível social, por não estar com a mãe ou esta não estar disponível na sua vida. Excluem-se neste ponto casos como atrasos motores ou doenças somáticas (Santos, 2007).

### **3. O estágio na Casa da Praia**

O nosso estágio teve a duração de nove meses, tendo tido início em setembro de 2016. Apesar de ter terminado em junho de 2017, e a pedido da nossa orientadora na Casa da Praia, continuámos até abril de 2018 a acompanhar uma criança nesta instituição, em regime de voluntariado.

#### **3.1. Cronograma**

O cronograma apresentado na Tabela 1 (p. 45) contempla as diferenças tarefas e acções desenvolvidas ao longo dos meses. Informa-se que no mês de fevereiro não se verificou qualquer ação pois o estagiário foi submetido a uma intervenção cirúrgica, tendo informado previamente que estaria ausente.

As atividades descritas e desenvolvidas foram ao encontro dos objetivos propostos e contribuíram na totalidade para a sua concretização. A nossa presença na instituição procurou sempre responder às suas necessidades, num quadro de regras e confiança.

Segue-se a descrição do estágio, com as tarefas executadas, com recurso a apontamentos de autores vários, sempre que se considerar necessário.

#### **3.2. Observação de potenciais crianças para apoio e da entrevista com os pais**

Na sequência da sinalização de uma criança na instituição, é marcada uma observação desta com um educador e, simultaneamente, uma entrevista entre um responsável e os pais, ou os cuidadores diretos.

A criança chega à instituição e é encaminhada para uma sala diferente da dos pais, onde a observação, feita com um educador, e com a assistência e observação do estagiário, começa com dinâmicas que passam pela elaboração de um desenho livre, desenho da família, informações sobre as suas rotinas, informações familiares, sentimentos quanto ao que a rodeia e uma pré-avaliação sobre requisitos apreendidos. A criança é observada e avaliada quanto a funções cognitivas, como o nível da linguagem, nível da escrita, capacidade de cálculo, símbolos e tipos de sonhos.

Já na entrevista com os pais a observação é direcionada pela psicóloga ou pela técnica de acção social. Neste espaço os pais falam sobre a criança, o seu historial, descrevem situações, problemáticas, rotinas, naquele que é o primeiro verdadeiro contato com a instituição.

Os casos das crianças assinaladas e potenciais crianças a ter apoio na instituição são debatidos sempre em reunião multidisciplinar.

Tabela 1 – Cronograma das atividades realizadas no estágio

<b>Atividades</b>	<b>Setembro 2016</b>	<b>Outubro 2016</b>	<b>Novembro 2016</b>	<b>Dezembro 2016</b>	<b>Janeiro 2017</b>	<b>Fevereiro 2017</b>	<b>Março 2017</b>	<b>Abril 2017</b>	<b>Maió 2017</b>	<b>Junho 2017</b>
<b>Grupo Terapêutico</b>										
<b>Acompanhamento Individual</b>										
<b>Avaliações</b>										
<b>Observações</b>										
<b>Acolhimento de crianças</b>										

<b>Psicomotricidade</b>										
<b>Orientação Parental</b>										



### 3.3. Grupo de orientação parental

O papel da família no progresso e desenvolvimento de comportamentos anti-sociais é vital, e pode mesmo ser a própria família a passar inconscientemente certas atitudes aos filhos. São vários os fatores que podem determinar esta problemática, como premissas educativas ineficazes, que resultam em comportamentos de desobediência que, posteriormente, prejudicam a criança a nível escolar; ou a rejeição dos pares, o que poderá em caso extremo terminar numa possível depressão e rejeição total, com potenciais comportamentos de delinquência crónica (Marinho & Caballo, 2002).

No nosso estágio tivemos oportunidade de participar quinzenalmente (com início a 12 de janeiro de 2017) num grupo de acompanhamento parental, para orientação de pais em sentido mais dinâmico e alusivo a boas práticas de educação, consoante as problemáticas dos filhos. São pais de sete crianças, algumas sinalizadas para uma possível entrada na Casa da Praia.

Esta prática divide-se em dois grupos: o dos pais que, juntamente com a psicóloga e os educadores discutem possíveis dinâmicas e debatem hipóteses, e um segundo grupo do qual fazem parte as crianças que estão ao encargo dos estagiários, sendo-lhes permitido desenvolver dinâmicas. Um dos estagiários fica com o grupo dos pais a apoiar a equipa multidisciplinar.

Neste primeiro dia ficámos com o grupo das crianças; começámos com uma dinâmica que visava facilitar a apresentação das crianças entre si, diminuindo a inibição e quebrando algum obstáculo à comunicação interpessoal. Sublinhe-se que algumas crianças já se conheciam, o que facilitou a dinâmica. De seguida foi proposta uma actividade de desenho num papel de mesa, comum a todos, o que se revelou ser uma dinâmica de sucesso em termos do desenho pessoal e grupal. Depois foi lida uma história e interpretada em conjunto. Foi feita uma pausa para lanche. A sessão terminou com uma actividade no ginásio, ligada à psicomotricidade, coordenada por um colega estagiário, pertencente ao curso de motricidade com exercícios adequados ao propósito. Os estagiários de psicologia nesta última actividade serviram em parte como *backup*.

Podemos concluir que, no final desta sessão grupal com as crianças o *feedback* foi positivo por parte destas, demonstrando grande vontade de repetir a sessão neste mesmo grupo.

Planeia-se que na próxima sessão, dentro de quinze dias, iremos estar no grupo dos pais, sendo esta rotatividade benéfica, para que os estagiários passem por ambos os grupos.

### 3.4.Colónia de férias terapêutica

A colónia é uma dinâmica que a Casa da Praia propõe para as crianças no final do ano lectivo, e onde tivemos a oportunidade de participar, concretamente em Colares, concelho de Sintra.

Esta atividade tem a duração média de três a quatro dias e é acompanhada pelos técnicos da Casa da Praia, que dão suporte à colónia, bem como ao projecto de intervenção ao longo do ano lectivo. A colónia é uma experiência inovadora tanto para as crianças como para os pais, pois muitas das crianças experienciam a sua primeira separação dos pais.

Na colónia terapêutica espera-se que as crianças da Casa da Praia, num ambiente menos formal, possam mostrar os seus modelos de referência de convivência, da sua organização diária, vivenciem momentos culturais e de autonomia.

A informalidade da colónia aliada ao fato de se realizar num local diferente, permite verificar o que por vezes queremos ver ao longo do ano e não se consegue, seja pela limitação do espaço da Instituição, seja pelas rotinas estabelecidas no dia-a-dia. A separação dos pais claramente é um factor dominante. Não tanto no início, pois a excitação é muita, mas ao cair da noite, os medos e as ansiedades vêm ao de cima. Também é interessante verificar se os hábitos diários que as crianças afirmaram ter em casa durante o ano lectivo, são realmente verdade.

Outro aspeto positivo da colónia terapêutica é o fato de haver dinâmicas que visam trabalhar os medos e ansiedades e o seu controlo, o que é muito importante nesta idade. Acima de tudo a colónia terapêutica é um ambiente familiar e de boa disposição em que as crianças se superam a si mesmas e se divertem.

### 3.5.Dias festivos

A instituição preza por usar as datas festivas como dinâmicas.

Realçamos a festa no dia de São Martinho, altura em que foi realizado um teatro com todas as turmas, no recreio, em que cada turma recreava a história de S. Martinho.

Posteriormente, no Natal foi feita uma festa com várias dinâmicas feitas pelos diferentes grupos.

Também no Carnaval foi feita uma festa na Casa da Praia, assim como também na Páscoa.

Por fim foi feita uma festa de final de ano letivo. As festas ficam registadas através de reportagens fotográficas, às quais João dos Santos também muito recorria.

### 3.6. Apresentação dos casos clínicos

Das situações que acompanhámos, foram eleitos dois casos clínicos, que se descrevem em seguida: uma reavaliação psicológica da criança X, e um acompanhamento psicológico da criança Z.

#### 3.6.1. Caso clínico X

##### **I-Situação actual**

O X tem 11 anos, vive com a avó materna e o seu companheiro, funcionando este como um verdadeiro avô. X é filho de pai incógnito. A mãe visita-o de vez em quando aos fins-de-semana, assim como o seu companheiro, levando-o a “passear” ao supermercado para compra de alimentos, sendo este o seu contributo para a vida do filho. Como todas as crianças na Casa da Praia, a reunião inicial foi feita à criança e ao parente, neste caso o ‘avô’, separadamente, tendo sido o ‘avô’ a disponibilizar informação neste primeiro contacto.

##### **II-Contexto e anamnese**

Ao acolhimento na Casa da Praia compareceu o companheiro da avó, tendo X recebido educação por ambos. A avó teve dois filhos, a mãe do X e outro filho, rapaz. A mãe do X é prostituta e engravidou deste aos 18 anos, tendo sido expulsa de casa, quando a sua mãe e o companheiro descobriram a situação. O X quando faz 4 meses vai para um lar de freiras com a mãe, onde só estiveram 1 mês, pois os avós iniciaram o processo de pedido de guarda da criança. Depois disto, o X esteve em duas instituições, onde chorava muito, segundo a informação recolhida, e não se dava bem.

Quando entra para a escola, com 6 anos, o X tem sucesso no 1º ano, piora no 2º e reprova no 3º, conseguindo mais tarde passar para o 4º ano, mas com notas deficientes, parecendo ter regredido nos conhecimentos. Do 1º ao 3º ano, o X pertenceu a um grupo que foi passando de ano e tinha um professor que tentava valorizar as suas aprendizagens, sempre na expectativa que este alterasse a sua maneira de ser e se interessasse mais pelas aprendizagens. No 3º ano não transitou, mudou de grupo e foi neste período que começou a ler, embora continue a não se esforçar para realizar

qualquer atividade. Transitou para o 4º ano para não se juntar a um grupo com características muito infantis, que não o iriam ajudar. A professora tem queixas do X pois este distrai-se muito e é muito brincalhão. O ‘avô’ tenta que ele faça os trabalhos de casa mas o X consegue sempre evitá-lo. A avó é analfabeta e não consegue ajudar. Quando se porta mal não o deixam ver televisão e jogar no *tablet*.

Quando X falava na mãe, o ‘avô’ ligava para esta que, como reconhecia o número, não atendia. Ultimamente tem aparecido em alguns fins-de-semana. O ‘avô’ por vezes ameaça o X a dizer que este vai viver com a mãe e a criança reage dizendo que não quer. A avó faz todas as vontades ao neto e desfaz os castigos do ‘avô’. A possibilidade de entrada do X na Casa da Praia preocupou o ‘avô’ pela compra do passe dos transportes públicos, pois em virtude de ambos os avós estarem desempregados, passam por dificuldades económicas.

O X é tratado como uma criança pequena pela avó. O ‘avô’ castiga-o raramente, sem grande necessidade, não deixando o X brincar na rua e permite que este faça o que quer na maior parte das vezes. O ‘avô’ é que faz os trabalhos de casa do X.

Na escola primária, o X tem um comportamento pacífico, tentando que se esqueçam que ele está presente, para não ter que desempenhar actividades, e apenas se evidencia nas aulas de ginástica, nas quais fica muito irrequieto, sempre a rir e a chamar a atenção. Qualquer actividade em que o ‘avô’ esteja presente gosta de se vitimizar levando o ‘avô’ a reagir.

### **Origem do pedido de intervenção**

Com 9 anos e a frequentar o 3º ano letivo, o X foi observado no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia, em novembro de 2015, a pedido da escola primária e da respetiva professora, por apresentar dificuldades graves nas aprendizagens e instabilidade emocional.

### **Primeira observação do X**

Esta primeira observação é feita por uma professora da Casa da Praia, que reuniu com a criança, enquanto o familiar, o seu ‘avô’ neste caso, reuniu com a assistente social.

O X mostra-se tímido quando vem à Casa da Praia para a observação. Sabe o nome completo, a idade e a data de nascimento, mas parece perdido no espaço e no tempo.

Não sabe o nome da escola, sabe onde fica, mas não sabe o nome. Diz nunca ter reprovado. Não sabe a sua morada, mas sabe que é longe da escola e que vai a pé. Não

sabe o que é a Casa da Praia, o que lá se faz, nem quem o mandou. Diz ter dificuldades a tudo, especialmente a ler, a escrever e nos *estudos do meio*, mas não explica de que forma. Afirma que nem sempre se porta bem e que tem apoio de outra professora da escola. Diz ver a mãe por vezes aos fins-de-semana e que vive com os avós. Sabe que tem primos, porque os avós falam neles, mas nunca os viu. Quando a técnica lhe pede para ler o X faz uma leitura sibilada, com muitas hesitações e substituições de fonemas; quando erra não volta atrás para corrigir. Engana-se algumas vezes e faz confusão entre estações do ano, meses e correspondentes dias festivos como o Natal, assim como com os dias da semana e do mês.

O X faz um desenho livre depois de lhe ser pedido, desenhando-se a si e aos seus amigos. Desenha com um traçado firme. Consegue fazer adição e subtração, mas não multiplicação.

Diz que costuma sonhar, mas apenas com coisas boas e que nada o preocupa a não ser o fato de não conseguir estudar, pois precisa porque quer ser polícia.

### **III-Hipótese de diagnóstico**

Nesta avaliação inicial – pedagógica e pedopsiquiátrica – foi considerado que se tratava de uma criança com uma perturbação depressiva devido ao ambiente familiar, à situação com a sua mãe/ausência desta, e com dificuldades escolares globais, que podem ser vistas como um transtorno da aprendizagem a vários níveis e contextos, como a leitura, escrita, pensamento abstrato, aritmética, entre outros.

Considerou-se que o X tinha o perfil para ingressar na Casa da Praia, num grupo de apoio, e possivelmente ter apoio individual a nível terapêutico; considerou-se ainda fazer-se uma avaliação psicológica através da análise e síntese de técnicas complementares de diagnóstico.

### **IV-Primeira Reavaliação**

Esta reavaliação é feita de maneira a observar o desempenho da criança, as suas aptidões e fazer a comparação com o momento da sua entrada. Foi feita pela psicóloga da Casa da Praia logo após a entrada do X nesta instituição.

### **Dados da Avaliação**

A psicóloga usou os seguintes instrumentos de avaliação cognitiva e de personalidade:

•Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III) - instrumento psicométrico, de aplicação pessoal que visa a avaliação da criança entre os 6 e os 16 anos e 11 meses. Os resultados deste teste psicométrico permitem avaliar a qualidade do desempenho da pessoa quanto a uma série de qualidades cognitivos. Compreensão verbal, Organização perceptiva e Velocidade de processamento são avaliadas pela Wisc-III (Wechsler, 2003).

•Matrizes Progressivas de Raven – Forma paralela que permite avaliar o processo fundamental da inteligência, os aspectos lógicos e não-verbais da inteligência. Este teste psicométrico pode também medir capacidades do domínio do raciocínio como pensamentos abstratos, induções, deduções, entre outras (Raven, Court & Raven, 1998).

•O Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth - sendo um teste psicométrico e neuropsicológico é usado para avaliar as capacidades de organização visuo-espacial, planejamento e desenvolvimento de estratégias assim como também a memória (Rey, 1998).

•Teste de Apercepção Temática Infantil - C. A. T. (Animais) tendo uma faceta projetiva-socio-emocional, apresentando uma série de pranchas nas quais o desenvolvimento da história pode ser interpretado de maneira a desenvolver as principais categorias como tema principal, impulsos das personagens, necessidades principais, gerar vários tipos de ambientes, defesas, adequação do superego e inclusão do superego. Também se podem analisar outras questões relativas à criança como nível de dependência da mãe, competição, conflitos com figuras parentais, situações triangulares, conflitos lúdicos e/ou destrutivos, entre outros (Bellak, 1971).

## **RESULTADOS**

### **A – Avaliação Cognitiva**

#### **Matrizes Progressivas de Raven – Forma Paralela**

Relativamente às competências relacionadas com a capacidade de dedução, a um fator de inteligência geral, não relacionado com a escolaridade, o X apresenta um resultado que corresponde ao percentil 30, tendo uma capacidade intelectual média, situando-se no nível médio de grau III- que corresponde ao intervalo de percentil 25-50, indo baixando a sua prestação da primeira para a terceira série. Este resultado corresponde a

um QI de 92. Este resultado é médio baixo no que diz respeito às suas aptidões de percepção, abstração e raciocínio analógico quanto aos seus pares.

### **Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III)**

Na WISC-III, tem um resultado QI global, de 93, percentil 32, nível médio, situado no intervalo 85-102. Apresenta um resultado QI Verbal, de 81, nível limite, percentil 10, situado no intervalo 75 a 90 e um resultado no QI de Realização de 109, nível médio, percentil 72, situando-se no intervalo 99 a 117. Esta diferença de 20 pontos pode-se justificar com o meio envolvente em que a criança cresceu.

Nos sub-testes verbais, o único resultado médio (10) que o X consegue alcançar é na prova de compreensão, o que aponta para alguma adequação social e capacidade de resolver problemas do seu quotidiano.

Nas provas de realização, ressalta uma incapacidade nítida, com resultado muito abaixo do esperado, no sub-teste de código, que indica que o X tem graves dificuldades na gestão de tarefas, sem ter em conta a “associação”. Os resultados superiores em complemento de gravuras em composição de objetos apontam para uma percepção adequada, boa coordenação visuo-motora e antecipação visual das relações de parte e do todo, com capacidade de sínteses de formas concretas visuais.

### **Figura complexa de Rey**

O seu desempenho nesta prova, que está directamente ligada à capacidade de organização perceptiva, revela resultados acima da média para a sua idade, tanto na cópia como na reprodução de memória. Na prova de cópia está num percentil 90 e na memória de 75. Em ambas demonstra boa qualidade e rapidez de execução no que toca à relação entre cópia e memória; visto que se verifica um maior percentil na cópia significa que existe uma dificuldade de memorização que deve ser integrada em conjunto com outros aspetos já analisados, tendo que se considerar em especial a capacidade de atenção e concentração do sujeito. Numa análise mais qualitativa nunca se mostrou frustrado, nem tenso, mas demonstrou claramente mais rapidez a executar o desenho da memória que o da cópia.

## **B – Avaliação Emocional e da Personalidade**

### **CAT Animal**

O X reconheceu os temas iniciais e contou histórias coerentes e organizadas, com princípio, meio e fim. Tentou sempre acabar as histórias o melhor possível (“final feliz”) como por exemplo nas pranchas em que existe um conteúdo de violência ou de confronto, sendo muito defensivo. São histórias de uma criança imatura, não correspondendo à sua idade real. Demonstra algumas capacidades de resolução de conflitos, através de uma grande dose de idealização, negando as dificuldades.

As figuras parentais aparecem como não permissivas, mas sem demonstrarem cuidado explícito. Foi nítida uma atitude defensiva na abordagem à cena primitiva.

Em todas as pranchas aparece a temática da alimentação, de uma forma desadequada, ou correspondendo a problemáticas reais da sua vida, ou remetendo para uma oralidade que deveria estar já mais organizada.

De forma geral, a figura materna aparece representada de forma positiva, como figura alimentadora, mas parecendo por vezes haver uma certa idealização da mãe como cuidadora. A figura paterna é praticamente inexistente.

### **Conclusão da 1ª avaliação**

Pode-se concluir que o X revelou uma capacidade intelectual média para a sua idade, mas com baixos valores nas provas que se relacionam com as aprendizagens escolares formais. É nítida uma falta de estimulação cultural e parece viver fora da realidade, num nicho que lhe não fornece conhecimentos, nem o impulsiona para a vida. É como se nos estivéssemos relacionando com uma criança bem mais nova, parada no seu desenvolvimento, que só quer brincar e não tem aspirações em crescer e fazer algo na vida. As capacidades que ainda revela não são assim postas ao serviço das aprendizagens escolares.

### **V- Início do X na Casa da Praia**

A maior parte das crianças na Casa da Praia dispõe de um grupo de apoio, no qual são inseridas dependendo da sua idade, dificuldades escolares, entre outros fatores. Têm uma professora/técnica por sala e cada grupo de apoio tem uma sala própria. O X acompanhava este grupo de apoio 2 vezes por semana.

Desde o início revelou entusiasmo e adesão à dinâmica de trabalho implementada no grupo de apoio. Mostrou-se uma criança simpática, afável, bastante observador, embora numa primeira fase, com um discurso pouco organizado, com dificuldade em expressar as suas ideias e com um vocabulário muito limitado. Apesar de ter um potencial de base



dentro do esperado para a sua faixa etária, apresentava dificuldades globais na aprendizagem, e um enorme desfasamento em relação ao esperado para a sua idade. Evidenciava alguma imaturidade afetiva, mas estabeleceu uma relação adequada com pares e adultos.

#### **VI-Acompanhamento e diagnóstico**

Na sequência do diagnóstico feito em janeiro de 2016, iniciou apoio pedagógico-terapêutico com a psicóloga da Casa da Praia a nível individual, pois determinou-se que o X iria beneficiar de uma relação só para si, e em grupo, também na Casa da Praia, duas vezes por semana com uma professora, e de uma intervenção regular com os avós, que aderiram de forma positiva.

No ano letivo 2016/2017 o X manteve o apoio pedagógico-terapêutico, na Casa da Praia, duas vezes por semana.

#### **VII-Síntese/Reavaliação na Casa da Praia**

De acordo com as normas da Casa da Praia e para melhor observar a evolução da criança, passado um ano é pedido e proposto em reunião multidisciplinar uma reavaliação.

Ao início o X era muito contido e privado, mas aos poucos começou a manifestar curiosidade por perceber o que se passava em seu redor e em experimentar novas situações, passando muitas vezes de experiências individuais para começar a trabalhar em grupo. A intervenção por parte dos técnicos na Casa da Praia centrou-se no reforço das suas competências, valorizando as conquistas alcançadas. Através de uma relação pedagógico-terapêutica securizante e contentora, procurámos desenvolver e estimular as suas capacidades no plano relacional, da imaginação e do pensamento, de modo a descobrir e apreender o “mundo” à sua volta, a conhecer-se a si próprio e aos outros.

O X foi-se mostrando mais esforçado e interessado, com maior disponibilidade e interesse em participar nas atividades propostas ou que se propunha realizar, de forma a corresponder ao que de si era esperado, com o objetivo de melhorar o seu desempenho escolar.

Ao longo deste ano e meio de intervenção, desde 2015, conseguiu fazer progressos importantes tanto no domínio das relações interpessoais como nas aprendizagens. É uma criança que mantém curiosidade pelo mundo exterior, o que lhe permite explorar, conhecer e investir na aprendizagem.

Com o passar do tempo, foi dando sinais de que se sentia cada vez mais à vontade no grupo, mostrando-se muito mais comunicativo e alegre, sobressaindo até uma faceta de menino com sentido de humor, para além de conciliador e muito disponível para ajudar os outros. Tem uma boa capacidade de compreensão e resolução de problemas, bem como a utilização de estratégias adequadas para os resolver. Começou a apresentar também uma maior capacidade de expressar as suas ideias, opiniões ou escolhas de forma adequada. A relação com a professora sempre foi muito boa, sendo que o X sempre foi respeitador e cooperante. Com os seus pares também se dava muito bem gostando de cooperar e trabalhar em grupo. Em casa, a relação com os avós melhorou, embora o X tenha continuado a desafiar a avó, sendo o ‘avô’ a manter as regras em casa.

Destacamos o seu bom desempenho nas atividades de livre expressão gráfica e plástica, em que revelou um ótimo potencial, e constituiu um reforço bastante positivo para a sua autoestima e confiança.

Relativamente às aprendizagens escolares, demonstrou ter capacidade para refletir acerca das tarefas que realizava, tendo-se registado progressos ao nível da leitura. Na expressão escrita, não obstante as melhorias alcançadas, persistem dificuldades na ortografia, no planeamento e na estruturação dos textos, necessitando de um trabalho sistemático.

Na matemática as maiores dificuldades prendem-se com a resolução de situações problemáticas que envolvem o raciocínio abstrato.

Consideramos que no próximo ano letivo (2017/2018) deve ser dada mais atenção à turma em que venha a ser integrado. Parece-nos importante que na nova escola tenha uma figura de referência, professor tutor, que o ajude neste processo de adaptação ao novo contexto do 2º Ciclo e o reforce nas suas conquistas e competências.

### **VIII - Segunda avaliação**

Foi proposta uma reavaliação psicológica no ano presente do estágio (2016/2017), um ano após a entrada do X na Casa da Praia para complementar a avaliação e constatar realmente quais as mudanças espoletadas desde a sua entrada.

A reavaliação foi feita por mim, estagiário na Casa da Praia sob a orientação da psicóloga da Casa da Praia.

Foram usados os mesmos testes psicométricos que foram utilizados na primeira avaliação pela psicóloga de maneira a conseguir uma comparação teste a teste.

## **Dados da Avaliação**

Foram usados os seguintes instrumentos de avaliação cognitiva e de personalidade como tinham sido usados na 1ª avaliação de maneira a fazer a comparação:

- Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III);
- Matrizes Progressivas de Raven – Forma Paralela;
- Figura Complexa de Rey;
- Teste de Apercepção Temática Infantil - C. A. T. (Animais);

## **COMPORTAMENTO**

O X desde o princípio foi sempre cooperante e tentou responder ao máximo das suas capacidades nunca se deixando ficar para trás ou alegando que não queria mais, mesmo quando o cansaço era visível. De notar que estava sempre a sorrir e contente.

## **RESULTADOS**

### **A – Avaliação Cognitiva**

#### **Matrizes Progressivas de Raven – Forma Paralela**

Relativamente às competências relacionadas com a capacidade de fazer educação de correlatos, a um fator de inteligência geral, não relacionado com a escolaridade, o X apresenta um resultado que corresponde ao percentil 40, situando-se no nível médio, indo baixando a sua prestação da primeira para a terceira série. Este resultado equivale a um QI de 96 o que corresponde a um nível médio.

O X melhorou neste teste, subindo de um percentil 30 para um percentil 40, passando de médio baixo para um nível médio mostrando uma melhoria em aptidões como abstração, raciocínio lógico e percepção.

#### **Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III)**

Na WISC-III, tem um resultado QI de Escala Completa, de 99, percentil 47, nível médio, situado no intervalo 90-108. Apresenta um resultado QI Verbal, de 100, nível limite, percentil 50, situado no intervalo 93 a 107 e um resultado no QI de Realização de 99, nível médio, percentil 47, situando-se no intervalo 90 a 108.

Houve uma melhoria a nível do QI de escala completa passando de 93 para 99. O QI verbal teve uma melhoria subindo de 81 para 100 e quanto ao QI de realização notou-se uma descida de 109 para 99. Passou a estar no nível médio a um nível global mesmo

que tenha tido uma descida no QI de realização nota-se uma estabilidade geral quanto às suas aptidões, o que significa que houve uma melhoria quanto à primeira avaliação.

### **Figura complexa de Rey**

O seu desempenho nesta prova, que implica a capacidade de organização perceptiva, revela resultados acima da média para a sua idade, tanto na cópia como na reprodução de memória. Na prova de cópia está num percentil 90 e na memória de 75.

Estes resultados evidenciam uma capacidade média a nível de aptidões como planeamento, organização e resolução de problemas. Ao nível da cópia representam uma boa capacidade quanto à sua atividade perceptiva e, embora menor, também ao nível da cópia, representam uma boa memória visual, apreensão de dados e uma boa associação.

## **B – Avaliação Emocional e da Personalidade**

### **CAT Animal**

O X conta todas as histórias começando com *era uma vez* e em todas elas podemos encontrar um elemento comum de uma certa infantilidade. Insiste em chamar a todas as personagens nomes infantis e descreve ações constantemente no diminutivo como *dar a sopinha* e *gosta muito do filhinho*.

A maior parte dos conflitos como violência física, verbal e confrontos são ignorados e quando estes são demasiados óbvios muito rapidamente desloca-se para uma passividade extrema, fazendo com que todas as figuras das histórias se reconciliem por vezes forçosamente o que resulta sempre em amizade e harmonia.

A alimentação é um tema recorrente em muitas pranchas, sendo que quem a fornece costuma ser uma figura materna. As figuras paternas representadas nas pranchas são sempre transformadas noutra personagem ou são simplesmente omitidas.

As dinâmicas que resultam entre as figuras nas histórias do X seguem sempre uma linha muito infantilizada para o que seria de esperar para a sua idade.

### **Conclusão da comparação entre as 2 avaliações**

Esta conclusão passa por uma comparação entre a 1ª avaliação (2016) feita ao X na Casa da Praia e a avaliação feita no ano de 2017.

**A nível da Matrizes Progressivas de Raven – Forma Paralela**, o X passou de um percentil 30 para um percentil 40 continuando num nível médio baixando na mesma a prestação da 1ª para a 3ª série. Quanto ao QI subiu de 92 na primeira avaliação para 96 o que corresponde a uma passagem de um nível médio-baixo para um nível médio (Anexo 1, p. 116).

Quanto à **Escala de Inteligência para Crianças de Weschler (WISC-III)** vamos proceder à comparação por sub-teste entre a 1ª avaliação e a 2ª avaliação de maneira a fazer uma análise mais profunda entre os sub-testes que tiveram alterações entre as duas avaliações tanto a nível verbal como a nível de realização. Não se faz a análise dos restantes visto que se verifica o mesmo resultado, não havendo assim mudanças (Anexo 1, pp.95-112).

### **QI Verbal**

Quanto ao QI verbal no sub-teste de informação subiu de 4 para 7 na escala verbal, o que indica um interesse pelo meio envolvente, mas não significa necessariamente eficiência mental e competência, uma vez que se podem adquirir dados isolados sem se ser capaz de os utilizar adequada e efetiva.

Quanto ao QI verbal no teste de semelhanças subiu de 6 para 10, o que significa um melhoramento do pensamento abstrato, uma melhor memória imediata e mesmo compreensão e capacidade de pensamento associativo.

Quanto ao QI verbal no teste de aritmética subiu de 5 para 8, o que significa que houve um aumento da capacidade de raciocínio e exatidão numérica. Houve uma maior concentração e atenção relativamente ao sub-teste passado. A utilização de novos conhecimentos ajudou na elaboração de novos problemas.

Quanto ao QI verbal no teste de vocabulário subiu de 9 para 11, o que poderá significar um aumento da capacidade do léxico, melhor compreensão das palavras e sua definição. É um pensar sobre a informação e a sua organização.

Quanto ao QI verbal no sub-teste de compreensão subiu de 10 para 14, o que significa aquisição de informação prática e capacidade para avaliar e usar a experiência passada e é também sinal de oportunidades culturais e desenvolvimento da consciência ou senso moral.

Quanto ao QI verbal no sub-teste de memória de dígitos subiu de 7 para 9, o que significa que houve um aumento da capacidade de retenção auditiva imediata, de atenção, a concentração ou a resistência à distração.

### **QI de Realização**

Quanto ao QI de realização no sub-teste de código subiu de 5 para 7, o que significa que houve um aumento da velocidade psicomotora, um aumento da coordenação visual e/ou motora, uma melhor compreensão da tarefa juntamente com a habilidade de dominar o papel e o lápis, e um aumento de concentração e atenção relativamente aos testes efetuados anteriormente.

Quanto ao QI de realização no sub-teste de labirintos teve 13 e, estando acima da média, consideramos que a criança apresenta um bom nível de controlo visual-motor e velocidade quando combinados com precisão.

Claramente o X nos testes desta segunda avaliação, consegue resultados muito mais harmónicos que na primeira avaliação em que apresentou um grande desfasamento entre os sub-testes.

### **Figura complexa de Rey**

Quanto à Figura complexa de Rey podemos concluir que o X mantém os resultados e capacidades verificados na 1ª avaliação feita na Casa da Praia, realizada pela Psicóloga, ou seja, o seu desempenho nesta prova continua a implicar a capacidade de organização perceptiva, e esta revela resultados acima da média para a sua idade, tanto na cópia como na reprodução de memória. Na prova de cópia está num percentil 90 e na memória de 75. Visto que o percentil da cópia é maior que o percentil da memória significa que poderão estar a ser significativos fatores como a concentração e a sua competência quanto à atenção durante a aplicação do teste. Também significa a existência de uma dificuldade na memorização (Anexo 1, p. 117).

### **C.A.T. Animal**

O X tem necessidade de reparar situações de conflito, anulando-o, como se pode ver na prancha 2 (Anexo 1, p. 113) em que existe uma clara oposição representada pelo jogo da corda, e na prancha 7 (Anexo 1, p. 114) em que existe um claro conflito entre o tigre e o macaco; em ambas as pranchas o conflito é anulado, acabando as histórias com finais felizes, mas nem sempre muito realistas. Mostra um sentimento de desproteção

em algumas pranchas. Continua a verificar-se uma fuga a situações que remetem à cena primitiva e à triangulação que poderá estar ligado ao fato da triangulação existente em casa não inserir a mãe. O fato de viver com os avós poderá também significar que o X é visto como um neto e não um filho, o que muda a sua participação no meio familiar e visto que a presença parental é colmatada pelo companheiro da avó, o X pode não ter adquirido as competências necessárias para esta participação na triangulação, como opinião própria, o ser autónomo e ter pontos de vista válidos para várias situações. O X mostra capacidade para com as aprendizagens e dinâmicas em que é inserido, mas nota-se uma clara falta de estimulação cultural, devida ao meio social onde vive e cujo meio familiar não é capaz de colmatar (Anexo 1, pp. 113-115).

### **IX-Comentário do caso do X**

Por várias vezes foram feitas tentativas para entrar em contato com a mãe do X, mas nenhum destes pedidos foi atendido, não se vendo interesse na colaboração, e concluindo que o papel de encarregado de educação do X claramente está entregue ao ‘avô’.

Concluimos que se confirma o diagnóstico feito previamente na reunião multidisciplinar de perturbação depressiva, devido à associação a aspetos biopsicossociais que, na sua maioria, estão presentes no X, como a ausência de autoconfiança, a baixa autoestima, mas nenhum acontecimento que tenha colocado o seu bem-estar em risco. O X também apresentava sintomas como solidão, brincava muito sozinho, era pouco comunicativo, existia uma alternância de atitude quanto à escola e fisionomia triste. Um sinal de ocorrência anormal na vida da criança afetada a nível cultural, familiar ou escolar, no caso do X parece ser o fato da mãe não estar presente, e ter a relação distante que tem com o X; sobre este assunto João dos Santos afirma: “A psicologia mostrou que na base da vida mental do homem existe uma relação de simbiose entre mãe e filho e que a falta de uma relação favorável entre ambos conduz à doença mental precoce ou tardia” (Santos, 1964, citado por Branco, 2013, p. 108) e acrescenta que “a separação de uma criança pequena de sua mãe origina um atraso físico e intelectual” (Santos, 1982, citado por Branco, 2013, p. 156). O fato da mãe ser prostituta também pode ser um fato que o X evita encarar para não ter que lidar com ele psicologicamente, sendo-lhe mais fácil evitar a situação. Já as dificuldades escolares globais podem ser demonstradas pelas suas dificuldades a todas as disciplinas e áreas na escola, até ao momento. Esta perturbação da aprendizagem (APA, 2015, p. 36), seja na leitura, na escrita ou na

abstração de pensamento, parece estar num processo de redução desde que entrou para a Casa da Praia, o que demonstra que é um processo reversível.

Devido à situação familiar e falta de apoio no acompanhamento escolar em casa, prevêem-se dificuldades no desenrolar das aprendizagens formais do novo ciclo que o X vai integrar. A ajuda a nível familiar teve êxito por um lado, na medida em que houve regras e premissas que foram apreendidas pelos avós para por em prática em casa com a criança, como cumprir horários a estabelecer na rotina diária as atividades para desenvolver aspetos autónomos do X, mas, por outro lado, o analfabetismo da avó e os reduzidos estudos do ‘avô’, não contribuem no domínio da ajuda familiar, para um progresso a nível escolar: “nos meios socioeconómicos menos desfavorecidos as aprendizagens básicas, sobretudo a linguagem, estão revestidas de características que pouco vão fomentar as aprendizagens escolares” (Casas, 1994, citado por Cruz, 2009, p. 78). Sprinthall & Sprinthall afirmam ainda que “o modelo intelectual de cada criança é função dos níveis intelectuais de todos os outros membros da família” (Sprinthall & Sprinthall, 2007, p. 443). Apesar de tudo, o ‘avô’ ajuda o X em tudo o que pode e sabe, como por exemplo partilhar com o X os seus conhecimentos em plantas e hortas, saberes que o X gosta, desenvolvendo interesse pela área.

Este desnível poderá ser compensado se a escola encontrar recursos para apoio. Os estudos apontam que, de fato, a falta de estimulação precoce e constante proporcionada em casa, em ambiente familiar, modela a criança quanto a fatores de desenvolvimento (Lucca, 2006; Santos, 2007; Rodrigues & Gabbard, 2008; Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Por outro lado, a pertença a um grupo socioeconómico baixo tem relação com a pouca oportunidade de experiências socioculturais (Santos, 2007; Rodrigues & Gabbard, 2008, p. 152).

### **Proposta de continuação**

É feita uma proposta de continuação do trabalho até aqui feito por mim com o X, de maneira a dar continuidade à sua evolução e crescimento pessoal, visto que continua sem apoio e suporte no seio familiar, tanto pessoal, como académico. Não só um apoio pessoal como também de grupo, pois o fator grupal será essencial para o desenvolvimento do X. O X precisa de continuar a ser estimulado psicologicamente de maneira a desenvolver estratégias pessoais e de grupo, bem como várias outras competências necessárias no seu dia-a-dia, e em termos de futuro pois, possivelmente, vai integrar outras turmas nos anos seguintes. Considera-se que o X tem capacidades



suficientes e pode ter um bom desempenho em todas as tarefas se assim for direcionado e apoiado.

Quanto às áreas a seguir, uma das hipóteses a considerar é que tenham um grande componente técnico, e não tanto teórico, como por exemplo seguir uma área ligada ao conhecimento do 'avô', pelo qual o X manifesta interesse.

### 3.6.2. Caso clínico Z

#### **I- Apresentação de Z e a sua situação atual**

A Z tem 10 anos e vive com o pai, a madrasta, os avós e o filho da madrasta, este alternando durante a semana.

A Z frequenta o 4º ano de uma escola em Lisboa.

#### **II- Origem do pedido**

O pedido foi feito pela professora da Z depois de consecutivas reuniões com o pai, o qual mostra grande preocupação com o desempenho escolar da filha e realça o facto de estar pouco comunicativa. O pai diz ainda que esta fase pode estar a ser desencadeada devido a perturbações que a Z passou com a mãe, que poderão ter resultado em dificuldades de aprendizagem.

Por parte da escola é indicada a Casa da Praia ao pai da Z.

O pai da Z é atendido sem marcação na Casa da Praia. Pede ajuda para a filha, explicando que estava a viver uma situação muito complicada com a mãe. Queria saber como poderia fazer chegar o pedido de admissão da filha, é-lhe explicado e fica a aguardar. O pai é recebido no dia 9 de maio. Vem com muita vontade de se expor, interrompendo-se consecutivamente para conseguir ordenar as ideias. Mostra-se adequado e atencioso, preocupa-se com a rapidez do discurso mas não se contém. Percebe-se que necessita de um fio condutor e opta-se por não o interromper. Esteve uma hora e meia a contar a história de vida da filha, a partir dos 3 anos de vida.

O pai acompanha Z no dia em que esta vem pela primeira vez à Casa da Praia; seguem a professora até à sala de observação sem qualquer dificuldade. A criança mostra-se simpática, calma e serena. Sabe o seu nome, idade e data de nascimento. Sabe também o nome da escola. Diz que na escola o português e a matemática são as disciplinas mais difíceis. Diz ter sido a professora e a família a pedir ajuda e refere que precisa dessa ajuda não só na escola. No desenho livre demora algum tempo e investe na folha inteira. Quando se lhe pede para fazer a história do desenho adere de imediato. Escreve espontaneamente sem a professora lhe pedir. No desenho da família começa pelo pai, e depois passa para mãe, e depois para o irmão. Conta as dinâmicas familiares entre a família e tem noção destas.

Tem um nível de linguagem adequado à sua idade. Na leitura, evidencia conseguir ler o que escreve, escrevendo como forma natural da expressão do seu pensamento. Consegue fazer cálculo mental, compreende e resolve o exercício. Sabe os dias da semana e os meses, recorrendo à mecanização sequencial. Tem uma expressão gráfica muito investida. Tenta preencher o vazio.

É muito simpática e colaborante, demonstrando muita necessidade de falar. Primeiro de forma mais reservada e depois ganhando confiança, estabelece uma boa relação.

### **III-Anamnese**

A Z nasceu de um parto sem qualquer tipo de problema, nunca foi relatado por parte dos familiares nenhum tipo de anomalia quanto a questões de alimentação, sono, a nível físico entre outros. A Z começou a falar por volta do primeiro ano de idade.

Os pais separaram-se quando tinha 3 anos de idade. Após a separação com o pai, a mãe arranjou um companheiro, que maltratava a Z. A Z vivia com a mãe, o padrasto e o irmão mais novo até ao momento em que mudou de escola para o grupo em que está agora. Tendo em conta que a mãe sofre de uma grande instabilidade psíquica, sofrendo de um distúrbio do foro psicológico, e era vítima de episódios de violência por parte do companheiro, aos quais a Z assistia, a mãe da Z pediu ao pai para ficar com esta, passando a criança a viver com o pai para garantir melhores condições emocionais.

A Z vive desde os 6 anos com o pai e com os avós paternos. Aos fins-de-semana vai com o pai e a sua companheira para uma casa que o pai tem.

Segundo o pai, a mãe da Z começou um relacionamento 2 meses depois de se separarem. A mãe vai a consultas de psiquiatria e o companheiro é alcoólico; mudam de casa várias vezes devido à instabilidade de ambos.

A mãe teve mais tarde um filho do companheiro, irmão da Z, atualmente com 3 anos, que vive com os pais do companheiro da mãe. A mãe mantém contacto com a Z apesar da sua situação atual, o que ainda interfere na forma como se relacionam.

A Z é uma menina simpática com quem é fácil estabelecer ligação. Tentou sempre corresponder e agradar, mostrando-se disponível para as tarefas que lhe eram propostas, mesmo quando já era visível algum cansaço.

A nível escolar, a Z teve uma integração muito lenta na turma em que foi inserida. Chorava ao chegar à sala e não comunicava com a professora nem com os colegas. Pouco se manifestava. Aos poucos alargou o seu grupo de amigas, mas não se notava espontaneidade; mantinha-se muito calada e hesitava muito a responder à professora.

Neste ano letivo a professora diz que a Z está mais comunicativa apesar da sua falta de autoconfiança ser notória. Em termos de aprendizagem mostra-se pouco autônoma para compreender e aplicar novos conhecimentos necessitando de bastante prática.

Em português comete muitos erros a nível de ortografia, é muito confusa na exposição de ideias e tem muita dificuldade em interpretar enunciados.

Em matemática a sua capacidade de raciocínio e lógica, de análise de dados e de resolução de situações problemáticas é insuficiente.

A professora acha que a Z deveria aumentar a sua autoconfiança e capacidade de expressão, o que seria uma grande ajuda para o seu desempenho escolar. O pai mostrou-se disponível incentivando este encaminhamento.

#### **IV-Diagnóstico provisório**

Na reunião multidisciplinar em que estiveram presentes a professora da Z, representando a sua escola, a psicóloga, o pedopsiquiatra e outros técnicos da Casa da Praia para a avaliação do caso, chegou-se à conclusão de que a Z ainda não integrou a separação dos pais, tem um fundo depressivo com defesas significativas pela idealização e mania. Manifesta uma organização depressiva (núcleo fálico/edipiano predominantes). Presença extrema a propósito da figura materna na tentativa de animar/reparar.

#### **V-Avaliação da Z por parte da psicóloga**

Efetou-se uma avaliação psicológica por parte da psicóloga da Casa da Praia, que decorreu em três sessões, nas quais foram utilizados instrumentos de avaliação cognitiva e de personalidade como a WISC-III - Escala de Inteligência para Crianças de Wechsler, Matrizes Progressivas de Raven, a Figura de Rey e o C.A.T. - Teste de Aperceção Temática Infantil. Todos estes testes foram realizados por um técnico na Casa da Praia.

Visando um enquadramento do caso quanto aos testes aplicados à Z quando entrou para a instituição apresentam-se os resultados obtidos pela psicóloga.

Quanto à avaliação cognitiva foram aplicadas as Matrizes Progressivas de Raven, tendo-se concluído que relativamente às competências relacionadas com um fator de inteligência geral, com a capacidade de fazer educação de correlatos, não relacionado com

a escolaridade. Z apresentou um resultado que corresponde ao percentil 70, resultado que se situa num nível médio, baixando a sua prestação da primeira para a terceira série.

Quanto à Escala de Inteligência para Crianças de Wechsler (WISC-III) a Z tem um resultado de QI de Escala Completa de 77, percentil 6, situado no intervalo 71 a 88, o que corresponde a um nível inferior. Apresenta um resultado de QI verbal de 77, percentil 6, situado no intervalo de 71 a 89, nível inferior, e um resultado de QI de realização de 82, percentil 6, situando-se no intervalo 75 a 93, nível médio inferior.

Nos sub-testes da WISC-III, a Z tem como pontos fracos a parte verbal, os sub-testes de Semelhanças e Compreensão, testes que remetem para a capacidade de generalização e de pensamento categórico, para a adaptação social e integração das normas parentais e sociais. Os sub-testes Vocabulário e Informação, que remetem para a adaptação escolar, também estão abaixo da média, podendo os resultados baixos estar relacionados com irregularidade no percurso escolar e com dificuldades em operações precisas.

Na parte da realização o seu resultado mais elevado é na prova de Composição de Objectos, que remete respectivamente para a estruturação espacial, capacidade de distinguir o essencial do acessório e de estabelecer relações parte-todo, de forma conjunta para uma boa capacidade de organização perceptiva.

Quanto à Figura Complexa de Rey o seu desempenho nesta prova, que implica a capacidade de organização perceptiva, revela resultados abaixo do esperado para a sua idade, sobretudo na cópia. Revela melhores resultados em memória, o que é um bom prognóstico no que diz respeito às aprendizagens.

Quanto a testes que incidem sobre a Avaliação Emocional e da Personalidade aplicou-se um Teste de Apercepção Infantil (CAT-A) em que a Z identificou os conteúdos manifestos, descrevendo histórias relativamente longas, com diálogos, bom vocabulário e um certo humor. No entanto, o aparecimento de desastres que vão acontecendo às personagens, se bem que apresentados de forma bem-humorada, acaba por transmitir alguma angústia. A introdução de figuras extra, numa grande teatralidade, aponta no mesmo sentido. É evidente a dificuldade em perceber as relações entre os adultos, saber quem cuida de quem e com quem os mais novos podem contar.

Esta série de testes foi aplicada na entrada da Z na instituição, tendo-se concluído que é uma criança afetuosa com bom relacionamento com adultos e seus pares, o que a pode beneficiar em termos de um meio envolvente com mais estimulação cultural.

Pode-se constatar também que a Z possui capacidades de base para aprender. No entanto, as suas inquietações afetivas sobrepõem-se e começam a interferir com a sua capacidade para se concentrar nas tarefas escolares.

Deverão ser tidos em conta a sua dificuldade de concentração, a ansiedade perante situações de avaliação e possibilidade de emergência dos fatores emocionais que apresenta e poderão, a todo o momento, vir a interferir com o seu funcionamento.

Esta avaliação foi feita pela psicóloga da instituição e serve para enquadrar o acompanhamento que será realizado por nós.

#### **VI-Diagnóstico definitivo**

Numa reunião multidisciplinar concluiu-se que o diagnóstico provisório se mantinha, a Z tem um fundo depressivo com defesas significativas pela idealização e mania com a presença extrema a propósito da figura materna na tentativa de animar/reparar.

#### **VII-Acompanhamento feito pelo estagiário**

Depois da avaliação e da discussão em reunião clínica com a escola e a equipa multidisciplinar da Casa da Praia decidiu-se que a Z poderia começar com apoio psicológico.

#### **Objetivos do acompanhamento**

Tendo em conta o diagnóstico e os testes aplicados à Z, o acompanhamento foi sugerido visando fazer aumentar a sua autoestima, a segurança em si própria, melhorar a relação com segundos, tanto na escola como na casa da praia, compreender mais profundamente as fragilidades da mãe, elemento crucial na vida da Z, antecipando que esta relação poderá não ser igual ao que a criança imagina no futuro. Nenhum destes temas foi abordado verbalmente pela Z, tendo-os apenas expressado por desenhos, tendo em conta o setting em que era feito o acompanhamento, como também por estar com uma pessoa e não em grupo.

O apoio psicológico foi feito a partir de dia 13/01/2017 durante uma hora, todas as sextas-feiras da parte da tarde, tendo sido usadas várias técnicas como o desenho, o brincar, o jogo, a leitura de textos e o simples diálogo.

## **VIII- Intervenção Terapêutica**

### **Sessão 1 - Data 13/01/2017**

A primeira sessão com realizou-se numa sala preparada para o efeito e a Z apresentou-se bem-disposta e alegre, muito comunicativa. Expliquei que era um ambiente seguro e que estava à vontade para dizer o que quisesse e não era obrigada a nada. Disse que nos reuniríamos uma vez por semana para fazer uma série de atividades e que tudo o que estava na sala poderia ser usado como atividade se ela quisesse. Senta-se onde prefere e de seguida sento-me eu. Começamos por falar sobre o que vamos fazer naquele horário, naquele dia, todas as semanas a partir daqui. Explico os termos de confidencialidade e as especificações do *setting* consoante os planos da sessão.

Começamos por falar sobre o dia e como tem corrido até ali; de seguida a Z pergunta se pode fazer um desenho e entrego-lhe uma folha em branco juntamente com lápis e canetas. Demora cerca de 10 minutos a realizar o desenho e em seguida, quando acaba, pergunto-lhe se podemos fazer em conjunto uma composição em forma descritiva do desenho em que eu “empresto a minha mão” para escrever por ela para ser um raciocínio mais fluído (Anexo 2, p. 109).

O desenho foi feito rapidamente e a Z foi muito explícita sobre o seu conteúdo, falando sobre a temática sem se conter, descrevendo-a como se fosse uma história:

*Era uma vez, ela, o seu irmão e a sua mãe e certo dia a sua mãe foi algumas vezes ao hospital, por isso, decidiu ir a uma clínica para ficar melhor e não ir para o hospital. E ela foi para a clínica e eu e o meu irmão ficámos separados mas às vezes ele ia à minha casa. A minha mãe está na clínica até outubro de 2017. Eu quero que ela fique melhor para ter forças para ficar connosco. A minha mãe recebe visitas ao domingo e vêm as minhas tias e a minha avó à clínica. Eu e o meu mano também. As médicas vêm sempre às quartas-feiras à clínica em [cidade em que reside]. A clínica é uma quinta, mas parece que quase não é porque parece um jardim enorme e não há animais. Eu e o meu mano brincamos numa sala no outro lado da clínica que tem brinquedos e agora tenho que esperar que a minha mãe fique melhor e saia da clínica.*

A Z apresenta ideias concisas e concretas sobre o seu desenho, não hesitando em parte alguma.

De seguida passamos para a leitura de um livro escolhido por ela chamado *Quero ir para minha casa*, que representa a história de uma menina que muda de casa e constantemente diz à mãe que quer voltar para a antiga casa. A leitura do livro foi uma saída a um travão emocional na sessão e tentámos usar a história como auxiliar de fluxo na sessão. A moral da história pretende transmitir que o importante é com quem estamos na casa e não a casa em questão. A Z não parece ter feito nenhuma projeção sua relativamente à história, fazendo comentários simplesmente por compaixão pela personagem do livro.

A sessão acabou depois desta atividade, e quando dizemos à Z que para a semana temos mais uma sessão, esta sai e volta para a sua sala.

A Z mostrou-se muito projetiva quanto às suas ideias e pensamentos na dinâmica do desenho livre e na respetiva interpretação no que diz respeito à sua família e às visitas à mãe. O caminho a ser seguido neste acompanhamento talvez passe por dinâmicas mais escritas e visuais do que dinâmicas comunicacionais a nível verbal pois parece que a Z adere com mais facilidade.

## **Sessão 2 - Data 20/01/2017**

A Z chega bem-disposta, a sorrir e senta-se logo à mesa. Diz que estava a fazer um projeto na sala e vem feliz com isso. Diz não querer falar de nada em especial e não se lembra o que fez durante a semana que passou. Vê a casa de bonecas e diz querer contar uma história. Diz que o título é *A Princesinha Z*, e que se desenvolve da seguinte forma: *Era uma vez uma princesa que brincava na sala. Os pais estavam a descansar. Entretanto um senhor bate a porta. A empregada/madrasta abre a porta e é um homem que queria convidar a família para um baile e de seguida iam para um parque aquático. O baile iria ser num castelo de um príncipe que iria escolher uma princesa. A mãe foi dizer à princesa Z o que aconteceu e esta ficou muito contente e foi-se arranjar. Pôs totós, penteou-se, pôs maquilhagem e calçou-se. Os pais também se arranjaram.*

*A madrasta/empregada foi ver a Z e disse que esta já devia de estar pronta.*

*Chegaram ao baile e estava lá a família toda da mãe da princesa Z.*

*Cumprimentaram-se e todos ouviram o que o príncipe tinha para dizer.*



*O príncipe escolheu a irmã da mãe da princesinha que deixou o outro e ficou com o príncipe.*

*Depois foram para o parque aquático. Convidaram a irmã da mãe da Z para ir também para o Algarve.*

*De manhã foram para o Algarve mas depois “a minha mãe” ficou grávida. A minha mãe teve um filho e pediu à médica para ter o bebé e era uma menina. Foram todos para casa e vi o bebé e dei um abraço e a mãe disse cuidado.*

A Z a contar a história, engana-se constantemente e refere-se à madrasta como empregada da sua família. O Algarve representa o ideal de férias de verão para a Z mesmo que toda a história seja claramente uma projeção da sua família.

Enquanto conta a história a Z está sempre tranquila e aparentemente feliz ao contá-la, até que diz que não quer contar mais a história. Neste momento parece cansada da história que estava a contar.

Nesta sessão a Z estava cooperante e contente com as dinâmicas feitas. Foi muito projetiva na dinâmica desempenhada e claramente determinou os elementos da família como os vê na dinâmica. Existe uma insistência em remeter a madrasta ao lugar de empregada.

### **Sessão 3 - Data 17/02/2017**

A Z chega à sala bem-disposta e sorridente. Diz ter estado na sua sala a escrever um texto. Diz ter ido passear com a madrasta e com o pai, mostrando contentamento ao afirmá-lo. Diz querer continuar a história da última sessão.

*Quando foram para o Algarve levaram uma vaca. Foram de carruagem. Quando chegaram era uma grande casa com um grande jardim para a vaca. Também foram os primos. O Pai costumava estar com a bebé. Aqui a vaca substitui o cão pois não havia o boneco correspondente. Os primos queriam brincar com a vaca.*

Faz uma pausa e diz ter sonhado com a Maria Sangrenta, história que uma amiga lhe contou. Esta mudança de tema, num aparte, deriva do rumo que a história que estava a contar estava a tomar.

Volta à história.

*Foram todos para a cama. Tanto a bebé com a princesinha dormiam cada uma na sua cama e a madrasta/empregada dormia no chão.*

Quando pergunto porque está sempre a enganar-se no nome, Z diz que a madrasta e a empregada são quase iguais.

*Ouve uma operação, aos 5-6 anos ao nariz e aos ouvidos da bebé.*

*De manhã a empregada vestiu-se e acordou os avós. Os avós meteram totós à princesinha. O cão também ia ao parque aquático [encontrou um cão e substituiu a vaca]. A empregada portou-se bem e pode ir ao parque aquático. Foram tomar o pequeno-almoço. Tomam o pequeno-almoço todos juntos preparado pela empregada. Foram todos ao parque aquático menos os avós. No parque aquático quando a princesinha fazia alguma coisa de errado a mãe ralhava com ela e quando a princesinha se magoava ou sangrava também era a mãe que a ajudava.*

Interrompe a história e diz que apesar de se darem bem e se divertirem muito, queria que o filho da madrasta fosse uma menina, o que mostra um desejo de mais cumplicidade por parte do filho da madrasta.

Acaba a história dizendo que *quando a mãe não vê os avós é que ralham.*

A Z passou a sessão sempre bem-disposta e simpática. Na continuação da história a dinâmica familiar pareceu continuar igual. Desvia o rumo da sessão para falar de outros dois assuntos trazidos pelo contexto da história, o medo e o filho da madrasta, sendo que este não entrava na história.

Sublinhe-se que continua a trocar as palavras madrasta e empregada.

#### **Sessão 4 - Data 24/02/2017**

A Z chega apreensiva e diz ter tido uma briga no recreio porque estavam a gozar com ela. Esta potencial situação de *bullying* ocorreu porque as outras crianças gozaram com o nome da mãe e a Z levou a mal e ficou chateada.

Diz ter estado a trabalhar num projeto mas não quer adiantar.

Diz ter estado com a mãe no fim-de-semana, tendo ido à clínica. Costuma brincar com a mãe às bonecas na clínica. Diz que o pai e mãe combinam as suas visitas à mãe na clínica, e que vai sempre ao domingo. O pai vai levá-la à clínica e depois costuma estar com a mãe no momento de ir buscar a Z. A mãe diz-lhe que está melhor.

A Z conta uma situação em que o pai a chamou e ela o contrariou. Quer falar da mãe, mas logo de seguida fica receosa. Ao longo da sessão refere muitas vezes o namorado

da mãe e episódios que aconteceram de tentativas de suicídio por parte da mãe e como ela e o namorado da mãe a tentavam dissuadir da ideia.

A Z faz uma hierarquia dos namorados da mãe e da namorada do pai consoante gosta mais ou menos. O próprio pai, segundo esta, pergunta-lhe constantemente de quem gosta mais, se da sua companheira ou dos namorados da mãe.

A Z conta todas estas situações com naturalidade. Poderá ser do à vontade que já tem com a temática ou da confiança que sente naquele espaço. Parece mais receptiva ao fato do pai ser rígido com ela.

Todas estas informação são dadas enquanto continua a história das sessões anteriores.

Nesta sessão a Z estava um pouco mais apagada que nas sessões anteriores, para o que talvez tenha contribuído o episódio do recreio, que talvez também tenha ajudado no rumo que a sessão teve, plena de temas cruciais do seu quotidiano.

#### **Sessão 5 – Data 03/03/2017**

A Z chega à sala bem-disposta e diz ter trabalhado bem durante o dia até ao momento. Diz que não se lembra de nada da semana que passou nem do fim-de-semana anterior. Diz querer fazer um desenho e divide a folha em dois como se vê no desenho 2 (Anexo 2, p. 109), separando o que mais gosta de fazer e o que gosta menos. Diz que o que mais gosta de fazer é brincar com os amigos e o que gosta menos é que lhe batam no recreio. Pergunto se costumam bater-lhe no recreio e diz que é só às vezes e por duas razões: ou são rapazes que gozam com ela e com as amigas, ou são as amigas que gozam com o nome da mãe.

O fato de a Z todas as semanas dizer que não se lembrava do que fez durante a semana e no fim-de-semana que passou, parece indicar que não se quer lembrar do que aconteceu; a situação é recorrente. Ao falar da escola a Z dá a entender que não se vitimiza e que responde às provocações dos colegas na escola.

Nesta sessão a Z estava bem-disposta e com a dinâmica do desenho conseguimos chegar à temática da violência na escola, um dos fatores dos quais existem queixas. A Z falou abertamente sobre as causas da violência na escola, provocadas por ela ou não.

#### **Sessão 6 – Data 17/03/2017**

A Z chega bem-disposta e muito simpática. Vem a rir muito e diz estar muito feliz pois está a fazer um projeto em sala sobre o seu animal favorito e esteve a fazer pesquisa de imagens. Mais uma vez diz que não se lembra do que aconteceu durante a semana que passou e tenta dispersar do assunto. Insisto para que se lembrar, mas muda de assunto e pergunta-me se eu sei a diferença entre pesadelos e sonhos. Respondo afirmativamente e pergunto qual deles ela tem mais. Ela diz que sonha muito, mas ultimamente tem tido uns pesadelos. Pergunto-lhe sobre o conteúdo e perante a hesitação dela proponho desenhar sobre o assunto.

No desenho 3 (Anexo 2, p. 110) diz que sonha que é uma princesa; no desenho 4 (Anexo 2, p. 110), um pesadelo, sonha com a Maria Sangrenta, personagem relacionada a episódios de terror. Diz conhecer a personagem devido aos amigos da escola, que não tem medo dela exibindo muita confiança enquanto faz a afirmação.

Nesta sessão foi a Z que deu início à dinâmica da sessão perguntando a diferença entre sonhos e pesadelos, tema que introduziu para falar do seu caso, dos seus sonhos e medos. A Z tem pesadelos, como qualquer outra criança, mas a temática em questão e o fato de se repetir por várias sessões pode ser por influência dos seus pares ou familiares, visto que a temática da Maria Sangrenta é mencionada em várias ocasiões durante as sessões.

### **Sessão 7 – Data 31/03/2017**

A Z chega bem-disposta. Especialmente provocadora senta-se logo na cadeira onde me costumo sentar e ri-se. A Z foi provocadora, mas de forma passiva, emendando logo a atitude. Depois de nos rirmos voltou logo para a sua cadeira não tendo mostrado qualquer outra provocação. Diz ter trabalhado bem durante esse dia e estava contente com o trabalho desempenhado na aula. Quando lhe pergunto o que fez durante essa semana diz ter ido passear no fim-de-semana anterior com o pai e madrasta. Parecia satisfeita com as atividades desempenhadas em família pois, ao contrário das outras sessões, partilhou o que fez. Foram ao teatro (Desenho 5, Anexo 2, p. 111). Diz não se lembrar bem sobre o que era a peça, mas que estava muito barulho. Começou a falar da madrasta e de algumas queixas que tem dela. A madrasta dá mais atenção ao seu filho do que à Z e o filho dela pode convidar mais vezes os amigos do que a Z. Ao mesmo tempo diz que não é má, pois faz festas do pijama. Independentemente das queixas a Z fala com naturalidade do assunto parecendo que está habituada à situação.

Nesta sessão o foco foi uma das problemáticas em que a Z se foca mais, a relação com a madrasta e o filho desta. A ida ao teatro, que é uma dinâmica de família ao fim-de-semana, serviu para a Z explicar como funciona a sua relação com os familiares em certas ocasiões.

### **Sessão 8 – Data 07/04/2017**

A Z chega bem-disposta e pergunta se pode brincar com a casa das bonecas e contar uma história. Repondo afirmativamente, mas digo-lhe que primeiro quero só falar um bocadinho e saber como foi a sua semana, e ela diz-me que foi aos trampolins. Foi com a madrasta pois o pai estava a trabalhar. Foi também com o filho da madrasta e com um amigo dele. Ela não pode levar amigas. Diz ter gostado muito, saltou muito e que não foi tão mau como pensava, uma vez que a madrasta passou todo o tempo com ela a brincar, pois o filho tinha lá um amigo. O que mais gostou foi de saltar na zona de basquetebol. Diz que o filho da madrasta é “fixe” pois em casa brincam muito e têm esconderijos. No final da sessão deixei a Z brincar na casa de bonecas como queria de início; todas as dinâmicas que fez na brincadeira em nada eram projetivas, mas sim dinâmicas sem ligação entre si, não desempenhando uma história concreta. Estas brincadeiras com a casa de bonecas apenas serviam para a Z se afastar mentalmente da nossa conversa e não por querer dinamizar a sessão, daí tentar durante toda a sessão evitar esta atividade.

Nesta sessão mais uma vez a Z partilhou uma experiência que envolvia a madrasta, mas desta vez aparentemente positiva, parecendo que a Z se sentiu acompanhada pela madrasta por o seu filho a ter excluído, preferindo o amigo. Por um lado, a Z fala como se tivesse passado um bom momento com a madrasta, mas ao mesmo tempo dá a entender que isso só aconteceu por obrigação do momento, pois noutra situação a madrasta tinha ficado com o filho. O desenho que fez (Anexo 2, Desenho 6, p. 111) representa um campo de basquetebol, e num dos lados está a Z e no outro, a madrasta, o filho e o amigo do filho.

### **Sessão 9 – Data 14/04/2017**

A Z chegou bem-disposta e diz ter estado a trabalhar no projeto na sala.

Pergunto-lhe como foi a semana e ela diz que não se lembra. Insisto e ela diz que se lembra vagamente de ter ido ver a mãe no fim-de-semana com as tias e o mano, e diz

que foi giro, pois esteve com o mano, com a família, brincou com a mãe, mas que não se lembra de mais nada. Mais tarde pede para fazer um desenho (Anexo 2, Desenho 7, p. 112). Pergunto-lhe o que é e ela explica que é a visita à mãe desse fim-de-semana, e diz que estavam todos muito felizes e bem vestidos. Eu pergunto se iam bem vestidos por alguma razão em especial mas a Z diz que foi só porque iam ver a mãe. Nesta sessão a Z estava com uma necessidade maior de abordar o assunto relativo à visita da mãe que nas sessões anteriores, mas sempre passivamente sem mostrar nenhum sentimento de afeto ou repulsa.

Nesta sessão o foco foi na visita à mãe. Nas semanas após visitar a mãe a Z claramente parece mais feliz. A ocasião em si, por parecer mais importante do que o habitual também foi importante para a Z.

#### **Sessão 10 – Data 09/06/2017**

A Z vem bem-disposta, diz ter estado a fazer um texto na sala antes de vir.

Apesar da boa disposição noto-a abatida e sem iniciativa para falar como é costume; dou-lhe incentivo e ela corresponde a todas as perguntas, mas sem grande entusiasmo. Diz não se lembrar o que fez no fim-de-semana passado, só se lembra que não foi ver a mãe e queria muito. Pergunto porque não foi e não me sabe responder. Falou sobre as suas expectativas sobre o verão e o que iria fazer, tendo desenvolvido bastante.

Na parte final, começou a dispersar a sua atenção e perdeu o foco completamente até ao final da sessão, falando de assuntos sem ligação uns aos outros.

Nesta sessão a Z não estava muito pró-ativa como de costume e custou mais que o habitual a desenvolver o diálogo, mas a temática do verão foi decisiva.

#### **Sessão 11 – Data 16/06/2017**

A Z chega perturbada. Pergunto o que aconteceu e diz que dois colegas lhe bateram no recreio. Perguntei a causa e a Z diz que foi do nada. Bateram-lhe sem razão. Pergunto se na escola também assim é e ela diz que sim, que as colegas e os colegas por vezes se juntam e lhe batem, mas admite que goza com eles. Admite espicaçar os colegas na escola. Diz também ter entrado em lutas só porque gozam com o nome da mãe. O que se relaciona com a mãe parece afetar a Z mais do que o que se passa com outra pessoa.

Depois de contar o episódio a Z dispersa completamente a atenção da conversa e de todas as dinâmicas que foram feitas, repetia constantemente o que eu dizia, escondia-se

debaixo da mesa e respondia mal às minhas perguntas. O fato da Z falar sobre como reage quando falam sobre a mãe deixou-a particularmente afetada, desviando logo o assunto, defendendo-se de certa maneira numa postura mais infantil.

Mais uma vez a temática desta sessão foi a agressividade que existe no quotidiano da Z, principalmente na escola e com os seus pares. A Z admite haver confronto verbal e físico, com origem nos outros e em si. Senti que o assunto deixou a Z desconfortável daí ter dispersado a atenção completamente.

Houve a tentativa de continuar as sessões durante o período de férias, mas devido às férias e horários da família tal não foi concretizável, motivo pelo qual se suspenderam as sessões com a Z.

### **XIX-Reunião com o pai da Z**

O pai da Z pediu para ter uma reunião comigo pois queria um *feedback* das sessões de acompanhamento psicológico da filha. A reunião aconteceu dia 1 de Junho de 2017. O pai da Z chega bem-disposto e cooperante. Vem com muita necessidade de falar e ansioso pelo *feedback* das sessões de acompanhamento psicológico da filha. Expressou muitas preocupações, não só pessoais e da filha, mas também sobre temáticas envolvendo a mãe da Z.

Afirmou sentir a evolução da Z na Casa da Praia, que costuma falar com um professor desta instituição, e que a resposta tem sido positiva, o que lhe transmite mais confiança.

Diz que a Z está muito entusiasmada com a colónia de férias da Casa da Praia.

Fala um pouco sobre o seu percurso com a mãe da Z, por forma a enquadrar novas informações, nomeadamente sobre o quão recetivo fica em levar a filha a ver a mãe ao fim-de-semana à clínica onde está a fazer reabilitação. Também revela alguns problemas passados e presentes quanto à família da parte da mãe, demonstrando que sente alguma negligência por parte da família da mãe quanto à própria filha, o que não lhe agrada.

Entretanto, vai sempre insistindo para que lhe transmitam o ponto da situação sobre a filha, de uma forma direta e sem rodeios, *feedback* esse que parecia que nunca lhe era suficiente, ficando sempre insatisfeito com as respostas. Evidenciou grande preocupação com o que a Z poderia dizer nas sessões.

Revelou que a companheira tenta ajudar sempre a Z ao máximo, só não fazendo o que não está ao seu alcance.

Por fim a nível escolar, e pelo facto do professor da Casa da Praia lhe ter dito que a Z precisava de motivação, o pai informou que lhe pede para ler em voz alta, pois acha que tem dificuldades.

Diz que a Z anda com a ideia de que para o ano vai viver para outro local pois, no ponto de vista dela, estará mais perto da mãe. O pai informa que é uma questão ainda não decidida e pede encarecidamente para guardar segredo, repetindo o pedido, com algum receio.

## **X-Conclusão**

As crianças por vezes sentem-se não desejadas e sentem que não são queridas. Sentem que são algo mau ou ruim e que delas não provem nada de bom; normalmente crescem inicialmente isoladas, seguidamente passam por um estado de tristeza, enquanto têm esperança, podendo mesmo alcançar o desespero. Em último caso a criança perde o contacto com a realidade, perde sensação de vivacidade e entra num estado de sobrevivência. Neste último ponto a criança vive usando o corpo e a mente em modo quase automático como uma máquina (Strecht, 1998).

Segundo Claparède nas crianças o sentimento de inferioridade é maior que nos adultos, e pode atribuir-se ao instinto de sobrevivência: “no geral, a criança encontra-se em situações de inferioridade e luta pela sua sobrevivência” (Claparède, 1931, citado por Cabanas, 2014, p. 26).

Existem vários factores que podem fazer com que a criança apresente sentimentos de inferioridade como por exemplo o ambiente familiar com que a criança lida (Branco, 2000; Neves, 2012; Santos, 2014).

Podemos falar ainda da situação escolar que por si também se mostra como um ambiente de risco, a nível de um potencial factor desencadeado por sentimento de inferioridade devido às dinâmicas entre os alunos, e mesmo com professores, e os múltiplos factores que podem desencadear possíveis sentimentos de inferioridade (Neves, 2012; Cabanas, 2014). Sobre o *bullying* Maria do Carmo Santos diz que “Do ponto de vista da socialização, são vulneráveis ao bullying, e podem também utilizar estratégias agressivas para resolver problemas” (Santos, 2015, p. 88), e ambas as situações acontecem com Z.

A relação que a Z tem com os pais e as influências que recebe destes são muito diferentes, no caso da mãe e do pai. No caso da mãe, os seus problemas e situações de violência psicológica, que a Z presenciou, contribuíram negativamente para a criança,



podendo até relacionar-se com a depressão infantil. Já o pai da Z, numa tentativa de remediar o que a filha presenciou, ou pelo simples fato de ser um pai mais austero que o normal dos pais, tende a influenciar a Z num ponto de vista muito rigoroso, tanto a nível escolar como pessoal o que pode originar atitudes mais expressivas por parte da Z quando está na escola e com outras pessoas. De acordo com os estilos parentais enumerados por Santos (2015) o pai de Z insere-se no estilo autoritário o que, só por si, pode levar “as crianças a sofrer de problemas de depressão ou ansiedade, e baixa-estima” (Santos, 2015, p. 144).

Segundo Maccoby (1984) os pais mostram-se cada vez mais críticos com as atitudes e erros das crianças à medida que estas vão crescendo e chamam-nas à atenção: “the constante instruction from parentes concerning how a child’s behavior affects others and how a child’s behaviour looks to others” (Maccoby, 1984, p. 325), ou seja, os pais exigem uma maior responsabilidade aos filhos, que devem demonstrar que aprenderam as regras do bom comportamento (Maccoby, 1984).

Thomas Dishion (1990) desenvolveu um estudo com uma amostra de dois grupos, com 102 e 104 rapazes, entre os 9 e os 10 anos, e as suas famílias, com o objectivo de perceber qual a relação entre os padrões de socialização da família e o comportamento da criança no seio familiar. Concluiu que as crianças que menos experiências repressivas tinham em casa, mais facilmente eram postas de parte por outras crianças na escola. Estas crianças inclusive eram mais agressivos e tinham um pior comportamento em sala de aula

Num outro estudo chama-se a atenção para crianças que tenham um passado de maltratos a nível crónico, por negligência ou abuso, terem um maior risco de apresentarem comportamentos agressivos: “children who have experienced extremely harsh parenting (such as that characterized by physical and emotional abuse) or very neglectful parenting, or both, could be at especially high risk for be-coming aggressive and coercive in interactions with others” (Bolger & Paterson, 2001, p. 550).

Podemos considerar que a Z não ultrapassou emocionalmente o divórcio dos pais. A Z era muito nova na altura da separação dos pais e não percebeu o significado da separação, mas foi sujeita às consequências laterais dessa separação. O fato da mãe se ter envolvido com outro homem, os consumos de drogas e álcool, as tentativas de suicídio, foram fatores muito marcantes para a Z. Não assimilou as consequências do divórcio e exprime vontade de querer ainda juntar os pais. Poderá ser uma tentativa de

estar com a mãe, sabendo que sem o pai não é possível, ou mesmo de querer os pais juntos, pois acredita ainda ser possível, uma vez que não compreendeu a dinâmica real entre as atuais vidas dos pais. Esta ideia de que o divórcio ainda tem retorno poderá ser um dos principais indicadores de estagnação emocional quanto aos dois pais. A Z poderá ver na junção dos pais uma compensação afetiva a vários níveis.

O divórcio tem associados muitos problemas que criam dificuldades nas crianças que passam pelo processo e aumentam a possibilidade de desenvolverem problemas escolares, depressões, baixa-auto-estima, menos capacidades a nível social e uma diminuição a nível de competências (Ferreira, 2002; Amato & Afifi, 2006; Neves, 2012, Martins, 2010; Santos, 2014):

“No período subsequente ao divórcio dos pais, a maioria das crianças experimenta problemas emocionais e de comportamento, incluindo raiva, ressentimento, exigência, ansiedade e depressão, dificuldades em lidar com a confusão e apreensão, decorrentes da mudança nas relações na família e mudanças na sua situação de vida” (Martins, 2010, p. 17).

O divórcio traz ainda consequências a nível financeiro para a família pois “obriga a uma nova estruturação familiar e ao frequente aumento das horas de trabalho dos pais para aumentar os rendimentos financeiros” (Martins, 2010, p. 35), para além de poder significar também mudanças de casa e afastamento do núcleo dos amigos e vizinhos.

Contudo, a educação de um filho é um dever dos dois pais (Amato & Afifi, 2006), mesmo que estes se queixem dos esforços que é preciso fazer para criar um filho sozinho.

A Z sente muito a ausência da mãe, o que considero uma das grandes problemáticas com que a Z vive. Desde o divórcio dos pais que esta ficou com a mãe e com os companheiros que a sua mãe tinha depois do divórcio. O fato de a Z ter visto a mãe em situações delicadas e de risco foi um factor decisivo para esta relação de mãe-filha na qual a Z tem um sentimento de protecção e de falta de ligação por não viver com esta e também por a sua mãe ter sido internada e as vezes que se vêem são escassas.

Certas crianças demonstram imaturidade devido à ausência da mãe e a influência ainda é maior quando a própria mãe tem problemas: “distúrbios de personalidade materna se reflectirão nas perturbações da criança” (Spitz, 2000, p. 209, citado por Oliveira, 2018, p. 552) e acrescenta “O que influencia mais precisamente é a ausência física da mãe” (Spitz, 2000, p. 271, citado por Oliveira, 2018, p. 552), verificando-se um atraso afectivo da criança (Santos, 2007, p. 41).

Motta, Lucion & Manfro descrevem um estudo com 40 crianças, entre os 8 e os 12 anos, filhas de mães deprimidas e concluíram que “os sintomas depressivos tendem a ser mais consistentemente relacionados à depressão materna” (Motta, Lucion & Manfro, 2005, p. 172). Este caso concreto corresponde ao padrão já identificado por João dos Santos quando refere a origem da maioria das crianças na Casa da Praia: “a maior parte das famílias são constituídas por mães deprimidas, pelo abandono social ou afectivo” (Santos, 2007, p. 42) mas deixa o aviso de que “Não se pode concluir de ânimo leve que estas famílias sejam na generalidade «famílias de mau ambiente»” (Santos, 2007, p. 42). Falcke & Wagner afirmam que “a ausência física da mãe biológica facilita o desempenho do papel materno pela madrasta” (2000, p. 437), mas neste caso a mãe de Z não está completamente ausente, embora não seja funcional pois está internada.

O enquadramento familiar de Z, com uma madrasta, a que nas histórias que conta chama ‘empregada’, a convivência com o filho da madrasta, o afastamento da mãe, mas tendo vivido com ela com condições degradantes provocadas pelo companheiro da mãe, é um quadro que se insere no que numerosos estudos têm afirmado:

“O divórcio envolve muitas vezes um conflito familiar e uma diminuição no contacto com o pai ou mãe que não fica a viver com o filho; a segunda união tipicamente adiciona novas fontes de ansiedade: como o aparecimento de um padrasto/madrasta; mudança na relação com o pai/mãe que deixa de residir com o filho, que a maior parte das vezes resulta em níveis inferiores de intimidade e maior conflito, e na possibilidade de relações com «meios-irmãos»” (Furstenberg; Hetherington; Stanley-Hagan, & Anderson; Zill cit por Collins et al., 1995, citados por Silva, 2008, p. 6).

## **XI-Comentário final**

A Z tem uma grande ligação com a mãe, e este ponto central desperta-lhe certas ansiedades e situações de stress. A Z imagina ainda um futuro ao lado da mãe como se nada se tivesse passado e transmite que este é o seu maior desejo. De certa maneira, a Z poderá estar a ser aliciada a ter estas ideias pela mãe que promete voltar a viver com a filha. A sua dificuldade escolar pode ter como problema base o que João dos Santos define como um atraso afetivo pois a Z pode não ter feito uma separação pacífica da mãe.

O fato da Z desde cedo ter vivido com apenas um progenitor também é relevante; mantém a esperança de juntar os pais, o que lhe cria angústia, não separando fantasia e realidade. O fato de ter sido exposta a mudanças de dinâmicas familiares na sequência do divórcio, como os vários companheiros da mãe, as situações que presenciou e o fato de viver com o pai e longe do irmão, constitui uma carga emocional negativa na Z.

Ao mesmo tempo, a Z tem o pai muito presente na sua vida, que não sabe como reagir com certos comportamentos da filha, exercendo alguma pressão sobre Z. É evidente a falta de natureza materna na vida diária da Z, que não vê a madrasta neste papel. A dinâmica familiar parece deixar a Z desconfortável e nota-se aqui um sentimento de inferioridade quanto ao seu lugar na hierarquia familiar, pois mostrou sentir-se inferior ao filho da companheira do pai em muitas situações de interação familiar.

Z mostra uma grande necessidade de falar e exteriorizar o que sente, as suas ideias e pensamentos. São ideias que não são partilhados e Z evidencia necessitar de fazer essa partilha.

### **3.7. Reflexão pessoal**

Quando optei por realizar um estágio pensei que, se tivesse a possibilidade, iria trabalhar com pessoas seniores. Porém, a oportunidade veio para trabalhar com crianças, e abracei-a desde o início. Hoje estou profundamente agradecido por isso ter acontecido. Os primeiros contactos, com algumas das situações vividas por crianças, foram muito duros. Por um lado, a sociedade global trás de tudo um pouco ao nosso conhecimento, mas por outro lado, a diferença entre a realidade vista na televisão ou lida nos jornais, é completamente diferente quando é vivida na primeira pessoa.

Qualquer um de nós podia ser uma daquelas crianças e isso leva-nos a pensar que todas as crianças são sagradas, mas não são tratadas desta forma, intencional ou não intencionalmente.

O fato de as crianças não se conseguirem expressar tão bem como os adultos, de terem medos que as paralisam, de continuarem a querer ser tratadas e a agir como crianças, de terem tantas facetas que devem ser tomadas em conta em simultâneo, fez-me pensar nelas como um poliedro.

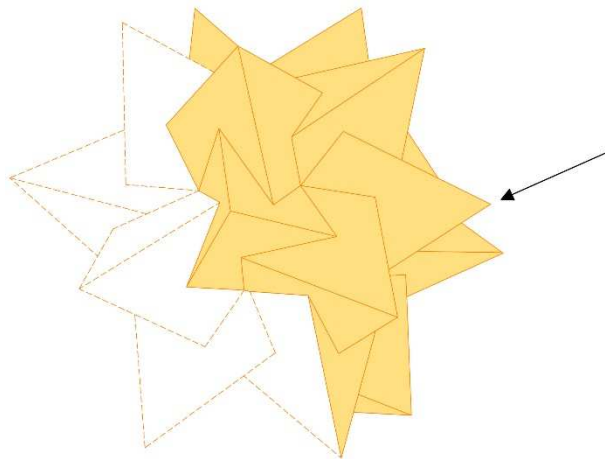
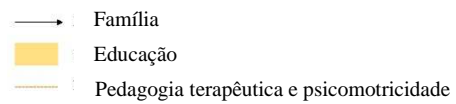
Sabendo que um poliedro é um sólido tridimensional, com faces planas, arestas direitas e vértices acentuados, pareceu-me ser uma boa imagem para descrever a herança de João dos Santos e a dinâmica da Casa da Praia, relativamente ao universo infantil.

Podendo ser descrito desta forma, as suas múltiplas faces enquadram-se na multiplicidade das áreas de atuação de João dos Santos, e a sua figura una é a criança como ser integral, que resvala para formas inesperadas, regulares ou irregulares, ou seja, com ângulos iguais ou desiguais, como esta figura geométrica. Na sua aparência reconhecemos a criatividade e a fantasia.

As faces planas correspondem à educação, como local vago para ser preenchido com aprendizagens várias; as arestas correspondem à pedagogia terapêutica e à psicomotricidade, linhas orientadoras, comunicantes entre os vértices e fazendo fronteira com as faces planas, transportadoras de auto-estima, que se tenta equilibrar; os vértices correspondem à família, numa verticalidade firme que, para o bem ou para o mal, fazem parte integrante do universo da criança, e com quem os outros elementos do poliedro ora chocam e paralisam, ora servem de apoio e passagem para outra face, para outra aresta.

Os poliedros vão de formas simples como cubos e pirâmides, a complicados sólidos em estrela. A complexidade do poliedro é a complexidade da criança. Alguns poliedros têm ainda dois lados, o interior e o exterior, o que, mais uma vez, me remete para a imagem de uma criança.

Figura 1 – A criança como um poliedro



Ao escrever esta reflexão procurei um momento da estadia na Casa da Praia que se destacasse dos demais, e não é fácil; ainda assim, refiro a colónia de férias, pois permitiu momentos relacionais muito diferentes dos que nós estávamos habituados, permitindo-nos observar as crianças também em ambiente completamente distinto, seja ambiente espacial, seja contexto familiar. Algumas das crianças que participaram separaram-se da sua família pela primeira vez; os períodos diurnos foram preenchidos com inúmeras atividades, com particular incidência em jogos e aproveitando o ar livre, altura em que as crianças mostravam alegria, boa disposição e uma relação saudável com o ambiente envolvente, evidenciado em brincadeiras.

Porém, no período da noite, a relação com elas próprias e os medos e receios, foi evidenciada, tendo da nossa parte existido uma ação inspiradora de calma e tranquilidade, para que adormecessem com serenidade. Foram dias de descoberta, de desenvolvimento de prática de autonomias várias, a nível da alimentação e do sono, dias que se caracterizaram por ser muito diferentes do quotidiano, dias cansativos, mas felizes.

Também guardo memórias felizes do estágio na Casa da Praia, seja com as próprias crianças, seja no apoio com técnicos e pessoal vários, mas guardo sobretudo a lembrança que cada criança é um mundo a proteger.

## **Conclusão**

Sente-se a presença de João dos Santos na Casa da Praia, “membro honorário da massa crítica do património português” (Gouveia, 2014).

O trabalho desenvolvido como estagiário na instituição permitiu-nos obter uma dimensão prática das suas metodologias, revelando-se uma experiência enriquecedora aos níveis académico e pessoal, concluindo que os objetivos foram plenamente alcançados, como se demonstrou ao longo deste relatório: houve um contato efetivo com a prática profissional, acompanhada do uso e aplicação de conhecimentos teóricos aprendidos e instrumentos diversos, garantindo uma primeira experiência real que se considera altamente positiva para a futura profissão de psicólogo.

A bibliografia consultada de João dos Santos beneficiou-nos a nível da perceção dos valores partilhados pelo autor e pela sua linha de pensamento, tanto a nível teórico como a nível prático, uma vez que os exemplos na primeira pessoa são comuns. Os seus ensinamentos estão muito enraizados, a sua dedicação é uma bandeira da Casa da Praia, reconhecida por todos: “João dos Santos, está connosco hoje e sempre e esta é a transição por excelência, na exemplaridade” (Gomes-Pedro, 2000, p. 413).

Sabemos que se a instituição acolhedora do estágio tivesse sido outra, a nossa prestação e empenho iriam ser esforçados, mas não imaginamos que o acolhimento pudesse ter sido tão grande e tão integrador, como se a Pedagogia Terapêutica fosse aplicada também ao relacionamento com os estagiários.

As dinâmicas da Casa da Praia, as atitudes dos técnicos e das demais pessoas, o trabalho em equipa, fizeram-nos sentir um profissionalismo que nunca tínhamos experimentado, com sentimentos de contribuição para todo um grupo de pessoas, técnicos, crianças e famílias. Mais uma vez socorremo-nos das palavras de João dos Santos para melhor ilustrar este sentimento:

“Na Casa da Praia nós quisemos ir mais longe, dizendo que os membros da equipa deviam conhecer o essencial das técnicas que outros aplicam, de forma a que todos pudessem funcionar minimamente numa base de acção como psicólogos, médicos, pedagogos, assistentes sociais, etc.” (Santos, 2007, p. 75).



Verificámos que estas práticas exigem uma grande e efetiva comunicação entre os membros das equipas e entre estes e o público-alvo da Casa da Praia, em diferentes momentos, seja no planeamento, nas entrevistas de avaliação, nas dinâmicas de grupo, nas ações enquadradoras da psicomotricidade, no recreio, no ginásio, mas também em todas as atividades ditas extracurriculares, e, no que a nós nos tocou em particular, na relação com os estagiários.

Assim, assistimos a dinâmicas de partilhas de experiências multidisciplinares, quotidianamente, nas quais participámos ativamente. A teorização das avaliações psicológicas passou para uma dimensão real, os contextos de grupo ganharam os tempos que são difíceis de sentir quando os mencionamos de forma abstrata e a reflexão sobre cada situação com as crianças e o seu enquadramento familiar, ganhou uma responsabilidade real.

Lidámos diretamente com crianças muito diferentes, com distintas perturbações e enquadramentos familiares. Algumas destas situações perturbaram-nos o sono pois, felizmente, ainda não ultrapassámos os limites da insensibilidade de que João dos Santos fala (Santos, 2007, p. 48).

O plano previsto para o estágio foi cumprido, mas a nossa permanência na casa da Praia foi aumentada, em regime de voluntariado que aceitámos depois de termos recebido o convite.

Consideramos que a palavra-chave da nossa permanência na Casa da Praia foi aprendizagem, não deixando de ser irónico que a nossa aprendizagem estivesse diretamente relacionada com crianças com dificuldades de aprendizagem.

O desenvolvimento de comportamentos de empatia é essencial para uma aproximação a crianças que frequentemente mostram ser fugidias, receosas e que tudo fazem para evitar contato com outros. É preciso encontrar formas de aproximação, sem perder a noção do nosso papel de adulto, em simultâneo evidenciando segurança e confiança.

Nos casos em que tivemos a oportunidade de fazer a avaliação psicológica pudemos pôr em prática conhecimentos teóricos e aplicar diferentes metodologias e instrumentos, participando na cotação de distintas provas.

O estágio foi, ele próprio, muito multidisciplinar e diversificado, passando por contactos formais com crianças e famílias, reuniões de trabalho com técnicos, mas também pela organização de festas, por uma experiência que consideramos levou a instituição para fora das suas portas, nomeadamente na colónia, até ao fato de nos termos mascarado no Carnaval, participando muito ativamente nesta festividade.

Gostaríamos muito de deixar uma contribuição que de alguma forma ajudasse a instituição em si e que pudesse apoiar outros estagiários. Assim, refizemos a bibliografia sobre João dos Santos e a Casa da Praia, que existe no sítio internet com 36 referências, aumentando-a com uma lista de referências recolhidas no Repositório de Acesso Aberto de Portugal, RCAAP, na Biblioteca Nacional de Portugal e em vários catálogos na internet em geral, e que constitui um dos anexos (Anexo II). Esta é a forma de reconhecer o apoio dado no acesso à Biblioteca da Casa da Praia, mas é igualmente uma maneira de facilitar trabalhos futuros, sendo também uma evidência do interesse que João dos Santos e a instituição têm atualmente no mundo académico, quer por parte de estudantes estagiários, como nós, quer por parte de autores já com percursos académicos feitos. Acreditamos que “O saber feito vem nos livros. Como produzir conhecimento, isso aprende-se com mestres de carne e osso, alma e coragem, abertos à experiência, tolerantes à dúvida e sempre em busca de evidências ainda ocultas” (Matos, 2014, p. 18).

## Referências Bibliográficas

- Aires-Conçalves, S., & Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 65-75. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770205>
- Almeida, C. (2016). *Abordagem farmacológica da perturbação de hiperatividade e défice de atenção* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve). Disponível em [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/9935/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Catarina%20Almeida\\_Abordagem%20Farmacol%C3%B3gica%20da%20Perturba%C3%A7%C3%A3o%20de%20Hiperativi\\_20160929115207452.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/9935/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Catarina%20Almeida_Abordagem%20Farmacol%C3%B3gica%20da%20Perturba%C3%A7%C3%A3o%20de%20Hiperativi_20160929115207452.pdf)
- Almeida, F. (2009). Teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPCR). *Peritia, Revista Portuguesa de Psicologia*, 1AP. Disponível em <http://revistaperitia.org/wp-content/uploads/2010/04/MPCR.pdf>
- Almeida, J. & Xavier, M (2013) *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- APA, American Psychiatric Association (2015) - *Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico do DSM-5*. 5ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, G. (2010). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar estudo exploratório das percepções dos professores sobre o impacto comportamental de crianças com PHDA em escolas do 1º ciclo* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana). Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20DEFINITIVA.pdf>.
- Barros, E. (1999). *Andar na Escola com João dos Santos*, Lisboa: Editorial Caminho.
- Bellak, L. (1971). *The thematic apperception test and the children's apperception test in clinical use*. 2º Ed. New York: Grune e Stratton.
- Beirão, I. (2013). Os nós e os laços. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*, Disponível em <https://joaodossantos.net/contributos/os-nos-e-os-lacos/>.
- Bolger, K. & Paterson, C. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72(2), 549-568. Disponível em [https://www.academia.edu/22849583/Developmental\\_Pathways\\_from\\_Child\\_Maltreatment\\_to\\_Peer\\_Rejection](https://www.academia.edu/22849583/Developmental_Pathways_from_Child_Maltreatment_to_Peer_Rejection)
- Branco, M. E. (1999). *Pensamento psicopedagógico de João dos Santos* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/364>

- Branco, M. E. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Branco, M. E. (2013). *A saúde mental infantil em Portugal: Uma revolução de futuro*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Castillo A. R.; Recondo, R.; Asbahr, F. & Manfro, G. (2000) Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 20-3. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de aprendizagem específicas*. Lisboa: Lidel.
- Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., & Peres, A. (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 117-125. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14074>
- Freitas, M. C. (2014). *Desenvolvimento infantil e criatividade: paradigma de educação popular*. Porto Alegre, Brasil: AGE
- Huttel, J., Kixxiner, K., Bonneti, R. & Rosa, M. (2011). A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicologia Argumento*, 29(64), 11-22. Disponível em <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19659>
- Jamus, D. & Mader, M. (2005). A Figura Complexa de Rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. 11(4), 193-198. <https://dx.doi.org/10.1590/S1676-26492005000400008>
- Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (2002). Comportamento anti-social infantil e seu impacto para a competência social. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 141-147. Disponível em [sp-ps.pt/uploads/jornal/36.pdf](http://sp-ps.pt/uploads/jornal/36.pdf)
- Campanudo, M. (2009). *Representações dos professores sobre as dificuldades de aprendizagem específicas: leitura, escrita e cálculo* (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/61004707.pdf>
- Carvalho, R. G. G. (2008). A dimensão relacional da intervenção dos serviços de psicologia nas escolas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 119-124. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100015>
- Casa da Praia - Centro Doutor João dos Santos. (2016). Disponível em <http://www.casadapraia.org.pt/pt/>
- Castilho, C. (2013) A educação e a saúde são tarefas de todos os cidadãos. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.net/contributos/a-educacao-e-a-saude-sao-tarefas-de-todos-os-cidadaos/>

- Coutinho, T. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 55-64. Disponível em [http://www.paisparasempre.eu/estudos/apoio\\_a\\_familia\\_e\\_formacao\\_parental.pdf](http://www.paisparasempre.eu/estudos/apoio_a_familia_e_formacao_parental.pdf)
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(4), 390-398. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Crujo, M. & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais: ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10675>
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. *Psicologia em Pesquisa*, 3(01), 87-100. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipeseq/v3n1/v3n1a08.pdf>
- Falcke, D. & Wagner, A. (2000). Mães e madrastas: mitos sociais e autoconceito. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 421-441. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n2/a07v05n2>
- Ferreira, F. (2011). *A criança com depressão* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett). Disponível em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1641/tese\\_fernanda.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1641/tese_fernanda.pdf?sequence=1).
- Ferreira, T. (1991). Ensaio Sobre a Depressão Infantil. *Análise Psicológica*, 1 (IX): 67-87.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Gomes-Pedro, J. (2000). Transições: na evocação de João dos Santos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 31(6), 413-421
- Gouveia, I. (2014). Um homem moderno e intemporal, membro honorário da massa crítica do património português. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.net/contributos/nacelebracao-do-centenario-do-dr-joao-dos-santos/>.
- Holanda, P. (2017). O olhar de João dos Santos sob os laços familiares, infância e educação. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.files.wordpress.com/2017/02/o-olhar-de-joao-dos-santos-sob-os-lacos-familiares-infancia-e-educacao-afirse-2017.pdf>
- Lopes, A. R. & Teixeira, M. O. (2012). Objetivos vocacionais, auto-eficácia e sucesso escolar. Relato de pesquisa em ambiente multicultural. *Revista Brasileira de Orientação*

- Profissional*, 13(1), 7-14. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-33902012000100003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-33902012000100003&script=sci_arttext)
- Lopes, J. & Almeida, L. (2015) Questões e modelos de avaliação e intervenção em Psicologia Escolar: O caso da Europa e da América do Norte. *Estudos de Psicologia*, 32(1), 75-85. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395351948007>
- Lucca, C. A. (2006). A influência da condição socioeconômica sobre o desempenho de velocidade em crianças de 9 e 10 anos de idade. *Movimentum: Revista Digital de Educação Física*, 1. Disponível em: [https://www.unilestemg.br/movimentum/index\\_arquivos/movimentum\\_lucca\\_celio.pdf](https://www.unilestemg.br/movimentum/index_arquivos/movimentum_lucca_celio.pdf)
- Maccoby, E. E. (1984). Socialization and Developmental Change. *Child Development*, 55(2), 317-328. Disponível em [https://www.jstor.org/stable/1129945?read-now=1&seq=9#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/1129945?read-now=1&seq=9#page_scan_tab_contents)
- Magalhães, J. (2013). Do cuidar, educando: revisitando João dos Santos. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.net/contributos/do-cuidar-educando-revisitando-joao-dos-santos/>
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, C., Marques, M. & Pardilhão, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperatividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 592-599. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10677>
- Martins, J. B. (2003). A atuação do psicólogo escolar: Multirreferencialidade, implicação e escuta clínica. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 39-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000200005>
- Matos, A. C. (1987). João dos Santos. *Análise Psicológica*, 6 (4), 489-491
- Matos, A. C. (2014) A sabedoria do mestre. In J. Santos, *Prevenir a Doença e Promover a Saúde* (pp. 15-22). Lisboa: Coisas de Ler.
- Medeiros, A. C. (2011). *A Importância da Psicomotricidade para o Processo de Alfabetização*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasil). Disponível em <http://www.conhecer.org.br/download/PSICOMOTRICIDADE/LEITURA%20ANEXA%201.pdf>
- Meireles, L. & Cameirão, M. (2005). *As perturbações afectivas: as perturbações bipolares* [post em blog]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0034.pdf>.

- Mendonça, M. (2003). João dos Santos e a Saúde Mental Infantil. *Interações*, 5, 91-111. Disponível em [www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/87/91](http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/87/91)
- Ministério da Educação, Direção Geral da Educação (2016). *Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares*. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/noticias/psicologia-e-orientacao/referencial-tecnico-para-os-psicologos-escolares-consulta-publica>
- Ministério da Saúde (1992) *Decreto Lei nº 127/92*, disponível em <https://dre.pt/application/file/288075>.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <http://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Monteiro, C. (2015). *A importância da psicomotricidade na educação pré-escolar* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências). Disponível em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11067/1/FINAL\\_Tese%20da%20Claudia%20Monteiro.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11067/1/FINAL_Tese%20da%20Claudia%20Monteiro.pdf)
- Motta, M. G., Lucion, A. B. & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, 27(2), 165-176. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a07>
- Murteira, C. S. D. (2014). *Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.5/5151>
- Neves, M. P. (2012). *A depressão na criança: percepção das relações familiares na criança, na mãe e no pai – 5 estudos de caso* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2271/1/14543.pdf>
- Oliveira, L.; Medeiros, M. & Serrano, A. (2017). PHDA: Afinal, qual a sua origem? Uma revisão dos fatores etiológicos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 51(1), 43-61. [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_51-1\\_3](https://doi.org/10.14195/1647-8614_51-1_3).
- Oliveira, T. L. (2018). Relação entre o vínculo mãe-filho e a psicossomática na primeira infância. *Pretextos: Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 547-557. Disponível em [periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/download/16003/13027](http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/download/16003/13027)
- Paixão, P. (2013) O papel da orientação na aprendizagem ao longo da vida. In C. Winch, C. & P. Paixão (Eds.), *Ensino Profissional*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Pereira-Silva, N., Andrade, J., Crolman, S. & Mejia, C. (2017). O papel do psicólogo escolar: concepções de professores e gestores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 21(3), 407-415. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v21n3/2175-3539-pee-21-03-407.pdf>
- Peres, T. S. & Cruz, M. A. (2014). Psicomotricidade no processo de alfabetização da criança. *Perspetivas em Psicologia*, 18(2), 136-152.
- Ramalho, J. (2010). Percurso desenvolvimental dos portadores da perturbação de hiperatividade com déficit de atenção. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(2), 313-322. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382010000200011>
- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1998). *Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales*. Oxford, England: Oxford Psychologists Press.
- Rey, A. (1998). *Teste de Cópia de Figuras Complexas*. Lisboa: CEGOC-TEA
- Roberto, T. (2013). *Aprender para ajudar: PHDA* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus). Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4486/1/Relat%C3%B3rio%20Aprender%20para%20Ajudar.pdf>
- Rodrigues, L. & Gabbard, C. (2008). A invariância do género na estrutura multidimensional do AHEND (affordances in the home environment for motor development). In D. Catela & J. Barreiros (Eds.), *Estudos em Desenvolvimento Motor da Criança* (pp. 151-158). Rio Maior: ESDRM Edições
- Sampaio, D. (2015). Avaliar, prevenir, intervir. In M. C. Santos, *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: Identificar, avaliar e intervir* (pp.13-14). Disponível em [http://www.silabo.pt/Conteudos/7943\\_PDF.pdf](http://www.silabo.pt/Conteudos/7943_PDF.pdf)
- Santos, A., Oliveira, J., Oliveira, B. & Medeiros, S. (2013). Quando a família é a principal doença. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 29(2), 120-5. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732013000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000200008)
- Santos, J. (1982) *A caminho de uma utopia: um Instituto da Criança*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Santos, J. (2007). *A Casa da Praia: o psicanalista na escola*, 4ªed, Lisboa: Livros Horizonte.
- Santos, J. (2014). *Prevenir a doença e promover a saúde*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: Identificar, avaliar e intervir*. Lisboa: Sílabo.
- Santos, M. E. (2014). Confiar e aprender. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.net/contributos/confiar-e-aprender/>



- Silva, S. (2008). *O mito da Cinderela: A relação com a madrasta na pré-adolescência feminina* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4799/1/11898.pdf>
- Silva, A. L. & Marujo, H. A. (2005). Consulta Psicológica em contexto escolar: competências, possibilidades, recursos e outros tesouros. In M. C. Taveira (Eds.). *Psicologia escolar: Uma proposta científico-pedagógica*. Coimbra: Quarteto.
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. & Almeida, L. (Coord.) (2008). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Souza, M. P. R. (2009). Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 13(1), 179-182. Disponível em [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12003/art\\_SOUZA\\_Psicologia\\_Escolar\\_e\\_Educacional\\_em\\_busca\\_de\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12003/art_SOUZA_Psicologia_Escolar_e_Educacional_em_busca_de_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio. Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Schaffer, R. (2006) *Key Concepts in Developmental Psychology*. London, England: Sage
- Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (2007). *Psicologia educacional*. Amadora: McGraw-Hill.
- Taveira, C. (Ed.) (2005). *Psicologia escolar: Uma proposta científico-pedagógica*. Lisboa: Quarteto.
- Vidigal, M. J. (2014). Resenha dos médicos psiquiatras em Portugal do século XIII ao século XX. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.net/contributos/resenha-dos-medicos-psiquiatras-em-portugal-do-seculo-xiii-ao-seculo-xx/>
- Vidigal, M. J. (2018). Como encontrar o futuro em João dos Santos. In *João dos Santos no século XXI: saúde, educação, cultura, sociedade: atas da conferência*. Disponível em <https://joaodossantos.files.wordpress.com/2018/02/como-encontrar-o-futuro-em-joao-dos-santos-dra-maria-jose-vidigal-12-de-janeiro-de-2018-final1.pdf>
- Vidigal, M. J.; Queiroz, M. I.; Cruz, M. M.; Santos, M. P. & Guapo, M. T. (1999). *Memórias de utopias: Elementos para a história da saúde mental infantil em Portugal*. Lisboa: ISPA.
- Wagner, C. (2003). Depressão na infância e na adolescência. In A. C. Neto, G. Gauer & N. Furtado (Eds.), *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre, Brasil: EDIPURS

Wechsler, D. (2003). *Wisc-III, Escala de inteligência para crianças-III*: Manual. Lisboa: CEGOC-TEA.