



**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Saúde Mental e Psiquiátrica***

Relatório de Estágio

**A dramatização como mediador expressivo em**  
**crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva**  
**a ecrãs**

**João Tiago da Silva Martins Fortunato**

**Lisboa**

**2019**





**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização em Enfermagem de***  
***Saúde Mental e Psiquiátrica***

Relatório de Estágio

**A dramatização como mediador expressivo em**  
**crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva**  
**a ecrãs**

**João Tiago da Silva Martins Fortunato**

**Orientador:** Professor Doutor Luís Nabais

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Luís Nabais pela sua disponibilidade, generosidade, partilha e motivação nesta caminhada.

Às duas equipas de enfermagem pelo seu acolhimento, dedicação, apoio e colaboração neste projeto.

Ao Sr. Enfermeiro António Nabais e a todos os meus colegas do hospital pela sua compreensão, motivação e flexibilidade de horários.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Vera Lavrador por ser uma referência para mim e todo o valor da partilha.

Ao Sr. Enf. Ricardo Rodrigues pelo valor de perseverança que me transmitiu.

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Sandra Gaspar, minha amiga, pelo seu apoio, confiança, pelas suas palavras de incentivo e de esperança.

A todos os meus colegas de especialidade, pela partilha e espírito de interajuda.

Aos meus Pais, Leonel da Silva Martins Fortunato e Ana Rosa da Silva Martins Fortunato, pela referência e fonte de inspiração na minha vida, pelo vínculo e amor incondicional.

Ao Marco Ferreira por todas as horas de partilha, pela sua paciência, incentivo, por estar sempre ao meu lado e pela beleza espiritual, fonte de inspiração nesta caminhada.

Ao meu irmão, Carlos Fortunato, pelo seu apoio, encorajamento e exemplo de determinação.

Muito Obrigado!

Dedico este projeto a todas as crianças, o futuro de amanhã e em especial ao Martim Fortunato, meu sobrinho.

## RESUMO

A problemática da criança exposta excessivamente a ecrãs surge como um problema grave da nossa sociedade. Existe um grande impacto da utilização excessiva de ecrãs ao nível das dimensões física, cognitiva, emocional e social da criança na segunda infância. Ligadas aos ecrãs, as crianças não exploram a aprendizagem de ler as pistas do contexto, treinar comportamentos desajustados para serem mediados e de aprenderem estratégias para melhor adequar o seu comportamento. Esta é certamente uma das áreas de intervenção mais importantes para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente em pedopsiquiatria. Fazem parte dos objetivos deste projeto de intervenção a caracterização do padrão de utilização de ecrãs nas crianças em acompanhamento por alteração do comportamento e a implementação de um programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização para crianças de 8-12 anos de idade, que poderá facilitar como estratégia para o abandono dos comportamentos associados à exposição excessiva a ecrãs e contribuir para o processo de consciencialização e motivação da criança e família para a mudança. Para este projeto de intervenção, procedemos à planificação e implementação de sessões de âmbito psicoeducativo, com a intenção de tentarmos promover na criança/família a tomada de consciência a nível emocional, cognitivo, físico e social do uso/abuso dos ecrãs e podermos servir de estímulo à criação de estratégias adequadas para a mudança. Estas intervenções permitiram-nos desenvolver competências na prática de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito psicoterapêutico de grupo no que respeita às abordagens com mediadores expressivo-artísticos, nomeadamente, a dramatização.

**PALAVRAS-CHAVE:** criança na segunda infância; exposição excessiva a ecrãs; dramatização; mediador expressivo-artístico.

## **ABSTRACT**

The problem of children overexposed to screens appears as a serious problem in our society. There is a great impact of the excessive use of screens in terms of the physical, cognitive, emotional and social dimensions of the child in second childhood. Connected to the screens, children do not explore the learning of reading the clues of the context, training maladjusted behaviors to be mediated and learning strategies to better adapt their behavior. This is certainly one of the most important intervention areas for Mental Health and Psychiatric Nursing, namely in pediatric psychiatry. The objectives of this intervention project are characterization of the pattern of use of screens in children being monitored for behavioral changes and the implementation of an intervention program using socio-dramatic techniques for children aged 8-12 years, which can facilitate as a strategy for the abandonment of behaviors associated with excessive exposure to screens and contribute to the child's awareness and motivation process and family for change. For this intervention project, we proceed with the planning and implementation of psychoeducational sessions, with the intention of trying to promote in the child / family the emotional, cognitive, physical and social awareness of the use / abuse of screens and we can serve as encouraging the creation of appropriate strategies for change. These interventions allowed us to develop skills in the practice of specialized nursing care,

**KEY WORDS:** child in second childhood; excessive exposure to screens; dramatization; expressive-artistic mediator; sociodramatic techniques

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

**AAP** – Associação Americana de Pediatria

**EEE** – Exposição Excessiva a Ecrãs

**EESMP** – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

**ERC** – Entidade Reguladora da Comunicação Social

**FCSH** – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

**HD** – Hospital de Dia

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**SEE** – Síndrome de Exposição a Ecrãs

**TIC** – Tecnologias de Informação e Comunicação

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
1.1. A dramatização como mediador expressivo.....	12
1.2. A criança na 2ª infância .....	16
1.3. A exposição excessiva a ecrãs.....	17
1.4. Contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau.....	22
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	25
2.1. Problema de investigação .....	25
2.2. Contextualização dos locais de intervenção .....	26
2.2.1. Contexto de internamento .....	27
2.2.2. Contexto de ambulatório .....	27
2.3. Objetivos.....	28
2.4. Caracterização dos participantes .....	28
2.5. Instrumentos e intervenções desenvolvidas.....	28
2.5.1. Instrumento de colheita de dados – <i>Hábitos de exposição a ecrãs</i> .....	29
2.5.2. Programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na criança dos 8-12 anos exposta a ecrãs.....	30
2.6. Apresentação e análise das intervenções desenvolvidas .....	31
2.6.1. Dados obtidos através da aplicação instrumento de colheita de dados sobre hábitos de exposição a ecrãs.....	31
2.6.2. Dados obtidos através da implementação do programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na criança 8-12 anos exposta a ecrãs.....	37
3. AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

## ANEXOS

ANEXO I – Desenhos representativos dos cinco enigmas da Sessão nº 1 – “Hábitos de utilização de ecrãs”

ANEXO II - Programa do XIV Congresso Nacional de Psicodrama

ANEXO III – Programa do XXIV Encontro Nacional da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de atividades

APÊNDICE II – Mapa conceptual da dramatização: técnicas e instrumentos

APÊNDICE III – Resumo esquemático sobre a Exposição Excessiva a Ecrãs

APÊNDICE IV – Instrumento de colheita de dados sobre hábitos de exposição a ecrãs

APÊNDICE V – Programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na criança dos 8-12 anos exposta a ecrãs

APÊNDICE VI – Reflexões “Fases do grupo” e “Qual o meu lugar no grupo terapêutico?” em contexto B

APÊNDICE VII – Reflexão “Autoconhecimento” em contexto B

APÊNDICE VIII – Diário de Aprendizagem em contexto A

APÊNDICE IX – Registos de interação em contexto A

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, realizado no âmbito do 9º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende descrever o desenvolvimento e concretização de um projeto de intervenção, realizado numa Unidade de Internamento e num Hospital de Dia da Infância na área de Lisboa, ambos pertencentes a um departamento de pedopsiquiatria, no período de 24 de Setembro de 2018 a 2 de Fevereiro de 2019<sup>1</sup>, sob a supervisão clínica de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os ecrãs estão cada vez mais presentes nas atividades de vida diária das crianças e sua família, o que leva ao confronto com diversos desafios quando a exposição se torna excessiva. A evidencia científica mostra-nos que este fenómeno pode condicionar o desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional da criança e interferir negativamente na dinâmica familiar. A exposição excessiva a ecrãs é um problema de saúde atual e emergente, o que exige uma reflexão atenta e interligada com as crianças, famílias, escolas e profissionais de saúde sobre praticas criativas e diversificadas de utilização saudável de ecrãs. Os mediadores expressivo-artísticos, com destaque na dramatização, foi a estratégia de intervenção que escolhemos para este projeto de intervenção de forma a compreender melhor a relação que a criança de 8-12 anos de idade estabelece com os ecrãs.

Este fenómeno é um problema de saúde mental na criança, atual e prioritário<sup>2</sup>, que necessita da atenção e intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros. De acordo com L'Ecuyer (2007), os profissionais de saúde, em especial na área de saúde mental, terão um papel crucial em articulação com as famílias, as escolas e a comunidade em geral, no combate à exposição excessiva a ecrãs. A Comissão das Comunidades Europeias (2005)<sup>3</sup> também reforça a necessidade de investir na promoção da saúde mental junto das crianças e dos adolescentes, sem esquecer que o contributo das competências parentais fomenta o desenvolvimento infantil e uma abordagem escolar completa e abrangente contribui para aumentar as suas competências sociais, melhorar a resiliência e reduzir sintomas depressivos e ansiedade.

---

<sup>1</sup> Ver Apêndice I – Cronograma de atividades.

<sup>2</sup> Christakis e Zimmerman (2006), reconhecem no consumo de ecrãs, por parte das crianças, um importante problema de saúde pública.

<sup>3</sup> Propostas de ação na promoção de saúde mental na infância e adolescência *in* Livro Verde (2005) – Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.

A temática abordada - *exposição excessiva a ecrãs* – emerge da nossa observação e vivência, enquanto cidadãos e enfermeiros atentos à globalização da nossa sociedade tecnológica atual. A evidência científica disponível tem confirmado e fundamentado a emergente necessidade de intervenção nesta área, sendo já encarada por diversos autores como uma dependência com carência de intervenção especializada e de medidas preventivas. É disso exemplo o inquérito nacional, realizado em Portugal, a pais com crianças em idade escolar – “*Crescendo entre ecrãs*” (2017), parceria entre a Entidade Reguladora para a Comunicação Social (ERC) e a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade Nova de Lisboa. Em 99% das casas portuguesas existe TV e/ou *Smart TV*<sup>4,5</sup>, seguido do telemóvel com 92%<sup>6</sup>. Computadores portáteis e *tablets*<sup>7,8</sup> surgem a seguir.

Não quisemos abraçar a problemática da exposição a ecrãs na sua totalidade, no mínimo, pretendemos suscitar a reflexão sobre que tipo de experiências estamos nós a propor às crianças, quais as consequências do uso excessivo na infância e que outras atividades poderão ser tão ou mais gratificantes, prazerosas e pedagógicas, nas quais o desejo de curiosidade e de exploração da realidade são protagonistas.

Com a finalidade de construir um caminho que possa contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem mais consistente e sustentada, no que diz respeito a diferentes metodologias de intervenção à criança com exposição a ecrãs, utilizámos mediadores expressivo-artísticos, com especial relevo, a dramatização e elaborámos e executámos um programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização para crianças dos 8-12 anos de idade, direcionado para as suas dimensões emocional, social, físico e cognitivo.

Os objetivos do projeto realizado foram: planejar e intervir em grupo de crianças através de mediador expressivo - dramatização; caracterizar o padrão de utilização de ecrãs nas crianças, em acompanhamento, por alteração do comportamento; desenvolver competências de discussão e análise na equipa multidisciplinar, perante o trabalho desenvolvido com o grupo terapêutico de crianças; desenvolver competências de intervenção em grupo, no âmbito psicoeducativo, para que a criança se aperceba dos benefícios e malefícios do uso do ecrã e implementar um

---

<sup>4</sup> O tempo passado em frente ao ecrã é de 1h41 por dia de semana e 2h51 aos fins de semana. 73% dos pais consideraram que a criança se sentia calma a ver TV. O canal mais visto é o “Panda” com 75%, seguindo-se a “Patrulha Pata” e canais generalistas. 37% dos pais vê telenovelas com os filhos, 24% vê notícias e, em último, 15% vê *reality shows* (Martins, 2017).

<sup>5</sup> No uso da TV parece ser o que há menos restrição pelos pais, sendo que 59% das crianças tem um televisor para uso pessoal.

<sup>6</sup> Face ao telemóvel, menos de metade (9%) podem usar e só depois dos 6 anos de idade é que têm um só para si (Martins, 2017).

<sup>7</sup> Metade das crianças com aquela idade jogam “Super Mário”, corridas de automóveis e jogos de futebol. Duração de 43 min por dia de semana e 1h30 ao fim de semana. Quanto à internet, 23% das crianças entre os 3 e os 5 anos acedem, enquanto que 62% das crianças entre os 6 e 8 anos acedem. 65% dos pais acreditam no valor pedagógico da rede de internet (Martins, 2017).

<sup>8</sup> No caso dos *tablets*, 2 em cada 3 crianças (63%) possuem um só para si (Martins, 2017).

programa de intervenção com técnicas de dramatização para crianças expostas a ecrãs.

A metodologia que escolhemos para este projeto de intervenção centrou-se nas técnicas de investigação-ação. Ao considerarmos estas técnicas metodológicas, permitiu-nos aliar a teoria e a prática por meio de um programa de intervenção que visou a transformação de padrões de exposição excessiva a ecrãs. Permitiu-nos, portanto, um envolvimento criativo e consciente com os participantes, que culminou num aumento do nosso conhecimento sobre o fenómeno em estudo e o nível de consciência das crianças envolvidas.

A prática de cuidados de enfermagem foi baseada na Teoria de Las Relaciones Interpersonales de Hildgard Peplau com ênfase nos diferentes papéis<sup>9</sup> que o enfermeiro pode desempenhar na relação interpessoal com a criança com exposição excessiva a ecrãs.

Este relatório apresenta-se organizado em três capítulos: fundamentação teórica; percurso e opções metodologia e avaliação das competências adquiridas de especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

---

<sup>9</sup> Papel de professor, de recurso, de conselheiro, de líder, de especialista técnico e de substituto (Peplau, 1990).

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1. A dramatização como mediador expressivo

Verifica-se um crescente recurso a abordagens terapêuticas com mediadores expressivos (expressão plástica, dramatização, música e dança) enquanto promotores da relação terapêutica (Simões e Santos, 2011). A arte enquanto abordagem preventiva em contexto clínico e psiquiátrico constitui-se como um mediador entre mente, corpo e alma, promovendo o equilíbrio destas três dimensões (Feder & Feder, 1986).

Para o presente projeto de intervenção selecionámos como mediadores expressivos a dramatização, o jogo, o desenho e o movimento, que segundo Ferraz *et al.* (2009) inscrevem-se no estilo expressivo-artístico, que funcionam como meios de expressão de cariz terapêutico, promovendo o desenvolvimento e bem-estar pessoais.

Partido do pressuposto de Simões e Santos (2011), que cada mediador expressivo tem características próprias que desencadeiam no indivíduo sentimentos e reações diversas, devemos aludir, enquanto enfermeiros, aos princípios de intervenção do arte-terapeuta identificados pelas mesmas autoras. Deste modo, será importante o conhecimento da técnica e do simbolismo inerente a cada um dos mediadores, assim como experimentar por si próprio e familiarizar-se com as diferentes linguagens expressivas e com aquilo que lhe faz sentir. Assim, acreditamos que é primordial atender às potencialidades expressivas, às vantagens de utilização e às qualidades psicoterapêuticas de cada mediador expressivo, para que façamos deles uma correta utilização e, desta, resultem ganhos terapêuticos efetivos.

Especificamente, em contexto de intervenção em grupo, os mediadores expressivos funcionam como veículos lúdico-artísticos que possibilitam não só a expressão do mundo interno da pessoa, mas também a (re) descoberta do relacionamento interpessoal (Santos, 1999). Nesta ordem de ideias, Vinogradov & Yalom (1992), também destacam as potencialidades dos mediadores expressivos quando utilizados em contexto de grupo, que neste caso, possibilitam a catarse como principal fator terapêutico.

Sendo a dramatização o principal mediador expressivo utilizado neste projeto de intervenção, parece-nos pertinente aprofundar um pouco mais as suas características, vantagens e qualidades psicoterapêuticas.

A dramatização assume-se como um valioso recurso que oferece à criança inúmeras experiências que atendem às suas necessidades de acordo com as suas etapas de desenvolvimento (Monteiro, 1994). É fácil para a criança dramatizar, permitindo-lhe desenvolver a sua espontaneidade e criatividade e, portanto, desenvolver a construção do “Eu” por meio da inter-relação (Bustos, 2005).

Vários autores têm vindo a comprovar a eficácia do jogo dramático na infância, sobretudo quando se pretende estimular o desenvolvimento social, cognitivo, emocional e experiencial da criança. Seja em contexto clínico ou pedagógico, a dramatização facilita a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. Num ambiente favorável e controlado, a criança pode reduzir as suas defesas, explorar e tomar consciência de aspetos que lhe dizem respeito. A dramatização permite a vivência e aquisição de novas atitudes e comportamentos no contexto protegido do pequeno grupo (Vicente, 2005; Sousa, 2010; Cibreiros e Oliveira, 2010; Furlan *et al.*, 2012; Negri *et al.*, 2017).

Bustos (2005), evidencia a prática da dramatização com crianças a partir dos 7 anos de idade. Nesta fase, a criança já alcançou uma maturação sociocognitivo-emocional que lhe permite mobilizar o seu papel com outros recursos colhidos no meio social, com base no desempenho de papéis sociais pelos adultos e pelo contexto cultura à sua disposição. Quanto mais velha é a criança maior a necessidade de um aquecimento mais longo e detalhado, bem como o cenário precisa de ser delineado e os personagens bem definidos. A dramatização permitir-lhe-á expressar-se, como a principal chave de acesso ao seu ser, compreender-se e relacionar-se.

A dramatização também detém outras potencialidades mais complexas e específicas, podendo ser caracterizada à luz do Modelo Teórico Psicodramático de Jacob Moreno. Todavia, iremos fazer referência somente a alguns instrumentos e técnicas de dramatização, uma vez que estiveram na base de algumas intervenções deste projeto.

O psicodrama é um modelo de intervenção psicoterapêutica que coloca o paciente num palco, no qual lhe é dada a oportunidade de exteriorizar os seus problemas com ajuda de determinados atores terapêuticos. Se no lugar do protagonista estiver um conjunto de pacientes, nesse caso, trata-se de sociodrama (Soeiro, 1991).

Do Modelo Psicodramático de Jacob Moreno fazem parte diversos instrumentos, especificamente, a sala do psicodrama, o cenário, o protagonista, os egos auxiliares,

o auditório e o diretor. São diversos os contextos em que o psicodrama pode ser aplicado na infância, adolescência, adulto, casal, família e em grupos. Para cada contexto assumem-se determinados pressupostos e utilizam-se técnicas específicas.

De acordo com Moreno (1978), este modelo é um método de diagnóstico e de tratamento, que utiliza diversas técnicas, nomeadamente: ego auxiliar, inversão de papéis, *role playing*, átomo social, espelho, solilóquio, estátua e interpolação de resistência. Passamos de seguida a descrevê-las sumariamente. Os egos auxiliares são selecionados pelo protagonista, que de entre os presentes, representam as pessoas com quem, na vida real ou na fantasia, ele interage. Na inversão de papéis, à palavra do diretor “troca”, o protagonista troca de lugar com o ego auxiliar com quem está a interagir. Repete as últimas palavras do protagonista que, por sua vez, continua a ação como se fosse o personagem que o ego representa. O *role playing* diz respeito ao treino de papéis, cujo desempenho se teme. O átomo social refere-se à disposição no cenário, distâncias, posições e posturas, face ao protagonista, das pessoas que lhe são significativas, incluindo os familiares, que são representados pelos egos auxiliares. A técnica de espelho faz com que o ego auxiliar se coloca diante do protagonista e o imita em espelho, dando relevo a aspetos da sua conduta ou postura que este último não tem consciência. No solilóquio, o diretor pede ao protagonista que “pense alto” enquanto a cena fica em pausa. Na técnica de estátua, o diretor pede ao protagonista que utilize os egos auxiliares ou outros objetos para representar, de um modo estático ou dinâmico, determinada situação. O resultado deve ser observado, comentado pelo protagonista, diretor e auditório. Por fim, na interpolação de resistência o diretor pede aos egos auxiliares para atuarem de forma completamente diferente daquela que o protagonista indicou. Serve para testar a espontaneidade do protagonista.

Segundo Abreu (2006), o psicodrama é constituído por quatro fases. Na primeira fase – aquecimento inespecífico, ainda não se vislumbra o protagonista e dedica-se tempo ao relaxamento para que o grupo se possa sentir mais descontraído para interagir. Na segunda fase - aquecimento específico, encontrado o protagonista, o diretor inquire-o de forma a clarificar o contexto da situação a dramatizar, assim como o cenário. A tensão do protagonista e do auditório podem aumentar. Na terceira fase – dramatização, o diretor convida o protagonista a vir ao cenário e reconstitua nesse espaço o contexto da sua vivência. O protagonista já se exprime na ação e não só nas palavras. Na última fase – comentários, o auditório pronuncia-se sobre a dramatização, dando contributos para o uso futuro do protagonista. Primeiro o protagonista, depois o auditório e por fim os egos auxiliares terão oportunidade de

partilham o que sentiram e pensaram. O diretor, por fim, faz um comentário síntese e encerra a sessão<sup>10</sup>.

A dramatização, enquanto mediador expressivo-artístico, pode ser utilizada em intervenções em grupo terapêutico, as quais, através de uma abordagem psicoeducativa, proporcionam aos seus intervenientes momentos de partilha sobre uma determinada situação/problemática. Para Carvalho (2009), o recurso a mediadores expressivos numa abordagem psicoeducativa, possibilita ao outro uma experiência reparadora, o treino de aptidões sociais e de competências.

De acordo com Vinogradov e Yalom (1992), a terapia de grupo tem como potencial a aprendizagem interpessoal, utilizando os elementos do próprio grupo, bem como a implementação de técnicas e intervenções específicas pelo terapeuta, que servem como instrumento de mudança. O *setting* do grupo assume-se como instrumento terapêutico, dado que as interações pessoais exercem uma importância sobre o nosso desenvolvimento psicológico. Os pacientes têm à sua disposição um conjunto de relacionamentos, interagem uns com os outros, com o terapeuta, com elementos com diferentes experiências de vida, do mesmo sexo ou sexo oposto. Os elementos do grupo devem aprender a lidar com as suas similaridades, diferenças, simpatias, antipatias, timidez ou competitividade. Estes dão e recebem feedback face ao significado e efeito das inúmeras interações uns com os outros, o que exige uma rigorosa liderança terapêutica, dado que tudo isto acontece sob o escrutínio do grupo (Vinogradov e Yalom, 1992).

Yalom (2006) refere que a terapia de grupo pode favorecer a aquisição de alguns benefícios, sobretudo os ligados a questões sociais e psicoeducacionais. Este autor enumera ainda as características positivas da intervenção em grupo: instilação de esperança; universalidade; partilha de informação; altruísmo; recapitulação corretiva do grupo familiar primário; desenvolvimento de técnicas de socialização; comportamento imitativo; aprendizagem interpessoal; coesão grupal; catarse e fatores existenciais. Cada interveniente tem a oportunidade de se identificar com outros, expressando as suas ideias e emoções e ter um reforço positivo na interação "saudável" com outras pessoas que a rodeiam (Yalom, 2006).

Em suma, a dramatização, o desenho, a escrita, o jogo, o movimento e o brincar são mediadores expressivo-artísticos que ajudam a criança a canalizar livremente as suas dificuldades e potencialidades para essas atividades em grupo, dando-lhes

---

<sup>10</sup> Para melhor compreensão ver apêndice II – Mapa conceptual da dramatização: técnicas e instrumentos.

sentido e promovem a identificação de estratégias adequadas para lidar com as suas dificuldades, das quais poderemos incluir a exposição excessiva a ecrãs.

## 1.2. A criança na 2ª infância

A criança não é apenas um adulto em construção, mas antes um ser inscrito no presente, aqui e agora (Harden *et al.*, 2000), sendo a infância uma fase do ciclo vital que merece atenção distinta.

Para Brazelton (2013), a criança começa a andar por volta de 1 ano de idade e a falar com cerca de 2 anos. Brinca com os colegas da escola e na puberdade sofre uma diversidade de modificações orgânicas. Na fase da adolescência torna-se cada vez mais autónomo. Neste processo de desenvolvimento, a criança percorre um caminho comum, porém, desenvolve-se como nenhum outro ser humano. Vive num determinado contexto social, estabelecendo relações com determinadas pessoas, faz parte de uma determinada família, o que torna a sua evolução única. A complexidade do desenvolvimento da criança é revelada por esta dicotomia, tem muito de comum com os seus pares, mas também tem muito de diferente relativamente aos mesmos.

Erik H. Erikson, através da sua teoria de desenvolvimento psicossocial, veio predizer que o crescimento psicológico ocorre através de um conjunto de oito estádios, cuja singularidade se deve ao conflito nele vivido (Erikson, 1998). Para o mesmo autor, o conflito diz respeito a uma polaridade emocional que tem uma vertente positiva e uma vertente negativa. O indivíduo deve decidir entre duas alternativas. As duas são necessárias, mas para um desenvolvimento equilibrado e bem-sucedido é essencial que o conflito de cada estágio se resolva convenientemente e que se sobreponha a vertente positiva<sup>11</sup> (Erikson, 1998). Erik Erikson dividiu o desenvolvimento em oito estádios psicossociais a que chamou “idades da vida”.

De acordo com Erikson (1998), a criança com idade entre os 6 e os 12 anos situa-se na 4ª idade: Indústria *versus* inferioridade. A criança em idade escolar confronta-se com a questão – “serei competente ou incompetente?”, sendo apreciada não tanto pelo que é, mas pelo que faz, pelo grau de desempenho de tarefas (ler, escrever, fazer cálculos, adquirir conhecimentos gerais, entre outros). Neste estágio é esperado que haja uma enorme vontade em aprender, de pensar que se é hábil a

---

<sup>11</sup> Resolver positivamente cada crise é crucial para uma personalidade bem-adaptada capaz de enfrentar equilibradamente os desafios e problemas em que a existência é fértil (Erikson, 1998).

fazer várias coisas. O desenvolvimento de competências (intelectuais, físicas e sociais), as habilidades e proezas físicas são muito valorizadas nestas idades. O sucesso contribui para um aumento da autoestima, da autoconfiança, o prazer e o gosto nas atividades. Os professores e os seus colegas constituem-se como agentes sociais, dos quais a criança tenta obter respeito e reconhecimento para se autovalorizar. No entanto, o fracasso persistente, a ausência de apoio, de incentivo e de atenção da parte dos agentes educativos podem gerar sentimentos de inferioridade, a criança fica descrente quanto à sua capacidade em executar tarefas produtivamente. Por fim, as experiências vividas em estádios anteriores, qualidades como a confiança, a autonomia e a iniciativa, contribuirão para a aptidão em realizar e dominar as tarefas próprias desta idade e, assim, enfrentar o trabalho produtivo que a escola exige.

Para Almeida *et al.* (2011), as crianças são sujeitos competentes, co-autores da sua socialização, capazes de prestar informação credível sobre o seu quotidiano. Por tudo isto, é fundamental termos em atenção as etapas e fases de desenvolvimento da criança quando lhe damos voz sobre a sua exposição a ecrãs. Parece-nos crucial um olhar pormenorizado quanto à perspetiva de enfermagem perante esta problemática, trazendo para o seu corpo de conhecimento próprio um olhar em profundidade que discuta os processos de construção, nos cenários quotidianos e à escala individual, das práticas e representações infantis da forma de se relacionarem com os ecrãs.

### **1.3. A exposição excessiva a ecrãs**

Atualmente, assiste-se e convive-se com um ecrã cultural caracterizado por crianças, jovens e adultos, que utilizam as novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), a internet, os *smartphones*, *tablets*, computadores, como meios de eleição de interação, lazer e/ou de trabalho (Patrão, 2016; Martins, 2017; Costa, 2017; Sampaio, 2018). Para Fisoun *et al.* (2012), as TIC estão cada vez mais firmemente impregnadas no tecido da sociedade, com tendência a fortificar esse vínculo ao longo do tempo. As linhas que delimitam o seu uso e o seu abuso já não são tão lineares, no sentido de que muitas tecnologias utilizam a internet ou o acesso a ela e, portanto, compartilham muitos dos elementos aditivos (Young, 1998).

As TIC encerram em si potencialidades fabulosas, algumas ainda por descobrir, e que de uma forma geral otimizam o tempo, diminuem o esforço humano, passando pelo aumento da comunicação (independentemente da área geográfica) e pelas atividades de lazer (jogos, música, entre outros) (Patrão, 2016; Martins, 2017). No

entanto, também as TIC têm efeitos secundários, particularmente com potencial de perigo e que não podem ser ignoradas. Não é a tecnologia, *per si*, que faz bem ou mal, mas antes o uso que lhe damos, contribuindo para um distanciamento óbvio da realidade e das pessoas reais (Steve Jobs, 1996; Patrão, 2016; Martins, 2017; Sampaio, 2018).

Os ecrãs são o tipo de TIC que mais atraem as crianças (Tisseron, 2013; Patrão, 2016; Martins, 2017; Sampaio, 2018). As crianças modelam-se a si mesmas de acordo com a atividade que observam no ecrã (Costa, 2017). A exposição excessiva a ecrãs é mais prevalente nas crianças entre os 3 e os 12 anos, dado que, o pensamento crítico e a capacidade de planeamento e gestão dos limites ainda estão em desenvolvimento (Tisseron, 2013; Martins, 2017; Martins, 2018).

Dada a globalização da era digital e consequente invasão no mundo da criança, com os seus benefícios/malefícios, riscos, desafios/oportunidades, a UNICEF impulsiona em 2015-2016 o projeto *Global Kids On-line*, tendo como finalidade produzir conhecimento sustentado em evidência científica sobre o acesso e uso do digital por parte das crianças e jovens de países de diferentes continentes. Em Portugal é produzido o *Relatório EU Kids On-line Portugal*, trianualmente, com a coordenação da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa e contributo da Direção Geral da Educação. No relatório de 2017-2019 – “*O Uso, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-18 anos)*” vem dar visibilidade às crianças e adolescentes que vivem em ambientes digitais, permitindo-lhes que entrem nas estatísticas e que sejam consideradas utilizadores na sua especificidade<sup>12</sup>.

Para Patrão (2016), desde o surgimento da televisão que passamos muito tempo em frente aos ecrãs e desde logo muito cedo. Habitamo-nos aos ecrãs e integramo-los nas nossas vidas, seja para fins educativos e/ou de lazer. Estes ecrãs, seja *on-line* ou *off-line*, colocaram as crianças mais isoladas e em silêncio, “os novos silêncios do século XXI, aqueles em que ninguém fala com ninguém” (Patrão, 2016, p.26), nos quais os jovens parecem estar todos ocupados seja a brincar, jogar ou a pesquisar para o próximo *chat*.

De acordo com L’Ecuyer (2017), a exposição excessiva a ecrãs leva ao bloqueio da curiosidade da criança perante a realidade e limita o desenvolvimento de uma vinculação segura que, por conseguinte, pode levar a uma baixa autoestima e baixo

---

<sup>12</sup> O Projeto Global Kids Online/Livinstone (2015) sensibiliza-nos para a urgência de se pensar na Convenção sobre os Direitos da Criança à luz do Digital, nomeadamente, no que diz respeito à Proteção, Provisão e Participação.

sentido de segurança emocional, competências sociais comprometidas e desinteresse em explorar o desconhecido. Steve Jobs (1996), também identifica consequências negativas no tempo excessivo em frente ao ecrã, segundo o autor é tempo que se tira às experiências autenticamente humanas, à criatividade. Alerta que investir tempo nas relações interpessoais, ricas em conteúdo, é a melhor ferramenta para usar conscienciosamente as novas tecnologias.

A exposição excessiva a ecrãs coloca em risco o desenvolvimento da criança a nível físico, cognitivo, emocional e social (Patrão 2016; Costa, 2017; L'Ecuyer, 2017; Chassiakos (2018). Os ecrãs são considerados como um excelente meio regulador do comportamento das crianças, que quando a sua utilização é excessiva compromete o desenvolvimento de três competências principais: autorregulação (do comportamento e das emoções); adiamento da recompensa e tolerância à frustração (Costa, 2017).

O isolamento social, a baixa tolerância à frustração, a diminuição da atenção e concentração, a alteração na relação filio-parental, o condicionamento no crescimento, as alterações na alimentação e na postura corporal, problemas oftalmológicos, insónias, alteração do humor, alteração do comportamento, dificuldades na socialização, dificuldades de discernimento do real/irreal/fantasia, o acesso a conteúdos impróprios, a perseguição, perda da privacidade e a falsificação de identidade parecem ser as principais consequências negativas no desenvolvimento das crianças provocadas pelo uso excessivo de ecrãs. (Tisseron, 2013; Patrão, 2016; Leiria, 2017; Martins, 2017). Não há dúvidas sobre a crescente invasão e consequências destrutivas do uso excessivo das novas tecnologias. Esta problemática foi recentemente considerada merecedora de possível inclusão no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) (Block, 2008).

Dunckley (2015) identificou um conjunto de sinais e sintomas a que designou Síndrome de Ecrãs Eletrónicos (SEE), com as seguintes características: ao nível do humor (depressão, flutuações do humor, irritabilidade, agressão); a nível cognitivo (desatenção, sono pouco reparador, baixa tolerância à frustração, pensamento desorganizado, baixo autocontrolo) e social (desconfiança, dificuldade em manter relações próximas, comportamento de oposição, contato visual comprometido, ansiedade social, agressão, diminuição da empatia, reações defensivas).

Alguns estudos relacionam o consumo de novas tecnologias com o número de horas/dia, uso combinado TV, videojogos, música, internet, telemóvel e redes

sociais. Em Espanha, em 2009, crianças dos 12-17 anos consumiram 6,41 horas/dia de televisão, telemóvel e internet<sup>13</sup>. Nos Estados Unidos da América, em 2010, as crianças dos 8-18 anos de idade reportam um uso das novas tecnologias de 10,75 horas/dia, apenas para lazer<sup>14</sup>.

A obtenção deste número elevado de horas diárias, que ultrapassam as 24 horas do dia, se somarmos ao tempo gasto na satisfação das necessidades humanas básicas, deve-se à forma como o ecrã é utilizado, nomeadamente, como multitarefa, ou seja, o mesmo ecrã permite utilizar em simultâneo várias tecnologias/aplicações (L' Ecuyer, 2017). Porém, alguns autores identificam consequências negativas na potencialidade multitarefa dos ecrãs. L' Ecuyer (2017) refere fazem parte dos efeitos da multitarefa tecnológica na criança a dispersão da atenção e foco pela irrelevância. Por sua vez para Young (2011), a capacidade de multitarefa impede a concentração e disponibilidade total na tarefa do momento, provocando como que “um estado de anestesia ou amortecimento emocional” (p.319). A tomada de decisão fica comprometida, dado que a tecnologia nos obriga a separar, sob o ponto de vista mental, a atenção e memória.

Cris Rowan e Hilarie Cash em colaboração com a Academia Americana de Pediatria (2015) identificam algumas práticas para um uso saudável de ecrãs. Estes autores definiram as *Guidelines* para o tempo diário recomendado dos 0 aos 18 anos, tendo em conta TV não violenta; telemóveis/*tablets*; videojogos não violentos; jogos violentos *on-line* e/ou pornografia. As crianças dos 6-12 anos de idade devem estar expostas a ecrãs no máximo 2h/dia a TV não violenta, estando contraindicado: a exposição a telemóveis/*tablets*; videojogos não violentos; videojogos violentos e jogos violentos *on-line* e/ou pornografia. Não identificam qualquer benefício na exposição a ecrãs por crianças com idade inferior a 2 anos.

Sigman (2012) alerta para o facto que não existe nenhum impacto negativo se as crianças diminuírem o tempo de exposição a ecrãs, mas que se corre o risco de perder muito se estas continuarem a ver tanto como o fazem agora.

Só quando perante os sinais e sintomas das crianças, que os pais se dão conta dos perigos dos ecrãs (L'Ecuyer, 2017). É real um certo “deslumbramento” pelas potencialidades pedagógicas, mas também de entretenimento e de substituição do

---

<sup>13</sup> Villadangos, S. M., Labrador, F. J. (2009). Menores y nuevas tecnologías: uso o abuso? *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 75-83.

<sup>14</sup> Kaiser Family Foundation (2010). *Generation M2, Media in the Lives of 8 to 18 years-olds*. Califórnia: Ther Henry J. Kaiser Family Foundation.

papel/controlo parental. No inquérito nacional de 2017 – *Crescendo entre ecrãs*, identificou-se a televisão como *babysitter* e como distração para as crianças enquanto comem ou estão a ser vestidas. Os *tablets* e *smartphones* estão presentes à hora da refeição pelo seu efeito ansiolítico, de distração ou funcionando como recompensa de um bom desempenho ou meio para atingir determinado fim (Martins, 2017). Se por um lado, os pais reconhecem, intuitivamente, que o uso excessivo de ecrãs pelos seus filhos não é correto, por outro, não têm a noção de como é incapacitante para um conjunto de competências que as crianças precisam de ter.

Costa (2017) defende que para se promover um uso saudável de ecrãs é necessário elaborar um plano dietético de consumo dos mesmo, que contemple a introdução de novas regras, limites claros de tempo, oferecer atividades alternativas, promover novas competências e utilizar os momentos de ecrãs como sendo pedagógicos. Dedicar tempo, pelo menos 15 minutos diários de atenção exclusiva à criança, minimizando o controlo e sem juízos; mostrar verdadeiro interesse e reforço positivo. O elogio de imediato, direto e concreto, sem críticas associadas e não esperar a perfeição. Dar ordens, uma de cada vez, realistas, claras, sem zanga, pela positiva, dando tempo para ser cumprida e diversificar as opções.

Em Silicone Valley, conhecida como o berço das invenções tecnológicas, os executivos de empresas tecnológicas de topo (*eBay, Google, Apple, Yahoo* e *Hewlett-Packard*), encaminham os seus filhos para escolas de elite, sem recurso a computadores, sendo também desincentivados a utilizá-los em casa. Estes peritos tecnológicos defendem que os ecrãs bloqueiam o pensamento crítico, roubam tempo de atenção dos alunos e impedem a humanização da aprendizagem e das interações (L'Ecuyer, 2017).

Steve Jobs (1996), defende que a tecnologia não consegue solucionar os problemas na educação, pelo que a quantidade de tecnologia disponível não tem qualquer impacto. Os precedentes históricos recordam do quanto o ser humano pode ser espantoso sem recurso à tecnologia.

Atualmente, não existe evidencia científica suficiente que sustentem os supostos benefícios do uso dos ecrãs nas escolas. Os *tablets* podem aumentar a motivação do aluno, pelo efeito novidade das novas tecnologias, mas não aumenta diretamente os seus resultados académicos (L'Ecuyer, 2017).

Os ecrãs trazem o fascínio ou novidade, a motivação externa, a multitarefa tecnológica e os jogos educativos, porém, não fazem necessariamente da criança o

protagonista da sua educação. O ecrã/aplicação assume um papel principal e o aluno e professores um papel secundário, culminando numa despersonalização da pedagogia (L’Ecuyer, 2017).

Para Chassiakos (2018), os efeitos do uso dos ecrãs são multifatoriais e dependem do tipo de ecrã, do tipo de utilização, a quantidade e extensão de uso e as características de cada criança. Este flagelo da sociedade atual impõe ajuda especializada por parte de profissionais de saúde competentes que, possam atuar o mais precocemente, apostando na educação para a saúde na comunidade, nas escolas, com as crianças e suas famílias. Parece haver uma grande preocupação para o que as crianças fazem *on-line*, passando despercebida a leitura do que se passa *off-line*.

Por tudo isto, um árduo caminho se impõe às equipas multidisciplinares em saúde, nas quais o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria (EESMP) enriquecerá a oferta de cuidados, no que respeita à prevenção e tratamento deste fenómeno, evitando que as crianças cheguem ao limite da dependência, em conflito, em fuga da realidade e em sofrimento, quando expostas excessivamente a ecrãs. Parece-nos emergente acolher as respetivas famílias, ajudando no desenvolvimento de competências parentais eficazes e no estabelecimento de um plano familiar personalizado de uso saudável de ecrãs. Repensar nos supostos benefícios do uso de ecrãs nas escolas e nos desafios que este fenómeno coloca à saúde escolar, leva-nos a acreditar na necessidade de uma parceria sólida entre todos os intervenientes, alunos, pais, professores e enfermeiros especialista em saúde mental e psiquiatria. Com isto, acreditamos que é fundamental investir na educação para a saúde da criança, sobretudo na promoção de estilos e comportamentos saudáveis sobre a exposição a ecrãs e a deteção precoce de sinais de alerta de EEE<sup>15</sup>.

#### **1.4. Contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau**

Peplau (1990) aplicou a teoria das relações interpessoais à prática de cuidados de enfermagem, especificamente, à relação enfermeiro-pessoa. Embora a teoria de Peplau não aborde o fenómeno de promoção de saúde, para Bittencourt *et al.* (2018), esta teoria contribui para a promoção de saúde mental ao dar relevância à construção gradual de relação interpessoal entre enfermeiro-pessoa. É na construção de uma

---

<sup>15</sup> Ver apêndice II – Resumo Esquemático: Exposição Excessiva a Ecrãs

relação interpessoal que o enfermeiro auxilia a pessoa a identificar necessidades específicas para atingir a sua independência e autonomia e fornecer-lhe ferramentas que promovam a saúde física e mental. Este ponto é particularmente importante para este projeto de intervenção uma vez que foi a força motriz para as intervenções de promoção de uma exposição a ecrãs consciente e saudável.

Outro motivo, pelo qual os contributos de Peplau para o relacionamento terapêutico em enfermagem foram significativos para este projeto de intervenção, centra-se na congruência que existe entre as fases da relação interpessoal com as fases de desenvolvimento de um grupo terapêutico. Moraes *et al.* (2006), referem que as etapas do relacionamento interpessoal são úteis para direcionar o grupo para a intervenção psicoterapêutica em enfermagem na prática de cuidados à pessoa em situação de dependência. Para estes autores a intervenção psicoterapêutica de grupo tem aumentado na enfermagem de saúde mental, uma vez que favorece a interação e integração dos seus membros e ainda contribui para o processo de aprendizagem e crescimento pessoal.

Este modelo de enfermagem constituiu-se como uma ferramenta pedagógica nas intervenções à criança-família em situação de exposição a ecrãs com a meta de promover o progresso da sua personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

A evidencia científica mostrou-nos que este referencial teórico pode ser aplicável na intervenção em grupo terapêutico. Para Monteiro e Pagliuca (2008), a relação enfermeiro-pessoa, as fases e os papéis da teoria das relações interpessoais em enfermagem de H. Peplau são adequados para intervenção em grupo. Porém, as mesmas autoras ressaltam que não se consegue prever o que irá acontecer num grupo e que, dependente das características de grupo aberto/fechado, as fases de relacionamento interpessoal podem não desenvolver-se sequencialmente.

Peplau (1990) identifica e conceptualiza sete papéis que o enfermeiro desenvolve transversalmente no processo de relação interpessoal, sendo eles o de educador, de recurso, de conselheiro, de líder, de especialista técnico e de substituto. Passamos a descrever sumariamente cada um deles para uma melhor compreensão. O papel de Educador caracteriza-se pela transmissão de conhecimentos relativos a uma necessidade ou interesse. O papel de Recurso refere-se aquele que proporciona informações necessárias, específicas, que auxiliam na compreensão de um problema ou de uma situação nova. No papel de Conselheiro, o enfermeiro, através de certas habilidades e atitudes, ajuda outra a pessoa a reconhecer, enfrentar, aceitar e

resolver problemas que estão a interferir na sua capacidade de viver efetivamente e de modo feliz. O papel de Líder caracteriza-se pela responsabilidade do processo de iniciação e de manutenção das metas de um grupo através da interação. No papel de Especialista Técnico, o enfermeiro proporciona o atendimento físico demonstrando habilidades clínicas e operando o equipamento utilizado para esse fim. Por último, no papel de Substituto o enfermeiro ocupa o lugar de outro.

Neste sentido, Franzoi *et al.* (2016) reforçam que no decorrer das fases do processo interpessoal, há mudanças progressivas no papel da pessoa e do enfermeiro, resultando no amadurecimento e crescimento pessoal de ambos. Este foi mais um dos contributos deste referencial teórico na clarificação, desenvolvimento e desempenho de vários papéis aquando da concretização do programa de intervenção com técnicas de dramatização com crianças entre 8-12 anos de idade expostas a ecrãs.

## 2. METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevemos o procedimento metodológico para a concretização de um projeto de intervenção, planeado entre março e julho de 2018, e que teve início de implementação entre 25 de setembro de 2018 e 8 de fevereiro de 2019, em contexto de internamento e de ambulatório na área de Lisboa.

Mesmo não se tratando de um projeto de investigação, mas antes um projeto de intervenção, sentimos necessidade de recorrer a técnicas de investigação-ação, privilegiando a cooperação entre nós e os participantes numa estreita associação entre as intervenções terapêuticas com mediadores expressivo-artísticos, com destaque na dramatização, e a tentativa de identificar medidas adequadas que pudessem contribuir para um fenómeno coletivo – a EEE, com atitude/comportamentos de utilização/exposição saudáveis.

Da metodologia, que selecionamos para este projeto de intervenção, fizeram parte algumas técnicas de investigação-ação com a intencionalidade de caracterizar o padrão de utilização de ecrãs nas crianças em acompanhamento por alteração do comportamento.

Koerich *et al.* (2009), defendem que a metodologia de investigação-ação é uma importante ferramenta para a enfermagem, dadas as suas potencialidades para a educação, investigação e mudança. Foi com base nestes pressupostos que tentámos perceber de que forma as crianças dos 8-12 anos de idade se expõem aos ecrãs, numa unidade de ambulatório e de internamento, ambas pertencentes a um departamento de pedopsiquiatria.

### 2.1. Problema de investigação

Habituada “a agir e a não pensar-se”, a criança utiliza os ecrãs como um prolongamento do seu corpo, tendo dificuldade em lidar com a imposição de limites parentais ou mesmo com a frustração perante uma situação de privação de ecrãs (Patrão, 2016; Sampaio, 2018). Assim, a dramatização permitir-lhe-á expressar-se, como a principal chave de acesso ao seu ser, ao compreender-se, ao relacionar-se, à comunicação e às dinâmicas profundas (Furlan, 2012).

Segundo, Patrão (2016) e Sampaio (2018), a opinião dos pais reside que o interesse dos filhos está nos jogos de computador, telemóveis, *tablets* e “bonecos da TV”. Carregam no botão da TV mal acordam e desligam-no quando vão dormir. Como se eles

não tivessem controlo no ligar e desligar a TV, sendo conflito na relação pais-filhos. Começando pelas crianças que não se despacham logo de manhã, porque estão entretidos na TV, até à dificuldade expressa na consciencialização e integração de regras e limites parentais. Perante esta evidência, utilizei a dramatização como estratégia para ajudar a criança, não exclusivamente exposta excessivamente a ecrãs, mas com alterações do comportamento, a exprimir-se, possibilitando a tomada de consciência de si e de explorar livremente a comunicação do seu mundo interno com o mundo externo.

Tendo em conta a contextualização da problemática suprarreferida e o enquadramento conceptual sobre a dramatização como mediador expressivo, emergiu a seguinte questão – De que forma os mediadores expressivo-artísticos, com especial relevo na dramatização, poderão contribuir para uma melhor compreensão da relação que a criança estabelece com os ecrãs? O levantamento desta questão foi norteador, quanto à seleção da metodologia a mobilizar, na intenção do programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização.

Ao tentarmos responder a esta questão, poderemos estar a contribuir humildemente para o interesse da disciplina de enfermagem. O fenómeno de interesse em questão é o cuidado de enfermagem. Conhecer os padrões de exposição a ecrãs das crianças de uma unidade de ambulatório e de internamento de pedopsiquiatria, poderá permitir-nos a apropriação de um conhecimento mais profundo dessas crianças e, com isso, intervirmos de forma mais eficaz e personalizada no seu uso saudável e/ou excessivo de ecrãs. A nossa intervenção de enfermagem tem a intencionalidade de tentar trazer ganhos em saúde mental para estes grupos de crianças.

Sendo o cuidado de enfermagem – aquilo que caracteriza esta disciplina, importa reforçar que a nossa intervenção neste projeto nutriu-se do desenvolvimento de uma relação terapêutica interpessoal entre enfermeiro-grupo de crianças. Respeitamos as suas capacidades e valorizámos o seu papel com o objetivo de os empoderarmos num processo proativo na consecução do seu projeto de saúde, onde a exposição a ecrãs se insere.

## **2.2. Contextualização dos locais de estágio**

Desenvolvemos este projeto de intervenção em dois contextos distintos: no contexto A – unidade de internamento de pedopsiquiatria e no contexto B – hospital de dia em regime ambulatório. Ambos pertencentes a um departamento de pedopsiquiatria na área de Lisboa.

### 2.2.1. Contexto de Internamento

O contexto A tem como missão o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de crianças entre 6 e os 18 anos com alterações do comportamento associadas a insucesso escolar, perturbações do comportamento alimentar, consumo de substâncias, tentativa de suicídio, comportamentos autolesivos e perturbações do espectro do autismo. Caracteriza-se por regime de internamento com possibilidade de licença de ensaio. Disponibiliza intervenção terapêutica em grupo ou individual, consoante a situação clínica de base. O serviço está organizado por atividades terapêuticas distribuídas pelos dias da semana e dirigidas a um grupo terapêutico aberto: expressão dramática (2ª feira), movimento e dança (3ª feira), culinária e psicoeducação (4ª feira), terapia pela arte (5ª feira), e terapia pelo cinema (6ª feira). O alvo de intervenção incide simultaneamente na criança e na família, tendo como equipa multidisciplinar: Enf.<sup>a</sup> Coordenadora, EESMP; Enfermeiros de Cuidados Gerais; Pedopsiquiatras; Psicólogos; Assistente Social; Terapeuta Ocupacional; Musicoterapeuta e psicomotricista. Ainda neste contexto, é atribuído a cada jovem dois enfermeiros de referência e um médico assistente, de forma a promover uma aliança terapêutica com estes profissionais e atingir os objetivos do seu projeto terapêutico, o qual é delineado e discutido em reunião de equipa multidisciplinar.

### 2.2.2. Contexto de Ambulatório

O contexto B tem como missão o atendimento de crianças com alterações do comportamento associado a insucesso escolar (Carreira e Correia, 2011). As crianças são referenciadas pelo agrupamento de escolas da sua área de residência e avaliadas em consulta externa de pedopsiquiatria no hospital de dia. De acordo com o regime de frequência caracteriza-se por ser uma unidade cuidados a tempo parcial e prevê a duração de intervenção terapêutica ao longo de 2 anos. A idade das crianças varia entre os 6 e 12 anos. O tipo de intervenção, poderá ser em grupo fechado ou individual, de acordo com a situação clínica de base. O Foco de intervenção é simultaneamente na criança, na família e na escola. Dispõe de uma equipa multidisciplinar: Enf.<sup>a</sup> Coordenadora e Terapeuta Familiar; EESMP e Diretor de Sociodrama; Terapeuta Ocupacional; Psicomotricista e Técnica de serviço Social, que discutem semanalmente a situação clínica, social e familiar de cada jovem.

### **2.3. Objetivos**

Para este projeto de intervenção delineámos os seguintes objetivos específicos na área da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental na criança: planear e intervir em grupo de crianças através de mediadores expressivo-artístico: escrita, desenho, jogo, movimento, mas com maior foco na dramatização; caracterizar o padrão de exposição a ecrãs nas crianças em acompanhamento por alteração do comportamento; desenvolver competências de discussão e análise na equipa multidisciplinar, perante o trabalho desenvolvido com o grupo terapêutico de crianças; desenvolver competências de intervenção no âmbito psicoeducativo para que a criança tome consciência dos benefícios e malefícios do uso do ecrã e implementar um programa de intervenção com técnicas de dramatização para crianças expostas a ecrãs.

### **2.4. Caracterização dos participantes**

Os participantes deste projeto dizem respeito aos utentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 8-12 anos, que frequentam uma Unidade de Cuidados a Tempo Parcial – Hospital de Dia e um Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, que privilegia o atendimento de crianças com alterações do comportamento.

### **2.5. Instrumentos e intervenções desenvolvidas**

A execução deste projeto de intervenção exigiu-nos o cumprimento de todos os procedimentos éticos a ele associados. Foram salvaguardados a privacidade e os direitos da criança e família. Foi necessário pedirmos oralmente o consentimento informado aos pais/tutores legais aquando da entrevista de acolhimento às respetivas unidades.

A todos os participantes foi realizada uma entrevista inicial na qual constou uma breve explicação e esclarecimento sobre este projeto e respetivos objetivos. Foram informados do carácter gratuito e voluntário da participação e que se garantia o anonimato dos participantes. Reforçámos a premissa de que poderiam interromper a sua participação em qualquer momento, caso assim desejassem.

Posto isto, passamos a apresentar o instrumento de colheita de dados sobre a utilização de ecrãs e o programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização em crianças expostas a ecrãs com idades entre os 8-12 anos de idade.

### 2.5.1. Instrumento de colheita de dados – Hábitos de exposição a ecrãs

Para darmos resposta ao objetivo deste projeto de intervenção – “caracterizar o padrão de utilização de ecrãs nas crianças em acompanhamento por alteração do comportamento”, elaboramos um instrumento de colheita de dados sobre o padrão de utilização de ecrãs por parte das crianças em regime de internamento e em terapia de grupo em HD. A sua finalidade centrou-se na apreciação da perceção da criança, dos pais e do enfermeiro face aos hábitos de exposição e relacionamento com os ecrãs. Estruturamos este instrumento de colheita de dados tendo como base a evidencia científica disponível e de forma a dar resposta a três dimensões: a vivência da criança com os ecrãs antes do internamento; o controlo parental face à criança exposta a ecrãs antes do internamento/terapia de grupo em HD e na terceira dimensão o contacto da criança com os ecrãs no internamento/terapia de grupo.<sup>16</sup>

A primeira parte deste questionário centrou-se na exposição a ecrãs antes do internamento/terapia de grupo, na perspetiva da criança com validação dos pais/tutores legais. Pretendemos identificar o tipo de ecrãs (telemóvel, tv, tablet, pc portátil, pc de mesa, playstation), a quantidade de ecrãs, o motivo de utilização, conteúdos visualizados (*whatsapp, Messenger, instagram, Facebook, twitter*, filmes, desenhos animados, jogos on-line, jogos *offline, youtube, wii*, outros) tempo despendido; divisão da casa onde os utilizam e aspetos positivos/negativos.

A segunda parte deste questionário teve como objetivo a identificação do controlo parental antes do internamento/terapia de grupo em HD, na perspetiva dos pais/tutores legais. Subdividimo-la em quatro áreas específicas, que a evidência científica nos mostrou serem as mais importantes: a negociação, que foi existente ou não existente; o horário, que foi 1h/dia, 2h/dia, 3h/dia, + 3h/dia; o controlo do conteúdo visualizado, que foi existente/não existente e, por último, a identificação de sinais e sintomas de exposição excessiva a ecrãs, nomeadamente, insónias, deficit de atenção, irritabilidade, alteração do apetite, sentimentos de tristeza e cefaleias.

Na terceira parte deste questionário pretendemos explorar os hábitos de utilização de ecrãs, à semelhança da primeira parte, mas agora durante o internamento/terapia de grupo em HD e na perspetiva do enfermeiro. Identificámos os tipos de ecrãs, o motivo de utilização, os conteúdos visualizados, o tempo despendido/dia, o espaço físico e a identificação de sinais e sintomas de uso excessivo, antes e após a exposição a ecrãs.

---

<sup>16</sup> Ver apêndice IV – Instrumento de colheita de dados elaborado com base em Rowan (2010), EU Kids online (2014), Dunckley (2015), Patrão (2016); Costa (2016); L’Ecuyer (2017) e AAP (2018).

Aplicámos este instrumento de colheita de dados nos dois contextos de estágio, especificamente, em regime de internamento imediatamente próximo à data de admissão e em regime de ambulatório na 4ª sessão.

### 2.5.2. Programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na criança dos 8-12 anos exposta a ecrãs

O programa de intervenção que executámos neste projeto teve como base a mobilização de mediadores expressivo-artísticos como o desenho, a escrita, o movimento, o jogo e a dramatização, como forma de dar visibilidade ao vivido pelas crianças. Sendo que este último mediador foi selecionado por nós para ter maior destaque e que, para tal, sentimos necessidade de recorrer a técnicas de dramatização<sup>17</sup>. Planeamos este programa de intervenção para darmos resposta ao primeiro, terceiro e quartos objetivos deste projeto. Os temas foram previamente discutidos e aprovados pelo docente orientador, pelos enfermeiros especialista orientadores e equipa de enfermagem dos respetivos campos de estágio.

Este programa de intervenção contemplou onze sessões na unidade de internamento e quatro sessões na unidade de ambulatório, todas com atividades terapêuticas em dias distintos. Tentámos contribuir em cada sessão para um melhor desenvolvimento da criança nas dimensões que a evidencia científica nos mostrou que podiam estar afetadas com a exposição excessiva a ecrãs, nomeadamente, as dimensões física, emocional, cognitiva e social.

Cada sessão foi composta por quatro fases: o aquecimento inespecífico/geral; o aquecimento específico; a dramatização e o momento de partilha de grupo/comentários. Foi intencional uma dessensibilização gradual<sup>18</sup> a ecrãs ou, por outras palavras, uma tomada de consciência progressiva pela criança do uso saudável de ecrãs e do prazer que pode existir em realizar atividades sem os mesmos, que poderá estar oculta.

A intervenção nas quatro dimensões da criança foi transversal a todas as sessões do programa. Porém, consoante os objetivos terapêuticos, assim dirigimos cada sessão para a dimensão/dimensões em destaque. Foi intencional o facto de não utilizarmos os ecrãs, mas antes evocá-los, com o intuito de, mais uma vez, reforçarmos a oferta de atividades tão ou mais prazerosas que o ecrã e que, mesmo fazendo parte do seu dia-a-dia, é possível usá-lo de forma saudável, com

---

<sup>17</sup> Ver apêndice V – Programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na Criança entre 8-12 anos exposta a ecrãs no contexto de A e B.

<sup>18</sup> Técnica desenvolvida por Joseph Wolpe na década de 1950, que enfraquece a associação entre a ansiedade e medos aprendidos de objetos ou situações através de reforço de outra resposta (Mesquita e Duarte, 1996).

responsabilidade, num período de tempo limitado, num contexto adequado e controlado por um adulto.

## **2.6. Apresentação e análise das intervenções desenvolvidas**

Com a realização deste projeto de intervenção, obtivemos um grande número de dados, que resultaram da aplicação do instrumento de colheita de dados às crianças sobre os seus hábitos de exposição a ecrãs; da realização das atividades terapêuticas inscritas no programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização; dos registos de enfermagem; das reuniões de equipa multidisciplinar e, especificamente do contexto de internamento, das reuniões de equipa de enfermagem da atividade terapêutica de “Expressão Dramática”.

Numa primeira fase, apresentamos e analisamos os dados que obtivemos da aplicação do instrumento de colheita de dados sobre os hábitos de exposição a ecrãs no contexto de internamento e no contexto de ambulatório.

Numa segunda fase, apresentamos e analisamos os dados que obtivemos da implementação do programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização no contexto de internamento e no contexto de ambulatório.

### **2.6.1. Dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados sobre hábitos de exposição a ecrãs**

Relativamente à exposição a ecrãs, antes do internamento, verificámos que as crianças utilizaram maioritariamente o telemóvel, a televisão e o *tablet*. Todas as crianças referiram possuir um telemóvel só para si, fazendo deste o seu ecrã principal, o que não vai ao encontro das *guidlines* preconizadas pela AAP (2015), que defende a não exposição a telemóveis e *tablets* em crianças com idades entre 6-12 anos. Através destes dados também conseguimos identificar os principais ecrãs que mais atraem e que coabitam diariamente com as crianças antes de serem internadas, pelo que a nossa intervenção de enfermagem deverá ir ao encontro desta especificidade de ecrãs. Acreditamos que se os profissionais de saúde aprofundarem o seu conhecimento sobre as potencialidades e malefícios deste tipo de ecrãs, mais provavelmente se consegue aferir o nível de conhecimento e habilidade de utilização e, portanto, aproximarmo-nos da linguagem tecnológica destas crianças e evitarmos profissionais de saúde infoexcluídos ou tecnologicamente desatualizados.

Os principais motivos de utilização destes ecrãs foram pelo lazer, pela diversão e como fator de distração. Estes dados vão ao encontro do que Patrão (2016) identifica como sendo as potencialidades mais comumente identificadas pelas crianças expostas a ecrãs, como ouvir música, jogar e visualizar videoclips.

Dos conteúdos mais utilizados, destacaram-se *whatsapp*, *Facebook* e *Youtube*, para o telemóvel; desenhos animados (*Disney channel*, *Ladybug*, *Porquinha Peppa*, *Sponjibob*, *Dragonball*) e Jogos *On-Line* (*Fortnite*). Estes conteúdos poderão sensibilizar-nos para as linhas que delimitam o uso saudável do uso excessivo e perigoso. Emergiram conteúdos psicoeducativos, mas também conteúdos que apelam à violência, adição e postura onipotente. De acordo com a AAP (2015), está contraindicado que as crianças de 6-12 anos de idade sejam expostas ecrãs com conteúdos como videojogos violentos *on-line*. Isto leva-nos a refletir na necessidade de vigilância permanente e mediação dos conteúdos que poderão ser mais procurados na unidade de internamento.

Todas as crianças da unidade de internamento referiram que utilizaram os ecrãs em modo multitarefa, reservando 6h-8h para usufruto do telemóvel e 4h-6h para a televisão e *tablet*. A divisão da casa onde contactaram com estes ecrãs foi maioritariamente no seu quarto e na sala de estar. Estes dados sensibilizaram-nos para a tomada de consciência de que o mesmo ecrã permite utilizar simultaneamente diversas aplicações/tecnologias, o que poderá estar relacionado com o número elevado de horas diárias de exposição. Porém, L'Ecuyer (2017), alerta para os efeitos da multitarefa tecnológica na criança, como a diminuição da atenção.

Os aspetos positivos de utilização de ecrãs foram diversificados, em particular, o *chat* com os amigos, visualizar as “*instahistorys*” e “*postes*” dos amigos; sentirem-se acompanhados; jogar e realizar várias tarefas no mesmo ecrã e/ou com ecrãs diferentes ao mesmo tempo. Os aspetos negativos mais mencionados foram irritabilidade quando separados do ecrã, tempo de espera de resposta dos amigos, “falta de bateria”sic e cefaleias. Os aspetos positivos levantados parecem concorrer para o desenvolvimento de competências sociais. Aparentemente emergiu uma preocupação com o que são, mas também pelo que fazem, como habilidades ou proezas físicas. Os aspetos negativos identificados tocam-se em alguns sinais e sintomas de síndrome de ecrãs eletrónicos designado por Dunckley (2015), nomeadamente, ao nível do humor, cognitivo, emocional e social.

A tendência do controlo parental, antes do internamento, na perspetiva dos pais, foi de não existir negociação, sendo permitido o contacto com os ecrãs mais do que

três horas/dia e maioritariamente não existe supervisão do seu conteúdo. Os sinais e sintomas de exposição excessiva a ecrãs que os pais/tutores legais mais identificaram foram cefaleias, irritabilidade, *deficit* de atenção, agressividade latente no discurso e no comportamento e heteroagressividade expressa e dirigida a objetos. Os pais identificaram, mas aparentemente não os reconheciam como sinais e sintomas de exposição excessiva a ecrãs, com pouca crítica para com o tempo despendido para usufruto do ecrã, nem de controlo parental. Evidenciaram preocupação apenas quando os sinais e sintomas estavam instalados ou sugeriram conflitos com a necessidade de desligar o ecrã. Por tudo isto, sentimos a necessidade emergente de intervenção familiar quanto à desmistificação de um certo “deslumbramento” pelas potencialidades dos ecrãs, de entretenimento e de substituição do papel/controlo parental.

No internamento de pedopsiquiatria existiam diversos ecrãs disponíveis para as crianças usufruírem: televisão, computador portátil e de mesa, *playstation* portátil e projetor. Estes ecrãs estavam dispostos em diversos espaços físicos, na sala de estar com um televisor, três gabinetes com respetivo computador de secretária, na sala multimédia com dois computadores de secretária e ginásio com projetor. Em qualquer que fosse o espaço físico que se verificasse a exposição a ecrãs, existia pelo menos um enfermeiro que supervisionava em permanência. Aparentemente houve um reconhecimento da importância de haver um controlo do conteúdo, de tempo e da interação que a criança estabeleceu com o ecrã.

Verificámos também que as crianças utilizaram os ecrãs em situações de atividades recreativas individuais e/ou de grupo, em atividades terapêuticas individuais e/ou de grupo e durante as visitas. Das atividades recreativas individuais destacaram-se: utilização dos computadores de mesa para produção de trabalhos em formato *word/powerpoint* (poemas, canções, cartas, entre outros) e visualizarem o Youtube<sup>19</sup>, construção de origamis e jogos *on-line*<sup>20</sup> e utilização da TV para visualizarem a *Ladybug*<sup>21</sup>. Das atividades recreativas de grupo, verificámos a visualização de um filme durante o turno da tarde e jogo de *wii*. Nas atividades terapêuticas individuais identificámos a visualização de videoclipes no *youtube*; a escrita; o desenho e os jogos *on-line*. Nas visitas identificámos a partilha de videoclips/músicas no *Youtube*, sendo que a visita foi sempre mediada por enfermeiro.

---

<sup>19</sup> Videoclipes, animes japoneses: desenhos animados japoneses.

<sup>20</sup> *Minecraft* – Jogo *on-line* que tem como objetivo posicionar blocos, conseguindo-se gerar infinitos espaços e cenários, repletos de desafios e aventuras. Jogo de estratégia sem violência.

<sup>21</sup> Série de animação original francesa, cuja heroína que possui uma pedra mágica lhe confere poderes de uma joaninha para salvar os cidadãos de Paris.

Para além destas atividades recreativas que utilizaram ecrãs, demo-nos conta que foram igualmente valorizadas outras atividades recreativas sem ecrãs, cujas crianças por sua iniciativa dedicavam tempo a experiências igualmente prazerosas e criativas, como jogos de cartas, monopólio, jogo do *stop*, jogo de futebol, construção de legos, pintura de mandalas/cadernos de figuras, construção de pulseiras de elásticos, escrita e leitura.

Os jovens passam em média 6h/dia em contacto com ecrãs, 30 minutos na sala multimédia<sup>22</sup> e 5 horas e 30 minutos em frente à televisão<sup>23</sup> na sala de estar ou no ecrã do computador de mesa, em gabinete no mesmo horário. Assumindo que a média de tempo de internamento dos participantes foi de 15 dias, poder-se-á traduzir que, em média, estas crianças passaram 3 dias e meio do seu internamento em contacto contínuo com pelo menos um ecrã. Estes dados poderão estar a apelar à necessidade de se incluir no projeto terapêutico de cada criança “um plano dietético de ecrãs” com colocação de limites de tempo mais claros e oferta de atividades alternativas. Sendo que a construção genérica de um plano desta natureza poderá envolver a equipa multidisciplinar para uma intervenção terapêutica mais personalizada e eficaz.

Dos sinais e sintomas mais identificados, antes da exposição a ecrãs, foram a irritabilidade, inquietação e baixa tolerância à frustração. A tendência dos sinais e sintomas identificados, após a exposição a ecrãs, foram cefaleias, irritabilidade, tensão latente no discurso e tranquilidade. Verificámos, assim, que antes ou após a exposição a ecrãs estiveram presentes alguns sinais e sintomas de síndrome de ecrãs eletrónicos, o que nos poderá sensibilizar, enquanto enfermeiros, para uma maior atenção e inclusão destes momentos no planeamento e implementação das intervenções terapêuticas dirigidas a este fenómeno.

O controlo e acesso aos ecrãs foi exclusivamente da responsabilidade dos profissionais de saúde. As crianças referiram sentir falta de utilizar o seu telemóvel com acesso às suas redes sociais. Os enfermeiros reconheceram a necessidade de se mediar as visitas quanto à não utilização de telemóveis dentro do internamento e de se intervir na preparação dos pais e criança na visita ao exterior do serviço, nas licenças de ensaio e na preparação da alta quanto à utilização de ecrãs.

Com este projeto motivamos a equipa multidisciplinar a refletir sobre esta problemática, cujos elementos partilharam as mesmas dificuldades que os pais das crianças. Impondo-se a questão de como poderão fazer diferente? Partilharam que

---

<sup>22</sup> Existe uma folha de controlo de horas de permanência no computador: 30 minutos diários, sendo negociados com a criança quanto à sua gestão ao longo do seu dia e que estará previsto no seu plano comportamental;

<sup>23</sup> 5h30 repartidas ao longo do dia: 9h30-11h; 13h-14h30; 15h30-16h; 18h30-19h; 19h30-21h.

não raras vezes privilegiavam o ecrã como técnica de distração de eleição quando esgotadas todas as ofertas terapêuticas.

Relativamente ao contexto de ambulatório, a exposição a ecrãs, antes de frequentar as sessões do HD, fez-se maioritariamente através do telemóvel, televisão e *tablet*. Exceto uma criança, todas tinham um telemóvel só para si, fazendo deste o seu ecrã principal. Os motivos de utilização destes ecrãs prenderam-se pelo lazer, lúdico e como fator de distração. Dos conteúdos mais utilizados, destacaram-se *whatsapp*, *youtube* para o telemóvel; desenhos animados (*Disney channel*, *nickelodeon*) e Jogos *On-Line* (*Fortnite*). Todos referiram que utilizam os ecrãs em modo multitarefa, reservando 2h-6h para usufruto do telemóvel e 4h-6h para a televisão e *tablet*. O tempo de exposição a ecrãs que estas crianças dedicaram excedeu aquele que é recomendado pelas *guidelines* emanadas da AAP (2015), que no máximo deverão estar 2h/dia expostas a TV não violenta, estando contraindicado a exposição a telemóveis e *tablets*.

A divisão da casa onde contactaram com estes ecrãs foi maioritariamente no quarto. Destacaram como aspetos positivos de utilização dos seus ecrãs – distração como forma de lidar com os conflitos na família; *chat* com os amigos; sentirem-se acompanhados; jogar e realizar várias tarefas no mesmo ecrã e/ou com ecrãs diferentes ao mesmo tempo. Os aspetos negativos mais mencionados foram não poderem estar com os amigos e com a família quando utilizam os ecrãs; irritabilidade quando separados do ecrã; cefaleias e conflito com os pais quando colocados limites de tempo/conteúdo. De referirmos que, neste grupo terapêutico, pareceu-nos haver uma tomada de consciência para a exposição a ecrãs como recurso para lidar com conflitos familiares e que, por outro lado, ao relacionarem-se com os ecrãs sentem a falta da companhia dos seus amigos e familiares.

A tendência do controlo parental, antes da inclusão das sessões em Hospital de Dia, na perspetiva dos pais, foi de não existir negociação, sendo permitido o contacto com os ecrãs mais do que três horas/dia e maioritariamente não existe supervisão do seu conteúdo. Os sinais e sintomas de exposição excessiva a ecrãs mais identificados foram cefaleias, irritabilidade, *deficit* de atenção e agressividade latente no discurso e no comportamento e heteroagressividade expressa e dirigida a objetos. Também neste contexto foi reconhecido pelos pais que o tempo de exposição a ecrãs foi excessivo, mas apenas quando os sinais e sintomas referidos estavam instalados. Identificaram ainda terem dificuldade em encontrar estratégias de *coping* eficazes para lidar com exposição excessiva a ecrãs. Mesmo que não tenhamos intervindo

junto das famílias, parece-nos que a intervenção de enfermagem na família deverá ir ao encontro desta dificuldade identificada.

Em contexto de HD observámos um computador de mesa na sala da equipa multidisciplinar, para usufruto exclusivo dos profissionais de saúde. Observámos que as crianças e família utilizaram telemóveis e *tablets* na sala de espera, enquanto aguardavam pelo início da sessão. Todavia, nas sessões as crianças não utilizaram ecrãs, pelo que as crianças deixavam os seus ecrãs com os respetivos familiares. Neste contexto existiam uma multiplicidade de espaços para a criança brincar: jardim com árvores, baloiços, cordas; sala de estar ampla com brinquedos diversos; sala de atividades com material didático como livros, jogos de mesa, materiais de artes plásticas, pinturas, plasticinas, bolas, *puffs*, entre outros. Notámos que em nenhuma sessão as crianças solicitaram ecrãs. Os técnicos utilizavam o seu telemóvel pessoal para, pontualmente, colocarem música durante a sessão.

Dos sinais e sintomas mais identificados, antes da exposição a ecrãs, foram a inquietação e baixa tolerância à frustração. A tendência dos sinais e sintomas, após a exposição a ecrãs, foram cefaleias, irritabilidade e tranquilidade.

Este projeto motivou a equipa multidisciplinar a refletir sobre esta problemática, referindo que se deparam com a realidade que as crianças usufruem de atividades recreativas e terapêuticas tao ou mais prazerosas do que as contenham ecrãs. Partilharam que não sentem necessidade de recorrer ao ecrã como mediador expressivo, optando por privilegiam atividades sem ecrãs.

Os resultados obtidos, em ambos os contextos, aproximam-se do que mostra a evidência científica face à exposição a ecrãs de forma regular e sistemática pela criança como se de uma extensão do seu corpo se tratasse. Observámos que os ecrãs poderão estar a contribuir para a criação de novas formas de relação interpessoal e de existência. Muitas vezes esta influência teve impacto negativo na saúde física e mental da criança. O controlo parental pareceu-nos vulnerável, pelo que a aquisição/desenvolvimento de competências parentais focadas nesta problemática poderá ser emergente em ambos os contextos. Por fim, acreditamos que a elaboração de “plano dietético de consumo de ecrãs” poderá ser um desafio para as equipas multidisciplinares quando confrontadas com os desafios da vida da criança *on-line*, mas sobretudo quando está *off-line*.

## 2.6.2. Dados obtidos através da implementação do programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na criança dos 8-12 anos exposta a ecrãs

Dadas as características específicas de cada contexto de estágio, foi necessário adaptarmos o nosso programa de intervenção, respetivamente, de forma a dar resposta às necessidades específicas das crianças inseridas no grupo terapêutico aberto (regime de internamento) e no grupo terapêutico fechado (regime de ambulatório).

Os diversos comentários sobre as dramatizações vividas pelos participantes foram criteriosamente anotados ao longo das sessões, com autorização expressa dos intervenientes. Não sendo possível de os apresentarmos na totalidade, optámos pela apresentação das dramatizações mais relevantes e demonstrativas dos objetivos a atingir em cada atividade terapêutica.

Em ambos os contextos, tentámos adaptar as temáticas e técnicas de intervenção ao *setting* clínico e atingir os objetivos específicos para cada sessão, mantendo os princípios básicos de terapia de grupo. Tivemos em conta a situação clínica das crianças e contra-indicações, que balizaram a formulação de objetivos terapêuticos apropriados e exequíveis.

Iremos apresentar e analisar as intervenções desenvolvidas na implementação do programa de intervenção com técnicas de dramatização em crianças dos 8-12 anos de idade expostas a ecrãs, primeiramente em contexto de internamento e de seguida em contexto de ambulatório.

No contexto A, contactámos com grupos terapêuticos abertos, com célere rotatividade de crianças internadas, idades compreendidas entre 8 e 12 anos de idade e respetiva gravidade e heterogeneidade de psicopatologia.

Formulámos os objetivos terapêuticos tendo em conta o enquadramento do tempo do grupo, fase de internamento em que cada elemento se encontrava e as necessidades do grupo, aqui e agora.

Cada sessão decorreu todas as segundas-feiras, com duração de 1h30, na sala de atividades do serviço de internamento. Foi estruturada em quatro fases: aquecimento geral; aquecimento específico; dramatização e partilha final/comentários. Todas as sessões tentaram contribuir para a aquisição e ou desenvolvimento de competências cognitivas, motoras, emocionais e sociais na criança dos 8-12 anos de idade.

Dadas as características do grupo aberto, de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8-17 anos, sentimos necessidade de realizar uma sessão exclusiva para um grupo terapêutico formado apenas por crianças com a idade compreendida entre 8-12 anos.

Passamos a apresentar, sumariamente, apenas as sessões mais significativas que espelharam melhor as intervenções desenvolvidas.

### **Sessão nº 1 – Dramatização: “Emoções”<sup>24</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: incentivar a expressão das emoções; contribuir para a coesão grupal; favorecer a consciência de si “aqui e agora” e das diferentes etapas do seu projeto terapêutico e estimular a atividade motora.

No aquecimento geral – “luta de bolas”, o grupo dividiu-se em dois subgrupos, que ficaram separados por um muro de almofadas. Foram distribuídas pelas duas equipas o mesmo número de bolas. O objetivo foi colocar o máximo de bolas no campo adversário ao mesmo tempo que esvaziavam as do seu espaço. A atividade terminou quando uma equipa esgotou as suas bolas e teve o seu campo vazio. No aquecimento específico, solicitámos às crianças que deambulassem pela sala e cada ia verbalizando uma emoção com intenção. De seguida, o grupo todo repetiu e cada elemento expressou-se de forma singular.

Na dramatização, cada jovem tinha um papel, no qual foi convidado a escrever uma emoção no “aqui e agora”, acompanhado por um desenho *emoji*. Relembrámos que cada criança se encontrava em etapas diferentes do seu projeto terapêutico. O grande grupo dividiu-se em sub-grupos de forma a emparelhar emoções semelhantes. Cada sub-grupo foi convidado a dramatizar as suas emoções através de uma estátua estática e/ou com movimento e som.

No momento de partilha, pretendeu-se que os vários elementos do grupo apresentassem as experiências vividas ao longo da sessão e devolvessem ao grupo os tipos de emoções que emergiram.

Nesta sessão os jovens participaram com empenho e satisfação. Conseguiram mostrar ao grupo a forma habitual de expressarem a zanga, raiva, solidão e a alegria. Investidos na construção de duas estátuas – medo e alegria, ambas com movimento.

---

<sup>24</sup> Baseado em Costa, R. C. (2017). *Agora? Liberte os seus filhos da dependência dos ecrãs*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Na fase de partilha os jovens verbalizaram que *“é difícil de falar quando fico zangado, começo a lembrar-me das coisas e fico a sentir-me mal”* sic; *“às vezes zango-me muito porque não sei porque é que a mãe não me vem visitar, fico com medo que possa estar doente ou morta”* sic; *“só consigo dizer quando estou alegre e quando estou zangado”* sic; *“tu só deves ter uma emoção porque estás sempre com a mesma cara, imagino que estejas assim porque sente saudades da tua família”* sic.

## **Sessão nº 2 – Dramatização: “Interações conflituosas”<sup>25</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: estimular coesão grupal e sentimento de pertença ao mesmo; promover a parceria entre pares; favorecer a tomada de consciência sobre as dificuldades individuais ao interagir com os pares com os quais se tem conflito relacional; contribuir para o desenvolvimento de estratégias para lidar com dificuldades na interação e proporcionar momento de *maternage* e relaxamento.

No aquecimento geral – *Espadachins*, o grupo todo ficou de pé, dispôs-se em círculo. Um elemento ficou no meio com um esparguete de esponja na mão. Teve como objetivo tocar num dos elementos dispostos em círculo. Cada elemento podia proteger-se dizendo o nome de um dos outros elementos, antes que fosse tocado pelo esparguete. A criança que estava no centro tinha de ir a correr até ao elemento que tem o nome que foi dito em voz alta e tocar-lhe com o esparguete. Ia para o centro quem tivesse sido tocado pelo esparguete e que não tivesse conseguido dizer a tempo o nome de um dos elementos da roda.

Na dramatização, primeiro momento – “Lago dos tubarões”: escolheu-se um elemento para ficar a dar as vozes. O grupo andou pela sala a fingir que estavam a nadar. Quando se ouvia a voz de “tubarões”, todos tinham de correr para a jangada construída de colchões. À medida que o jogo foi prosseguindo, foi-se reduzindo o tamanho da jangada. Os que fossem apanhados tornavam-se tubarões. Os tubarões tinham de apanhar aqueles que não conseguissem chegar a uma jangada. O jogo terminou quando todos foram apanhados. No segundo momento – “a tempestade”: o grupo imaginou que estava no meio de uma tempestade e que precisava de um barco para atravessar o mar e chegar a uma ilha para se abrigarem. Ficaram dispostos numa ponta da sala e tinham de atravessá-la, todos sentados num colchão cilíndrico sem

---

<sup>25</sup> Baseado em Carvalho, N. A. (2017). *60 Atividades de grupo: Cidadania e Desenvolvimento Pessoal e Social*. Alfragide: Leya.

poderem levantar-se. Teriam de unir esforços para manobrar o barco e atravessar o mar enfurecido com objetivo de encontrar um abrigo. Quando chegaram à ilha tiveram de construir um abrigo em conjunto para se protegerem da chuva e do vento. No terceiro momento – “relaxamento”: cada criança deitou-se num colchão, enquanto ouviam música para relaxamento. Foi realizada uma massagem breve a cada um dos elementos.

No momento de partilha, incentivou-se os elementos do grupo a partilharem as experiências vividas; o que foi mais fácil e mais difícil na sessão e como foi trabalhar em equipa.

Nesta sessão, os jovens participaram com necessidade de incentivo, com atitude pouco disponível. Foi realizada intervenção de forma assertiva e firme para respeitarem o espaço do outro, conseguindo ajustar o comportamento. Ao realizarem as dinâmicas propostas, os jovens apresentaram tensão latente no discurso e no comportamento quando frustrados. Na fase de partilha referiram “às vezes fico muito zangado e bato nos meus colegas e não consigo parar” sic; “é bom quando nos ajudamos, fica mais fácil fugir da tempestade” sic.

### **Sessão nº 5 – Dramatização: “*Bullying*”<sup>26</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: contribuir para a reflexão sobre o conceito de *bullying*; distinguir os tipos de *bullying*; promover momento de autoconsciência sobre *bullying*, partilhando vivências como “agressor” e “agredido”, “espectador” e contribuir para o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com situações de *bullying*.

No aquecimento geral, “Apanha-me se puderes”, um elemento ficou com a tarefa de apanhar outro, sendo que este podia ser salvo se dissesse o nome de outra criança. Ganhava a criança que apanhasse alguém que não conseguisse dizer, a tempo, o nome de outro jovem, passando a ser ele o que ficava a apanhar. No aquecimento específico, realizámos uma sociometria: o terapeuta pediu ao grupo para se dispor pela sala, utilizando duas paredes opostas (que funcionaram como os extremos) de forma a construir uma régua imaginária. Os vários elementos foram convidados a posicionarem-se conforme se sentissem mais confortáveis na régua. O tema da régua foi – “Quem já sofreu de *bullying*”, sendo que num extremo da sala

---

<sup>26</sup> Baseado Folk, W. (2005) – *Jogos de Cooperação*. 2ª Edição. Lisboa: Associação para a promoção cultural da criança;

colocaram-se as crianças que já sofreram muito, no extremo oposto os que nunca sofreram e entre estas duas posições os que sofreram pouco.

Na dramatização foi proposto ao grupo a realização de uma “cena de *bullying*”. O grupo dividiu-se em dois subgrupos. Cada subgrupo ficou encarregue de dramatizar uma cena de *bullying*, podendo mobilizar as suas experiências para a realizar. Contaram com 10 minutos para se organizarem e discutirem que situação pretendem dramatizar. Em cada dramatização promoveu-se uma troca de papéis, de forma que a personagem “agressor” trocasse de papel com “a pessoa agredida” e vice-versa.

No momento de partilha, pretendeu-se que os vários elementos do grupo partilhassem as experiências vividas que decorreram das dramatizações, o que foi mais fácil e mais difícil na dramatização do *bullying*, o que é mais difícil em lidar com o *bullying* e que estratégias devem utilizar perante o *bullying*.

Nesta sessão, os participantes mostraram-se atentos e com interesse na problemática. Foram escolhidas pelo grupo duas situações para dramatizarem, uma em contexto urbano e outra em contexto escolar durante o recreio. No momento de partilha, referiram “já vi muitas vezes a baterem num colega meu lá na escola” sic; “tenho medo de avisar alguém porque depois eles vêm bater-me a mim” sic; “nunca bati, mas já chamei nomes a uma menina na rua, para gozar com ela” sic; “devemos chamar os funcionários da escola (...) andar sempre acompanhados” sic; “devo falar com os meus pais” sic.

### **Sessão nº 10 – Dramatização: “Utilização de ecrãs” <sup>27</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: conhecer os hábitos de utilização de ecrãs; reconhecer os tipos de ecrãs que o grupo mais utiliza e os respetivos conteúdos, identificar os aspetos positivos e aspetos negativos de utilização de ecrãs e favorecer a aprendizagem interpessoal.

No aquecimento geral - “Cabra Cega”, vendou-se os olhos com um lenço a um participante com o objetivo de tentar apanhar um outro elemento que estivesse no campo do jogo. A criança que tinha os olhos vendados tinha que descobrir quem era o elemento que apanhou.

---

<sup>27</sup> Baseado em Manes, S. (2007). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Lisboa: Paulus Editora e em Patrão, I. (2016). *Geração Cordão – A geração que não desliga*. Lisboa: Pactor.

Na dramatização, pedimos aos cinco elementos para se dispersarem pela sala, utilizando quatro pontos (que funcionaram como os números de uma régua imaginária. Os vários elementos foram convidados a posicionarem-se conforme se identificassem: “eu uso muito o telemóvel e vejo muita televisão”; “eu uso o telemóvel e vejo televisão de forma responsável”; “eu uso pouco o telemóvel e vejo pouco televisão”; “eu não uso o telemóvel nem vejo televisão”. Posteriormente, pediu-se a cada elemento que construísse uma estatua em lego que represente para si um ecrã.

No momento de partilha, solicitámos ao grupo que devolvesse o que foi mais fácil e mais difícil na sessão, como foi aprofundar o conhecimento uns dos outros sobre a utilização de ecrãs; o que mais fazem no telemóvel; quais as aplicações que utilizam; que canais veem na televisão; da televisão, tv, *tablet*, computador, qual é que é mais importante para si; alguém controla o tempo que passam ao telemóvel, na tv, *tablet*, computador; veem tv e/ou jogam acompanhados.

Nesta sessão, os jovens apresentaram-se, inicialmente, inquietos, com baixa tolerância à frustração, sendo necessário manter-se em relação dual, conseguindo tranquilizar-se gradualmente. No momento de construção de lego, períodos de maior tranquilidade, com discurso coerente, conseguindo produzir várias naves: “*que se chama Eletricidade e quando entram dá choques e morrem*” sic; “*que se chama Batenave, que ajuda outras naves que se partem*” sic; “*que se chama Super Nave (que super lasers e ajuda outras naves*” sic. Reforçados positivamente pelo facto de terem permanecido na sessão até ao fim. Referiram que gostam muito de ver TV, nomeadamente, *cartoon network, nikoloudian*, os quais assistem quase sempre sozinhos. Partilharam que “*se pudesse via televisão todos os dias deitada.*” sic. Todos afirmaram ter um telemóvel só para si e que o utilizam “*para jogar, existem aplicações para escrever como um diário, mas que eu não uso, e tenho os meus contactos*” sic; “*lá em casa eu estou no meu quarto a jogar nele e os meus pais estão na sala também ao telemóvel (...)* não vou ter com eles porque eles também não vão ter comigo” sic.

### **Sessão nº 11 – Dramatização: “Confiança”<sup>28</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: promover momento de autoconsciência sobre confiança em si e no outro; favorecer a reflexão sobre as implicações da confiança (em si e no outro) no seu projeto terapêutico individual;

---

<sup>28</sup> Baseado em Manes, S. (2007) – *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Lisboa: Paulus Editora.

contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficazes em situações cuja confiança se encontre comprometida.

No aquecimento específico “confia em mim”. A sala foi preparada com vários obstáculos. Os jovens mantiveram-se fora desta sala, enquanto se organizavam em pares. Cada par decidiu quem ficava de olhos vendados, com recurso a uma fronha de almofada, para ser guiado e outro que guiava. Pretendia-se que cada par conseguisse desenvolver confiança um no outro para ultrapassar os obstáculos e concluir o percurso.

Na dramatização - átomo social sobre a confiança, logo que identificado o protagonista, solicitamos-lhe que se colocasse no centro da sala. Partindo deste princípio que se posiciona no centro, pretendia-se que colocasse em seu redor os restantes membros do grupo, que seriam a figura das pessoas em que mais confiava (dispostas perto de si) até chegar às pessoas de quem menos confia (dispostas mais afastadas). Promoveu-se um momento de troca de papéis entre o protagonista e uma pessoa de quem confia muito e entre o protagonista e uma pessoa de quem não confia.

No momento de partilha, pretendeu-se que os vários elementos do grupo partilhassem as experiências vividas que decorreram da dramatização; o que foi mais fácil e mais difícil na dramatização da “*confiança*”; quais os requisitos para se confiar em “mim” e no “outro”, o que é mais difícil em lidar com a “falta de confiança” e que estratégias utilizar quando não tiver confiança em mim e/ou no outro.

O grupo de pares nesta sessão mostrou-se com pouco interesse, atitude retraída. Na fase de aquecimento conseguiram guiar e serem guiados, mas a maioria referiu ser mais confortável guiar e mais difícil deixarem-se ser guiados pelo outro. Postura observadora face ao discurso dos pares, partilhando quando incentivados. Referiram que “*só confio no outro quando me dá razões para isso*” sic; “*eu confio na minha melhor amiga e na minha mãe*” sic; “*confio em mim, é difícil confiar nos outros*” sic.

No contexto B, contactámos com um grupo terapêutico fechado, cujo o número de participantes foi sempre cinco ao longo das sessões, com idades compreendidas entre 8 e 12 anos de idade, mantendo a respetiva heterogeneidade da psicopatologia, mas também a homogeneidade quanto à utilização frequente de ecrãs.

Formulámos os objetivos terapêuticos tendo em conta o enquadramento do tempo do grupo, fase de internamento em que cada elemento se encontrava e as necessidades do grupo, aqui e agora.

As sessões realizaram-se às quartas-feiras, com duração de 1h30, na sala de atividades do HD. Cada sessão foi estruturada tendo em conta o aquecimento geral/específico; dramatização e partilha final. Todas as sessões tentaram contribuir para a aquisição e/ou desenvolvimento de competências cognitivas, motoras, emocionais e sociais na criança dos 8-12 anos de idade. Dadas as características do grupo fechado, devolvemos a responsabilidade aos seus elementos, quanto à introdução de temas na abertura de cada sessão. O objetivo principal deste tipo de grupo terapêutico foi a aprendizagem interpessoal, clarificando e interpretando o aqui e agora, na tentativa de efetuarem mudanças duradouras nas suas vidas interpessoais. Por isso, foi crucial termos em conta a fase em que o grupo se encontrava para implementar cada sessão.

Passamos a apresentar, sumariamente, as sessões mais significativas que espelharam melhor as intervenções desenvolvidas.

### **Sessão nº 1 – Dramatização: “Hábitos de utilização de ecrãs”<sup>29</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: promover a tomada de consciência de si e do outro sobre a utilização a ecrãs; favorecer a aprendizagem interpessoal; conhecer os hábitos de utilização de ecrãs; reconhecer os tipos de ecrãs que o grupo mais utiliza e os respetivos conteúdos e identificação pelo grupo dos aspetos positivos e aspetos negativos de utilização de ecrãs.

No aquecimento geral - “Salada de Frutas”. As crianças dispuseram-se sentadas em cadeiras em círculo. Foram nomeadas duas frutas pelo grupo. Cada elemento escolheu uma dessas frutas. Cada vez que o terapeuta chamou uma das dessas duas frutas, as crianças, que a tinham selecionado, levantaram-se e trocaram de lugar. À medida que a atividade decorreu, as cadeiras para se sentarem foram diminuindo. A atividade terminou quando as cadeiras se esgotaram e o último membro do grupo ficou sem lugar.

Na dramatização, “À procura das perguntas escondidas”, estavam escondidos cinco “enigmas” na sala. Estes enigmas diziam respeito a cinco frases sobre a

---

<sup>29</sup> Baseado em Monteiro, R. (1994). *Jogos Dramáticos*. 7ª Edição. São Paulo: Ágora.

utilização de ecrãs. O terapeuta foi orientando os vários elementos se estavam “perto” e/ou “longe” do local onde estavam escondidos, utilizando as palavras “quente” e/ou “frio”. Quando uma criança encontrou um enigma guardou-o e foi-lhe proposto que criasse um desenho sobre o enigma que encontrou. A atividade continuou até os cinco enigmas terem sido encontrados e todas as crianças terem concluído o seu desenho. Após isto, seguiu-se um momento de partilha sobre o que cada criança sentiu e pensou sobre cada enigma e, particularmente, o que desenhou sobre o seu enigma. Os cinco enigmas foram: “o que prefiro mais: estar a jogar no telemóvel sozinho ou brincar com os meus amigos?”; “onde utilizo mais o meu telemóvel: em casa, na escola, no recreio, em todo o lado?”; “alguém controla o tempo em que estou a ver televisão, no telemóvel, no *tablet*, na *playstation*?”; “o que sinto quando passo muito tempo a ver televisão, ao telemóvel, a jogar no *tablet*?” e “prefiro estar ao telemóvel do que estar com os meus amigos ou com a minha família?”.

No momento de partilha, pretendeu-se que os vários elementos do grupo partilhassem as experiências vividas: o que foi mais fácil e mais difícil na sessão e como foi aprofundar o conhecimento uns dos outros sobre a utilização de ecrãs.

No início da sessão, o grupo apresentou disponibilidade e empenho graduais. Mais agidos e investidos na dinâmica da “salada de frutas”. Os desenhos que emergiram no grupo foram diversos, dando visibilidade da forma como os ecrãs estão integrados nas atividades de vida diária dos vários elementos. Relativamente aos cinco enigmas: no enigma 1: “o que prefiro mais: estar a jogar no telemóvel sozinho ou brincar com os meus amigos?”, todos verbalizaram que preferiam brincar com os amigos e realizar outras atividades ao ar livre, em contacto com a natureza. No enigma 2 – “onde utilizo mais o meu telemóvel: em casa, na escola, no recreio em todo o lado?”, uma criança verbalizou *“parece que sou viciada, não o largo”* sic e outra acrescentou que *“o telemóvel anda sempre comigo, por onde eu vou, ele vai também”* sic. No enigma 3 – “alguém controla o tempo que estou a ver televisão, no telemóvel, no *tablet*, na *playstation*?”, emergiram as seguintes repostas *“eu ando sempre com o meu telemóvel, mesmo quando como pizza”* sic e *“deixo-me ficar deitada na cama a ver televisão até adormecer e às vezes acordo durante a noite e ela continua ligada, é assim lá em casa”* sic. No enigma 4 – “o que sinto quando passo muito tempo a ver televisão, ao telemóvel ou a jogar no *tablet*?”, a criança que encontrou este enigma elaborou o seu desenho, manteve-se em mutismo (motivo de encaminhamento para o HD) e respondeu com acenos de cabeça ao partilhar com os pares “a imagem representada no ecrã da tv é ele próprio, retratado no ambiente da sua casa, está feliz e ficou interrogado o facto de aparecer um busto no ecrã ao seu lado, não se

conseguindo apurar o seu significado”. No enigma 5 – “prefiro estar ao telemóvel do que com os meus amigos ou com a minha família?”, tendo emergido a seguinte resposta jovem “*prefiro estar com os amigos, com a família e ao telemóvel, tudo ao mesmo tempo para não perder nada*” sic<sup>30</sup>. No momento de partilha, surgiram várias respostas como por exemplo “*utilizo o telemóvel em todo o lado*” sic; “*é a jogar no computador que que refugiu-me das minhas emoções quando os pais se zangam*” sic; “*lá em casa os pais estão sempre ao telemóvel e não me dão atenção nenhuma, fico furiosa com isso*” sic e “*os pais ficam na sala e eu no meu quarto no tablet e assim é melhor porque faço o que quero*” sic.

## **Sessão nº 2 – Dramatização: “Ao utilizar os ecrãs: Como gerir as minhas emoções?”**<sup>31</sup>

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: incentivar a expressão de emoções que vivenciam na relação com os ecrãs; favorecer a tomada de consciência sobre as suas emoções; contribuir para o desenvolvimento de mecanismos de *coping* na gestão emocional, em contexto de exposição a ecrãs e proporcionar um momento de *maternage* com técnicas de relaxamento.

No aquecimento geral - Luta de bolas, o grupo dividiu-se em dois subgrupos e ficaram separados por um muro de *puff's*. Foram distribuídas pelas duas equipas o mesmo número de bolas e almofadas. O objetivo foi colocar o máximo de bolas no campo adversário, ao mesmo tempo, que esvaziavam o espaço da sua equipa. A atividade terminou quando uma equipa esgotou as suas bolas e almofadas e mostraram o seu campo vazio.

A dramatização foi composta por dois momentos. No primeiro momento – “Estátua das emoções”: Cada criança foi convidada a escolher um *emoji* (semelhantes aos que usam nos seus telemóveis) que traduzisse uma emoção sua no “aqui e agora”. Depois solicitou-se que construíssem uma estátua dessa emoção com o material disponível na sala. A estátua poderia movimentar-se, ter som, estar imóvel, por exemplo. Quando as estátuas foram concluídas, pedimos ao grupo que partilhasse o que observou e o que sentiu com aquilo que pudesse estar a ser representado. De seguida, cada criança teve oportunidade de descrever a sua estátua. Este primeiro momento terminou quando todos os membros realizaram a sua

<sup>30</sup> Para uma melhor compreensão ver anexo I – Desenhos representativos dos cinco enigmas da Sessão nº 1 – “Hábitos de utilização de ecrãs”.

<sup>31</sup> Baseado em Folk, W. (2005). *Jogos de Cooperação*. 2ª Edição. Lisboa: Associação para a promoção cultural da criança.

estátua. No segundo momento – “Vídeo jogo: as aventuras no deserto”: foi pedido ao grupo que imaginasse que estava num vídeo jogo no meio de um deserto. Neste local estava muito sol e todos precisam de abrigar-se para fugirem do calor. Todos os elementos teriam de ajudar na construção de uma cabana, utilizando os materiais dispostos na sala (colchões, lençóis, *puff*s, cadeiras, entre outros). Quando o grupo conseguiu construir a sua cabana, foram surpreendidos por uma “tempestade de areia” durante o dia e uma “vaga de frio” à noite, pelo que incentivamos os vários elementos a cooperarem entre si para se protegerem uns aos outros. No fim da sessão cada criança deitou-se num colchão, enquanto ouvia música suave e tranquila e usufruíam de um período breve com técnicas de relaxamento, incluindo a utilização de vários materiais que apelaram à estimulação sensorial (tato: pinças, bolas, vento, entre outros).

No momento de partilha, pretendeu-se que os vários elementos discutissem o que foi mais fácil e difícil na sessão e devolvessem ao grupo os tipos de emoções que emergiram e como foi trabalhar uns com os outros na gestão das suas emoções.

O grupo de pares participou nesta sessão com empenho e motivação. Cada elemento escolheu o *emoji* que representou a emoção no aqui e agora. As estátuas que emergiram foram diversificadas com os seguintes títulos: “*pensativa*”; “*muito dinheiro*”; “*risada*”; “*brincalhão*”; “*OK*” e “ *festa*”. As emoções representadas foram o medo para a estátua “pensativa” e a alegria para as estátuas “muito dinheiro”, “risada”, “brincalhão”, “OK” e “festa”. Usufruíam da dramatização do videojogo, mostrando cooperação e interações positivas entre os vários elementos do grupo. No momento de partilha verbalizaram “*as emoções são muito importantes*” sic; “*às vezes as emoções pesam na cabeça*” sic; “*gostei muito de brincar na cabana, fizemos o nosso próprio jogo sem precisarmos de nenhum computador*” sic.

### **Sessão nº 3 – Dramatização: “Ao utilizar os ecrãs: como me relacionar com o outro”<sup>32</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: estimular coesão grupal e sentimento de pertença ao mesmo; promover a parceria entre pares; favorecer a tomada de consciência sobre as dificuldades individuais ao interagir com os pares;

---

<sup>32</sup> Baseado em Manes, S. (2007) – *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Lisboa: Paulus Editora.

contribuir para o desenvolvimento de estratégias para lidar com dificuldades na interação.

No aquecimento específico – “Corrida das sacas”, todos os elementos do grupo colocaram-se dentro de sacos e dispuseram-se alinhados, de forma a iniciar uma corrida. A arena da corrida foi em círculo, pelo que ganharia o elemento que conseguisse dar 3 voltas à arena, sabendo que só podia deslocar-se dentro do saco.

Na dramatização – “A série o rei manda”, identificámos o protagonista e sugerimos que desempenhasse o papel de “Rei”. Este tinha o poder de mandar todos os elementos concretizarem os seus pedidos ou desejos. Tudo era possível, “voar, lutar, brincar, gritar, saltar, teletransportar-se...” Foi limitado um pedido para cada elemento, sendo que o “Rei anterior” nomeava o “Rei sucessor”.

No momento de partilha, incentivámos os vários elementos do grupo a partilhar as experiências vividas: o que foi mais fácil e mais difícil na sessão; como foi trabalhar em equipa e que estratégias utilizaram para interagirem uns com os outros fazendo parte do mesmo ecrã.

Nesta sessão, o grupo de pares mostrou-se empenhado e com satisfação na concretização das dinâmicas propostas. Satisfeitos na corrida de sacas, mostrando-se cooperantes uns com os outros. Ao terem a oportunidade de concretizar os seus desejos na dramatização “a série do rei manda”, verbalizaram terem-se sentido “felizes” sic, “descontraídos” sic e serem “verdadeiros reis” sic. Os pedidos foram variados desde “*eu quero voar*” sic; “*vamos todos jogar à bola*” sic; “*vamos andar de skate*” sic; “*desejo brincarmos todos com as bolas grandes*” sic e “*desejo lutar às espadas*” sic. No momento de partilha, referiram que “*com a ajuda de todos conseguimos brincar (...) às vezes foi difícil ter de esperar para eu ser a rainha da série*” sic; “*para mim seria sempre eu o rei da série e não a partilhava com ninguém*” sic, e ainda, “*foi tão bom estar aqui (...) queremos mais*” sic.

#### **Sessão nº 4 – Dramatização: “De que forma os meus pais/técnicos interagem com os ecrãs”<sup>33</sup>**

Esta sessão teve como objetivos terapêuticos: incentivar a expressão das emoções quando veem os pais/tutores legais a relacionarem-se com os ecrãs;

---

<sup>33</sup> Baseado em Carvalho, N. A. (2017). *60 Atividades de grupo: Cidadania e Desenvolvimento Pessoal e Social*. Alfragide: Leya.

favorecer a tomada de consciência sobre a forma como adultos interagem com os ecrãs.

No aquecimento geral – “videojogo matraquilhos humanos”, o grupo dividiu-se em dois subgrupos. Cada subgrupo agarrou as mãos formando uma fila. As duas filas ficaram frente a frente e tiveram como objetivo fazer passar uma bola com os pés para atravessar a fila contrária.

Na dramatização, “*Tétris on-line*”, cada criança foi convidada a construir uma figura de lego que representasse a forma como a criança via a interação dos pais/tutores legais com os ecrãs.

No momento de partilha, pedimos aos vários elementos do grupo que apresentassem oralmente as experiências vividas ao longo da sessão e que discutissem o que sentem ao ver os adultos significativos das suas vidas a utilizarem os ecrãs.

Nesta sessão, os jovens apresentaram atitude disponível, contacto ajustado entre os pares, tensão latente no discurso no momento de apresentação da construção de lego. Foram construídas quatro figuras de lego, intituladas: “cadeira de lego com piscina” sic; “telemóvel plasticina” sic; “pais no telemóvel” sic e “boné” sic. Na apresentação da “cadeira de lego com piscina”, a criança referiu que *“na minha figura os técnicos com quem vivo não ligam muito aos ecrãs, mas vejo que eles passam muito tempo ao computador a trabalhar e isso deixa-me nervoso porque quero brincar com eles e eles não podem”* sic. Na figura “telemóvel de plasticina”, foi partilhado que *“a minha mãe está sempre no Facebook, no computador e no telemóvel (...) não olho para o que ela está a fazer mas parece estar a conversar com os amigos (...) o pai não usa tanto o telemóvel, anda lá na sua vida (...) antes a minha irmã brincava mais comigo, agora só vê o telemóvel à frente, tenho saudades de brincar com ela (...) sinto-me muitas sozinha, gostava muito que pudéssemos passear mais, brincar mais, como as outras famílias fazem.”* sic. Na construção de lego intitulada “pais no telemóvel”, a criança verbalizou que *“às vezes vamos passear à praia e minha família fica agarrada ao telemóvel (...) lembro-me que antes íamos a festas de arromba e brincávamos muito, agora não, agora ficamos em casa, nem sequer falam com as pessoas (...) no futuro vai ser pior, serão todos viciados e eu estou lá”* sic. Na última figura de lego intitulada como “boné”, o seu autor partilhou que *“o meu pai gosta de telemóveis e bonés. Eu sinto-me indiferente, pois já estou habituada com isso [referindo-se ao facto de o pai estar ao telemóvel]. Ele reclama muito, ele acha que eu sou chata, eu falo muito e ele não quer saber.”* sic.

No programa de intervenção para crianças expostas a ecrãs, que acabámos de apresentar e analisar algumas das suas sessões, foi importante ampliar a oferta de mediadores expressivos, além da dramatização, para não limitar o desenvolvimento do seu potencial para se expressarem, seja através do movimento, da mímica, da pintura, da escrita, da brincadeira ou do jogo. Quando a verbalização foi difícil na dramatização, a complementaridade com outros mediadores expressivos artísticos permitiu a revelação de pensamentos e emoções.

Para Ferraz (2009), o uso de mediadores expressivo-artísticos, como a escrita, a pintura, o brincar e o jogo detêm inúmeros benefícios terapêuticos, como a abertura a novas vias de comunicação e de relação, com o próprio e com o outro; a promoção da resolução de problemas; a difusão de hábitos saudáveis; o incentivo à criatividade, espontaneidade e autonomia; favorecem a catarse e promovem o aumento da autoestima.

Estes benefícios parecem-nos essenciais na intervenção terapêutica em grupo de crianças com alterações do comportamento, expostas a ecrãs, dado que apresentam dificuldades na comunicação verbal, baixa tolerância à frustração, isolamento social, heteroagressividade e dificuldade de expressão emocional. O facto destes mediadores expressivos terem por base uma participação lúdica, do jogo e da livre expressão, irá permitir à criança, com alteração do comportamento exposta a ecrãs, desenvolver a sua criatividade com e sem ecrãs, ser capaz de criar o mundo e reinventá-lo de uma forma mais harmoniosa com os ecrãs, passando pelos momentos de maior vulnerabilidade onde sinais e sintomas sugestivos de exposição excessiva possam estar presentes.

As crianças com alterações de comportamento expostas a ecrãs mostram-se sem referências e/ou limites pouco claros e expressam, nos comportamentos agressivos e desafiadores e na inquietação, a angústia e o sofrimento que não conseguem transmitir de outras formas na sua interação/ausência dela com os ecrãs. Cremos que os enfermeiros especialistas podem oferecer a estas crianças, em situação de exposição a ecrãs, a possibilidade de se expressarem adequadamente através de mediadores expressivo-artísticos, com especial ênfase na dramatização. Desta forma a criança poderá ser estimulada a canalizar livremente as suas dificuldades e potencialidades para essas atividades em grupo, dando-lhes sentido e identificando estratégias adequadas para lidar com a exposição excessiva a ecrãs. Porém, na base da utilização destes mediadores expressivos artísticos em intervenções de grupo julgamos ser fundamental o desenvolvimento de uma relação

terapêutica interpessoal, de competências de observação, de gestão de conflitos, de autoconhecimento e de reflexão crítica da nossa intervenção enquanto terapeutas.

Ao analisarmos os contributos da Teoria das Relaciones Interpersonales de Peplau, concluímos que o recurso às quatro fases do processo interpessoal foi estruturante para a nossa intervenção num grupo terapêutico no âmbito da exposição a ecrãs. Na fase de orientação foram esclarecidas e definidas as necessidades identificadas em conjunto com a criança. Orientámos a criança no processo de intervenção e desenvolvemos um vínculo à medida que as preocupações foram sendo identificadas. Os contributos da criança e da família foram essenciais para tomarmos consciência do padrão de utilização e de exposição a ecrãs, bem como do controlo parental. Na fase de identificação, promovemos a expressão de sentimentos e demos suporte emocional à criança/família na sua vivência de exposição a ecrãs, reforçando as forças positivas da sua personalidade e promovemos estratégias adequadas para lidarem com a exposição de ecrãs e com a privação da sua utilização. Foi nesta fase que aplicámos o questionário de caracterização do padrão de exposição a ecrãs. Na fase de exploração, incentivámos que a criança utilizasse e tirasse vantagens de todas as intervenções disponíveis no programa de intervenção para lidar com a exposição excessiva a ecrãs. Na fase de exploração, utilizámos instrumentos de comunicação tais como o esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino e a interpretação para intervir junto da criança/família. Na última fase do processo interpessoal, a de resolução, finalizámos as intervenções com a criança e família, dado que, aparentemente, conseguiram tomar consciência do seu padrão de utilização de ecrãs, bem como os seus aspetos positivos e negativos e os sinais e sintomas antes e após da exposição a ecrãs. Atingimos esta fase quando a criança e família tomou consciência da exposição saudável, a identificação de sinais de alerta de exposição excessiva, a identificação de recursos internos e externos, o pedido de ajuda e a implementação de estratégias adequadas para um uso saudável do ecrã. Nesta fase ocorreu uma aprendizagem mútua entre todos os intervenientes do processo interpessoal, transversal à implementação deste projeto de intervenção.

No contexto da relação interpessoal estabelecida com as crianças/família, importa identificarmos e analisarmos os papéis desempenhados pelo enfermeiro que consideramos terem sido desenvolvidos. É o caso do papel de educadores, através do qual, intervimos no âmbito psicoeducativo sobre a problemática da exposição excessiva a ecrãs. No papel de recursos, transmitimos informações necessárias e específicas para uma melhor compreensão desta problemática, de estilos e comportamentos saudáveis de exposição a ecrãs, bem como a identificação de

estratégias adequadas para lidar com as consequências negativas no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social da criança, em situação de EEE. Desenvolvemos também o papel de conselheiros ao implementarmos o programa de intervenção com técnicas de dramatização, favorecendo o reconhecimento, confrontação, aceitação e resolução de problemas, em contexto de exposição excessiva a ecrãs. No papel de líderes, tivemos a oportunidade de experimentar orientar a intervenção psicoterapêutica de grupo. No papel de especialistas técnicos, intervimos junto da criança em situações de cuidados muito específicas, particularmente, com irritabilidade, ansiedade, auto e heteroagressividade expressa, com fraca interação com os pares e diminuição da atenção. Finalmente, no papel de substitutos, sentimos não raras vezes, que servimos de figuras substitutas das figuras parentais.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

A prática avançada de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria rege-se, desde novembro de 2010, pelo regulamento de competências específicas, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. A Enfermagem de SMP centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na prevenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Foi com base nestes pressupostos que construímos e desenvolvemos este projeto de intervenção, que teve como finalidade a aquisição de competências avançadas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este percurso de aprendizagem permitiu-nos otimizar as nossas aptidões para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, mais concretamente, na área de pedopsiquiatria.

Tendo como centralidade das nossas intervenções de enfermagem a criança com alteração de comportamento, exposta a ecrãs, em regime de internamento ou de ambulatório, foi possível planearmos e executarmos intervenções no âmbito psicoterapêutico que tentassem contribuir para a promoção do seu desenvolvimento saudável a nível físico, cognitivo, emocional e social, numa relação harmoniosa com os ecrãs. Para tal, foi fundamental a recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental daquelas crianças. O processo de apreciação exigiu-nos a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevistas, de observação do comportamento, de revisão dos registos clínicos e avaliação abrangente das mesmas.

Numa lógica de parceira de cuidados, tentámos conhecer, compreender e gerir junto da criança a sua exposição a ecrãs, bem como incentivar a redução de riscos relacionados abuso e favorecer a adesão a hábitos de utilização saudáveis. Com as intervenções implementadas, pretendemos contribuir para a reabilitação psicossocial da criança exposta a ecrãs, com o objetivo de atingir a máxima autonomia, funcionalidade e a definição de projetos terapêuticos que visassem a libertação de tensões emocionais e vivencia de experiências tão ou mais gratificantes que a utilização de ecrãs.

Este percurso de aprendizagens contribuiu para o nosso autoconhecimento como pessoas e como profissionais de saúde, especialmente pelas vivências em terapia de

grupo<sup>34</sup>. A competência de EESMP – “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010, p.4) foi a que mais desenvolvemos em ambos os contextos. As situações clínicas, sociofamiliares, de elevada complexidade, fizeram com que tomássemos consciência das nossas características pessoais, aceitá-las, dar-lhes um sentido e otimizá-las na relação terapêutica<sup>35</sup>. Conseguimos percorrer um caminho de transformação da nossa disponibilidade na relação terapêutica, conscientes da sua real intencionalidade e benefício para a promoção da saúde mental na criança/família. Foi no encontro com o outro que nos descobrimos a nós próprios, como somos e como estamos na relação terapêutica. Aproximou-nos da nossa essência, criando-nos a oportunidade de assistirmos da primeira fila o confronto com os nossos limites, afetos, tolerância, zona de conforto/desconforto<sup>36</sup>.

Ao realizarmos este caminho, conseguimos clarificar qual perfil de enfermeiros especialistas em SMP que queremos construir e quais as competências acrescidas avançadas em psicoterapia que nos devemos apropriar, para suportar a nossa prática de cuidados e diferenciarmo-nos de outras áreas de atuação. Identificámo-nos com o perfil de EESMP que se mobiliza enquanto instrumento terapêutico e que se dedica e interessa genuinamente pela criança e família<sup>37</sup>. Para que as intervenções em grupo, de âmbito psicoterapêutico, fossem implementadas neste projeto, tivemos de nos suportar da regulamentação deontológica sobre o perfil do EESMP com competências acrescida em psicoterapia. Desse suporta, importa-nos evidenciar evocar os Domínios de Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia inscritos no Decreto Lei no 387/2019 da Ordem dos Enfermeiros – Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia. Os artigos mobilizados foram especificamente, o artigo 6º, alínea a) – “Desenvolve um processo de intervenção psicoterapêutica, de elevada perícia, garantindo um acompanhamento integral, efetivo, seguro e oportuno à pessoa” (p.13402) e no artigo 2º, alínea d) – “O enfermeiro que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina, da profissão e da Psicoterapia, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, e que intervém, através de uma relação psicoterapêutica diferenciada, consciente e planeada, com a pessoa/família/grupo” (p.13402).

---

<sup>34</sup> Ver apêndice VI – Reflexões: “Fases de grupo” e “Qual o meu lugar no grupo terapêutico” no contexto B. Breve exposição centrada na nossa forma de estar em grupo, aceitação de um elemento novo e apreciação das fases do grupo.

<sup>35</sup> Ver apêndice VII - Reflexão em contexto B – “Autoconhecimento e brincar”.

<sup>36</sup> Para melhor compreensão ver apêndice VIII – Diário de aprendizagem em contexto A.

<sup>37</sup> Para melhor ilustração ver apêndice IX – registos de interação de intervenção individual e familiar.

Intervimos junto de crianças e famílias que estavam a viver processos de sofrimento não somente em contexto de exposição excessiva a ecrãs. Empenhámo-nos para que nossa prática de cuidados de enfermagem fosse diferenciada e merecedora de inclusão de equipa multidisciplinar. Esta intencionalidade exigiu-nos a mobilização de conhecimentos técnico-científicos de psicopatologia, de relação terapêutica, comunicação terapêutica, psicologia do desenvolvimento da criança, avaliação e intervenção sistémica familiar, gestão de conflitos, intervenção individual e em grupo, no âmbito psicoeducativo.

De acordo com Boavida e Ponte (2002), a colaboração numa equipa multidisciplinar pode oferecer múltiplos olhares, uma variedade de linguagens, quadros de referência e estilos de trabalho dos seus membros, muito úteis para o treino de competências colaborativas. Consideramos que, termos contactado com diversos profissionais de saúde, promoveu mais diálogo; desenvolveu a nossa capacidade reflexiva, aumentou a possibilidade de aprendizagens mútuas e empoderou-nos para enfrentarmos as incertezas e obstáculos da realidade de EEE.

Este estágio também contribuiu para tomarmos consciência sobre a importância de uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para isto, concorreram as nossas participações no XIV Congresso Nacional de Psicodrama – Reconstruir<sup>38</sup> e no XXIV Encontro Nacional de APPSP<sup>39</sup>. O primeiro congresso, fez-nos ver e experimentar a dramatização como um mediador expressivo cheio de potencialidades, que permiti-nos familiarizar com diferentes “linguagens/simbolismos dramáticos”. Foi possível “pensar-nos”, “comunicar-nos” e “expressar-nos” quanto ao nosso mundo interno, muitas vezes povoado por inquietações, medos, memórias e alegrias, as quais são “encobertos” pela nossa azáfama de vida diária, pessoal e profissionalmente. Relativamente ao segundo congresso, foi-nos possível “verificar o estado de arte” com a partilha de peitos nas áreas da exposição excessiva a ecrãs, do uso problemático da internet e da dependência do jogo *on-line*.

Este estágio permitiu-nos desenvolver ainda o treino de competências na condução de intervenções com recurso a técnicas de dramatização. O suporte da dramatização, enquanto mediador expressivo-artístico, foi facilitador para a nossa implicação nas dinâmicas, proporcionando-nos experiências muito satisfatórias pela disponibilidade e envolvimento dos intervenientes, legitimadas pela profundidade das partilhas. Serviu-

---

<sup>38</sup> Ver em anexo II - Programa do XIV Congresso Nacional de Psicodrama em novembro de 2018, realizado na Universidade de Aveiro.

<sup>39</sup> Ver em anexo III – Programa do XXIV Encontro Nacional da APPSP, realizado em na Fundação Gulbenkian, Lisboa.

nos como reforço positivo observar as manifestações de satisfação, expressas pelas crianças, ao criarmos oportunidades para falarem de si e da relação que estabelecem com os ecrãs. Encarámos a sua vivencia como singular e, simultaneamente, comum aos outros elementos do grupo de pares, de forma a contruirmos para a valorização do seu sofrimento e esforço em tentarem fazer diferente no seu processo de transformação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminar este relatório, apraz-nos referir que a sua elaboração foi pretexto de gratas aprendizagens. Como já anteriormente referimos, a escolha da problemática surgiu da conjugação entre uma inquietação face aos desafios da vida tecnológica atual e uma crença de que a intervenção da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria poderá fazer a diferença na sua abordagem. A oportunidade de podermos associar o gosto pela dramatização à nossa atividade profissional como enfermeiros afigurou-se-nos como uma fonte de motivação e satisfação suplementares.

Na atualidade as crianças crescem imersas nas TIC, o que levanta aspetos positivos e negativos sobre o seu desenvolvimento saudável. Nos meios de transporte, durante as refeições, nas salas de aula ou em qualquer espaço público, encontramos crianças *on-line*, incapazes de se desconectar do telemóvel ou do *tablet* por um instante. Na prática, observam-se crianças com alterações do comportamento, situações de agressividade e/ou violência inexplicáveis face à proibição de se desvincularem a um ecrã. Esta problemática estende-se para o contexto escolar e dinâmica familiar, adquirindo contornos cada vez mais complexos e difíceis de lidar.

As intervenções realizadas criaram oportunidades para que a criança e família refletissem e se pronunciassem sobre o momento presente das suas vidas em completa ligação com os ecrãs, nem sempre harmoniosa. O recurso aos mediadores expressivo-artísticos, com especial destaque na dramatização, poderá ter permitido à criança comunicar através da sua linguagem própria, o brincar. O jogo dramático afirmou-se, aparentemente, como uma possibilidade de “pensar-se”, “comunicar-se” e “expressar-se” quanto ao seu mundo interno, muitas vezes povoado por angústias, culpas, inquietações, medos, zangas e alterações do comportamento, as quais são “encobertas” pelos ecrãs. Através da dramatização, tentámos promover a criatividade na criança, (re) descobrindo atividades tão ou mais prazerosas que a utilização de ecrãs e/ou um desenvolvimento harmonioso com os mesmos. O próprio prazer de estar em grupo terapêutico poderá ter facilitado o encontro com uma experiência diferente que não tinham com os ecrãs.

Na prática clínica, deparámo-nos que, aparentemente, as perturbações de doença mental intensificaram a vulnerabilidade da criança à exposição a ecrãs. Este é mais um motivo para o qual o EESMP deverá estar atento e, integrado numa equipa multidisciplinar, contribuir para um planeamento e execução de um projeto terapêutico que reflita as reais necessidades da criança/família exposta a ecrãs. Parece-nos,

portanto, fundamental associarmos o contexto nas novas TIC com as problemáticas da criança para uma abordagem personalizada e eficaz.

Como dificuldades sentidas devemos referir a inexperiência na área de intervenção de pedopsiquiatria e na área da dramatização com recurso a técnicas de dramatização.

Quanto às limitações deste projeto de intervenção, destacamos que não foi possível intervir junto dos pais/tutores legais e os professores. Sugerimos que este projeto de intervenção possa despertar o interesse de outros enfermeiros para uma reflexão sobre outras estratégias de intervenção que privilegiem a presença das crianças, família e professores, como forma de dar resposta a uma intervenção terapêutica holística e prioritária face à problemática da EEE.

A análise das intervenções desenvolvidas neste projeto, sugere que a dramatização com recurso a técnicas de dramatização, poderá ser uma proposta válida de abordagem terapêutica à criança exposta a ecrãs, com potencialidades a serem exploradas noutras áreas de cuidados de saúde mental e que outras formas de dramatizações alternativas possam oferecer diferentes abordagens de tratamento. Seria importante que futuramente tais intervenções pudessem ser avaliadas tanto no que se refere à sua eficácia terapêutica, quanto à sua eficiência, em termos de custos/benefício do tratamento e até serem abrangidos os contextos escolar e comunitário.

Esperamos que este projeto de intervenção possa, modestamente, contribuir para o enriquecimento das intervenções de Enfermagem nesta área, que não se fique apenas pelos “likes” ou pelo “hashtag” “#exposiçãoeccessivaaeccras” e que possa navegar mais longe e promover uma maior consciencialização do longo caminho a desenvolver, na realidade *off-line* da criança, quanto à prevenção, diagnóstico e intervenção em situação de exposição excessiva a ecrãs, incluindo os seus contextos familiar, escolar e comunitário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (1992). *O modelo do Psicodrama Moreniano*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.
- Abreu, J. L. P. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. (3ª ed). Lisboa: Climepsi.
- American Academy of Pediatrics (2011). Policy Statement: Media Use by Children Younger than 2 years. *Pediatrics*, 128 (5), 1040-1045. Acedido em 09-05-2019. AAP News with full Text. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1040>
- Almeida, A. N., Dedicado, A. e Alves, N. A. (2011). As crianças e a internet em Portugal: Perfis de uso. *Sociologia, Problemas e Práticas* (65), 9-30
- Arfouilloux, J. C. (1983). *A entrevista com a criança: A abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho*. (3ª ed). Rio de Janeiro: Zahar.
- Bittencourt, M. et al.(2018). Contributos das Teorias de Enfermagem na Prática de Promoção de Saúde Mental. Série IV - n.º 18 - JUL./AGO./SET. Disponível em: <https://Disponível em:.org/10.12707/RIV18015>
- Block, J. J. (2008). Issues for the DSM-V: Internet Addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307. Acedido em 10-11-2019. Disponível em: <http://dx.Disponível em:.org/10.1176/appi.ajp.2007.07101556>
- Boavida, A. e Ponte, J. (2002). Investigação colaborativa: Potencialidades e problemas. *Reflectir e investigar sobre a prática profissional*, (pp. 43-55). Lisboa: APM.
- Brazelton, T. (1995). *O grande livro da criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (13ª ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Bucho, J. L. C. (2011). *As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Bustos, D. (2005) *O Psicodrama – Aplicações da Técnica Psicodramática*. 3ª edição. São Paulo: Ágora.
- Carreira, A., Correia, A. (2011). Unidade de Cuidados a Tempo Parcial para Crianças com Problema do Comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (31), 7-14.
- Carvalho, N. A. (2017). *60 Atividades de grupo: Cidadania e Desenvolvimento Pessoal e Social*. Alfragide: Leya.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

- Carvalho, R. (2009) - *A arte de sonhar ser - fundamentos da arte psico-terapia analítica expressiva* - Coleção DFP- competências humanizadas- Lisboa: edições ISPA
- Chassiakos, Y. (2018). Children and Adolescents and Digital Media. *American Academy of Pediatrics*, 138, (5). Disponível em: [10.1542/peds.2016-2593](https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593)
- Cibreiros, S., Oliveira, I. (2010) A dramatização no espaço hospitalar: uma estratégia de Pesquisa com crianças. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 14 (1), 165-170
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Costa, R. C. (2017). *Agora? Liberte os seus filhos da dependência dos ecrãs*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Cruz, A. S. M. R. (2014). *Perspetivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano: os teóricos, os terapeutas e os clientes*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Decreto Lei no 387/2019 de 2 de maio da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República: II série, Nº 84 (2019). Acedido a 23 abr. 2019. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Dunckley, V. (2015). *Reset your child's brain*. California: New World Library.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed
- Feder, E. & Feder, B. (1986). *The Expressive Arts Therapies – art, music and dance as psychotherapy*. USA: Sarasota.
- Ferraz, M. (ORG.) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Coleção Expressão em Terapia. Venda do Pinheiro: Tuttirév.
- Fisoun, V., et al. (2012). Internet addiction in the island of Hippocrates: the associations between Internet abuse and adolescent off-line behaviours. *Child and Adolescent Mental Health*, 17 (1), 37-44. Disponível em: [org/10.1111/j.1475-3588.2011.00605.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00605.x)
- Folk, W. (2005). *Jogos de cooperação*. (2ª ed). Lisboa: Associação para a Promoção Cultural da Criança.
- Franzoi, M. et al. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem da UFPE on*

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

*line*, 10 (Supl. 4):3653-61, set., 2016. Disponível em: [10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617](https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617)

Fritzen, S. (2011). *Exercícios Práticos de Dinâmica de grupo*. (39ª ed), (2). Petrópolis: Vozes.

Furlan, P. *et al.* (2012). Terapias expressivas: Teatro. *Journal of Nursing and Health*, 2, 169-174. Disponível em: [HTTP://DX.DISPONÍVEL EM: .ORG/10.15210/JONAH.V2I0.3495](http://dx.doi.org/10.15210/JONAH.V2I0.3495).

George, J.B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed), Porto Alegre: Artmed.

Global Kids *On-line* em <http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/Global-Kids-Online.aspx> (Consultado em 19 Novembro de 2019).

Harden, J. *et al.* (2000), Can't talk, won't talk? *Sociological Research Online*, 5 (2).

Koerich, M. *et al.* (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 11(3):717-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>.

Lebovici & Diatkine (1985). *Significado e função do brinquedo na criança*. Porto alegre: Artes Médicas.

L'Ecuyer, C. (2017). *Educar na realidade*. Lisboa: Planeta.

Leiria, I. (2017) - Quando TV, *tablet* e telemóvel se transformam em *babysitters*. *Expresso*. Semanal, 88940, 20-21.

Leite, E., & Malpique, M. (1986). Espaços de criatividade. A criança que fomos/a criança que somos...através da expressão plástica. Coleção Ser Professor. Porto: Edições Afrontamento.

Malchiodi, C. A. (1999). *Medical Art Therapy with Children*. London: Jessica Kingsley.

Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para Dinâmica de grupos*. (11ª ed). Lisboa: Paulus.

Martins, C. (Coord.) (2018). *Boom digital? Crianças (3-8 anos) e ecrãs*. Lisboa: Entidade Reguladora para a Comunicação Social.

Martins, C. (Coord.) (2017). *Crescendo entre ecrãs: usos de meios eletrónicos por crianças dos (3-8 anos)*. Lisboa: Entidade Reguladora para a Comunicação Social.

Matos, A. C. (2014). *Saúde mental infantojuvenil e sociedade contemporânea*. Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência. Lisboa: Lidel

Mesquita, R., Duarte, F. (1996). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Plátano

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

- Monteiro, M.; Pagliuca, L. Análise da adequação da Teoria do Relacionamento Interpessoal em Grupos Conduzidos por Enfermeira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (3): 424-29
- Monteiro, R. (1994). *Jogos Dramáticos*. (7ª Ed). São Paulo: Ágora.
- Monteiro, P. (Coord.) (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Moraes L. *et al.* (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paul Enfermagem*, 19 (2): 228-33
- Moreno, J. (1978). *Psicodrama*. (2ª ed). São Paulo: Cultrix.
- Negri, E. *et al.* (2017). Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 25, e2916. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Patrão, I. (2016). *Geração Cordão – A geração que não desliga*. Lisboa: Pactor.
- Patrão, I., Sampaio, D. (2016). *Dependências online: O poder das tecnologias*. Lisboa: Pactor.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Ponte, C. & Batista, S. (2019). *EU Kids On-line Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*. EU Kids On-line e NOVA FCSH.
- Rowan, C. *et al.* (2015). Screen time and its impact on early child development. *Interior Health*. Acedido em 31-10-2019. Disponível em: <https://www.interiorhealth.ca/YourEnvironment/ChildCareFacilities/LicenseeResources/Documents/Screen%20Time%20and%20Its%20Impact%20on%20ECD.pdf>
- Sampaio, D. (2018). *Do Telemóvel para o mundo – Pais e adolescentes no tempo da internet*. (2ª ed). Alfragide: Caminho.
- Santos, M. G. (1999). *A dança e o movimento criativo no desenvolvimento da competência social: uma abordagem às terapias expressivas*. Dissertação de mestrado. UTL. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

- Santos, M. C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir*. (2ª ed). Lisboa: Silabo.
- Sarmiento, M., Gouvea, M. C. S. (2009). *Estudos da Infância: educação e práticas sociais*. (2ª ed), Rio de Janeiro: Vozes.
- Sigman, A. (2012). Time for a view on screen time. *Archives of Disease in Childhood*. 97(11):935-942. Acedido em 12-10-2019. Research Gate with the full Text. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/232222451\\_Time\\_for\\_a\\_view\\_on\\_screen\\_time](https://www.researchgate.net/publication/232222451_Time_for_a_view_on_screen_time)
- Simões, M., Santos, G. D. (2011). Mediadores artísticos-expressivos e interacção social: estudo com crianças com perturbação do espectro do autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1 (1), 369-378.
- Sirota, R. (1998). L' émergence d'une sociologie de l'enfance. *Éducation et Société*, (2), 9-33.
- Soeiro, A. (1991). *Psicodrama e Psicoterapia*. Lisboa: Bal Moura.
- Souza, M. (2010). A Dramatização como Recurso Pedagógico em Enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, 1 (1), 1-10. Acedido 21-11-2019. Revista Pró-UniverSUS with full Text. Disponível em:  
<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/315>
- Tisseron, S. (2013). *Crescer com Telas*. Bruxelas: Federação Wallonia.
- Vicente, L. (2005). Psicodrama: Transferência e contra-transferência. *Análise Psicológica*, 23 (2), 79-83. Acedido em 02-09-2019. Scielo with full Text. Disponível em:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312005000200001](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000200001)
- Villadangos, S. M., Labrador, F. J. (2009). Menores y nuevas tecnologías: uso o abuso? *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 75-83.
- Vinogradov, S., Yalom, I. D. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Widlocher, D. (1970). *Psicodrama Infantil*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Wolf, G. (1996). Steve Jobs: The Next Insanely Great Thing. *Wired*. Acedido em 31-09-2019. Disponível em: <https://www.wired.com/1996/02/jobs-2/>
- Yalom, I. (2006) - *Psicoterapia de Grupo -teoria e Prática-* Porto alegre: Atmed

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

Young, K. S. (1998). Internet adiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 237-244.

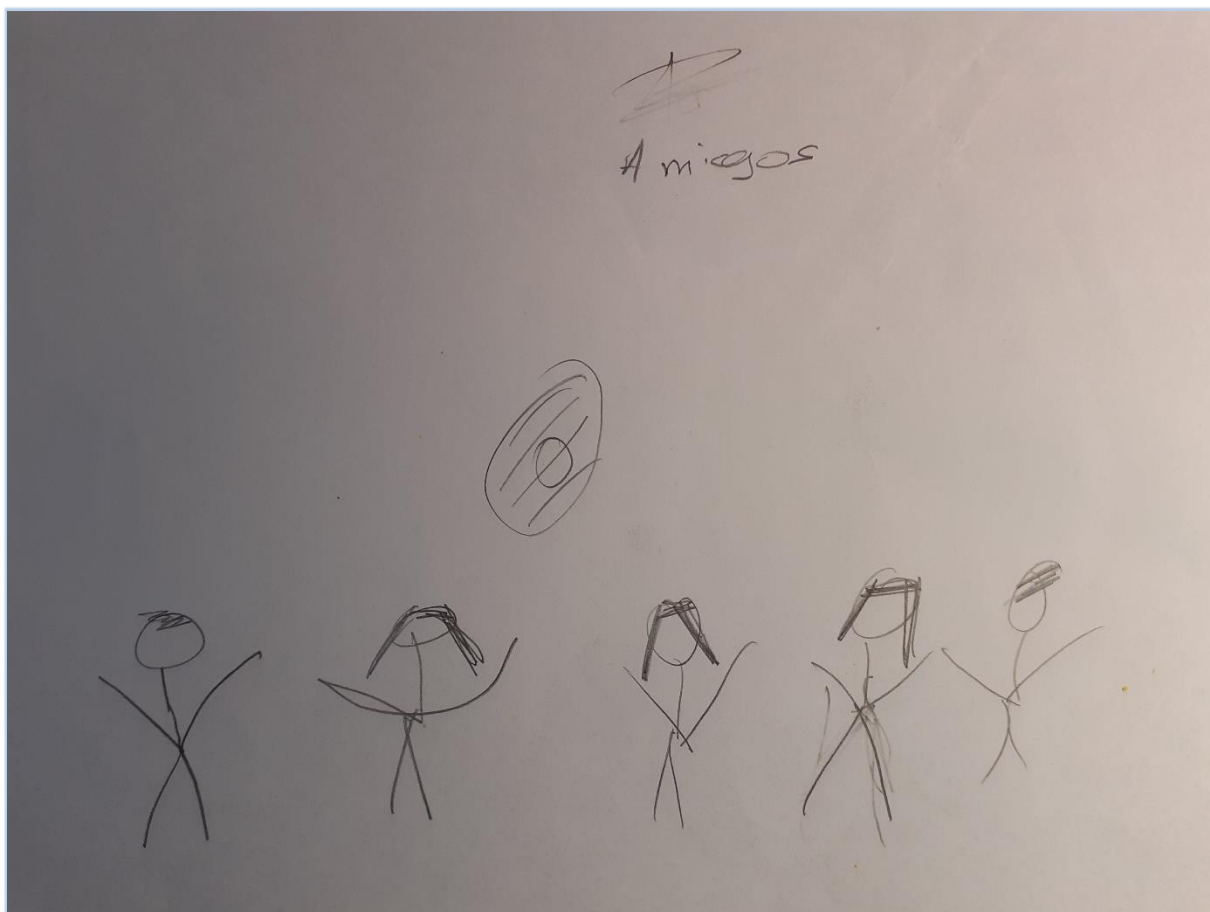
Young, K. S. (2011). *Dependência de Internet: Manual e Guia de Avaliação e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

**ANEXOS**

**ANEXO I – Desenhos representativos dos cinco enigmas da Sessão nº 1 – “Hábitos de utilização de ecrãs”.**

**Desenho do enigma 1 – “O que prefiro mais: estar a jogar no telemóvel sozinho ou brincar com os meus amigos?”**



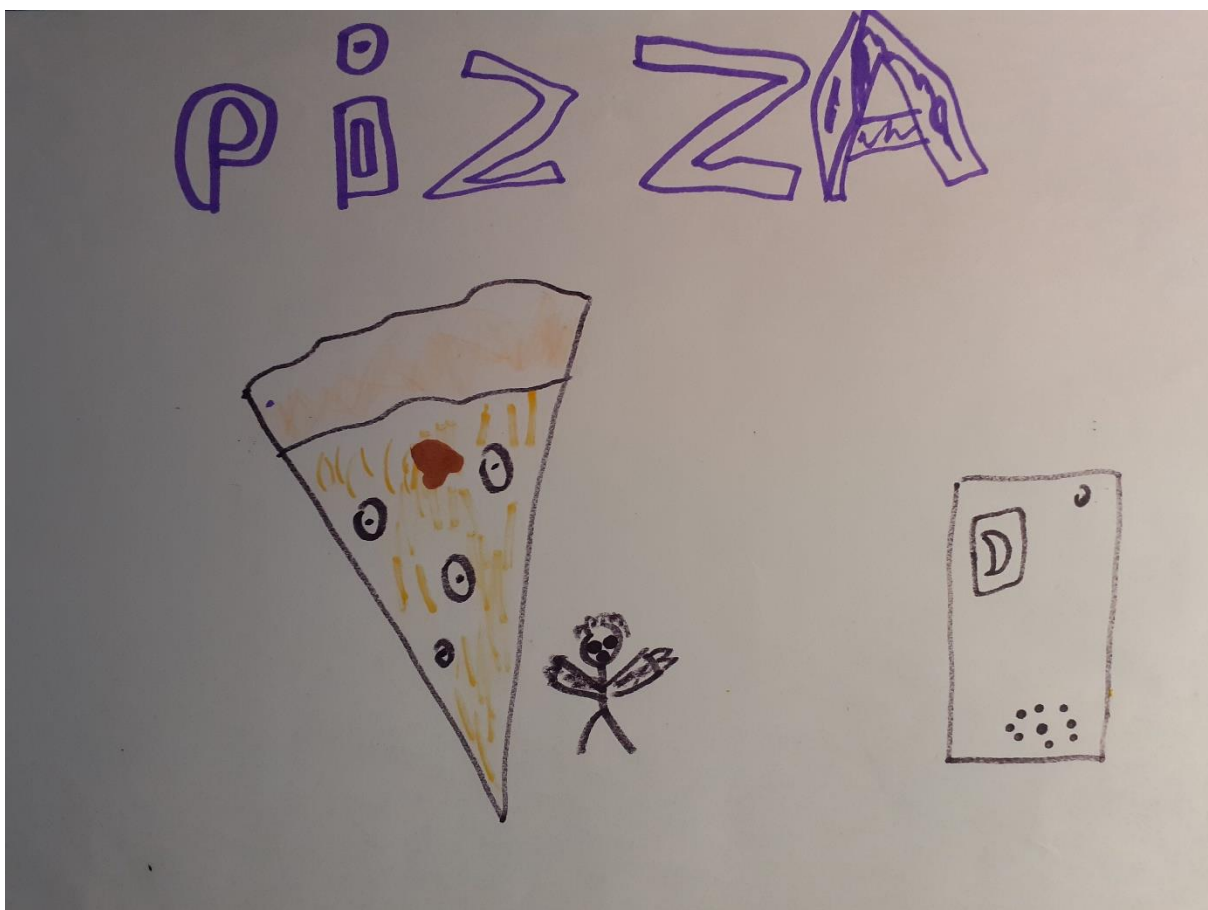
“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

**Desenho do enigma 2 – “Onde utilizo mais o meu telemóvel: em casa, na escola, no recreio ou em todo o lado?”**



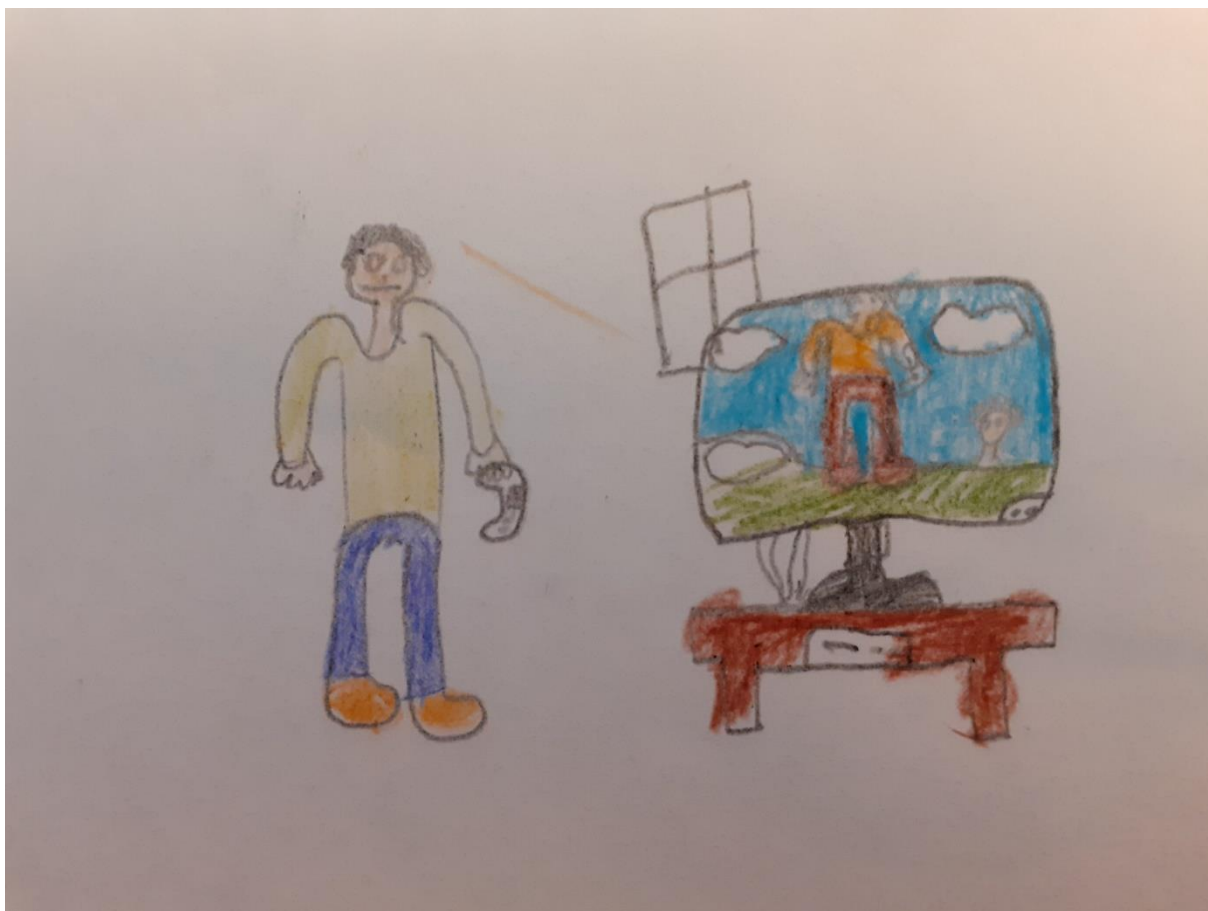
“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

**Desenho do enigma 3 – “Alguém controla o tempo que estou a ver televisão, no telemóvel, no *tablet* ou na *playstation*?”**

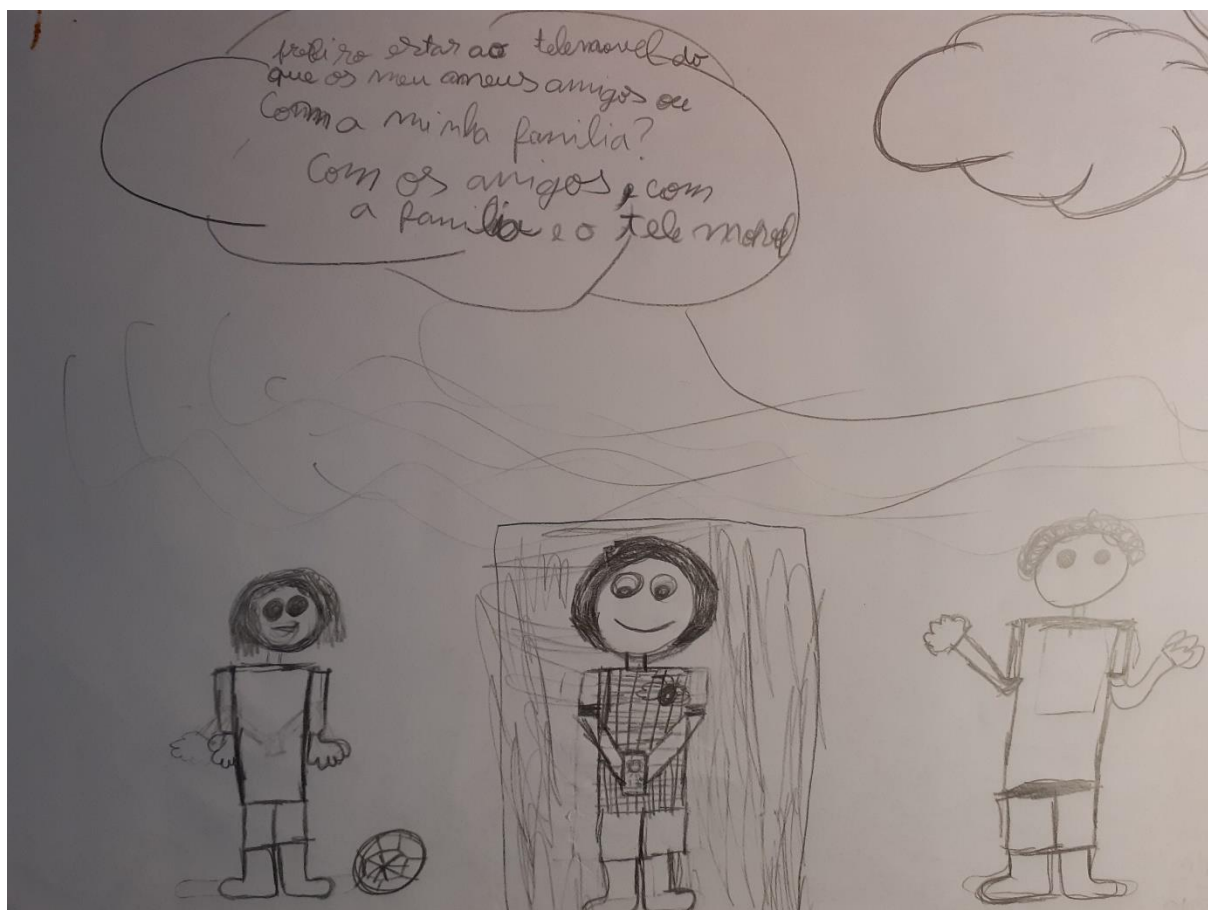


“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

**Desenho do enigma 4 – “O que sinto quando passo muito tempo a ver televisão, ao telemóvel ou a jogar no *tablet*?”**



## Desenho do enigma 5 – “Prefiro estar ao telemóvel do que com os meus amigos ou com a minha família?”



**ANEXO II – Programa do XIV Congresso Nacional de Psicodrama**

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

**ReConstruir**  
XIV Congresso Nacional de Psicodrama  
16-17-18  
11. 2018  
Universidade de Aveiro

## Programa da 16-11

9:10-10:30 Abertura do Secretariado

10:30-11:30 Sessão Inaugural  
Presidente da Comissão Organizadora, *José Luís Pio Abreu*  
Vereador da Câmara Municipal de Aveiro, *Miguel Capelo Filipe*  
Reitor da Universidade de Aveiro, *Paulo Jorge Ferreira*  
Universidade Aveiro, *Anabela Pereira*  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicodrama, *Miguel Vasconcelos*

11:30-12:00 Coffee break "Café com arte"

12:00-13:00 Conferência  
*Alexandre Alves Costa: "Todos somos todos"*

13:00-14:30 Almoço na Universidade de Aveiro (UA)

14:30-16:00  
3 WS Simultâneos  
1- "Anotherbrick in the Wall"  
*Maria João Brito e António Nabais*  
2- "Re"Construir as Nossas Histórias  
*Dulce Silva*  
3- Construção/Reconstrução do Auto-estima  
*Rita Maria, Laura Nascimento e Maria do Carmo Cruz*

II Oficinas de formação (1ª parte)  
I- Como tornar-se Diretor e/ou Auxiliar em Psicodrama Moreniano  
*José Teixeira de Sousa e João Teixeira de Sousa*  
II - Psicodrama Individual  
*José Luís Mesquita*

16:00-16:30 Coffee break "Café com arte"

16:30-18:00  
3 WS Simultâneos  
1- "Le petit Théâtre"  
*Luciano Moura*  
2- Uma Escola, vários cenários  
*Érika Costa e Maria Célia Abreu*  
3- Um Pálio Público para o Psicodrama  
*João Paulo Ribeiro, João Domingues e Maria Ribas Pereira*

II Oficinas de Formação (2ª parte)  
I- Como tornar-se Diretor e/ou Auxiliar em Psicodrama Moreniano  
*José Teixeira de Sousa e João Teixeira de Sousa*  
II - Psicodrama Individual  
*José Luís Mesquita*

18:00-20:00 Assembleia Geral

20:00 Jantar Livre

21:00 Exibição do filme "Le Psychodrame" de Roberto Rossellini, em colaboração com a Cinemateca Portuguesa Local: a designar

**ReConstruir**  
XIV Congresso Nacional de Psicodrama  
16-17-18  
11. 2018  
Universidade de Aveiro

## Programa da 17-11

9:30-11:00  
3 WS Simultâneos  
1- Começar e Recomeçar com olhares de principiante  
*Sara Sousa e Celso Teixeira*  
2- A Qualidade de Ser- Cooperar  
*Cecília Piscarreta*  
3- Re(constru)ascimento  
*Teresa Roque e Ângela Carreira*

II Oficinas de Formação (1ª Parte)  
I- "Fome de atos" e forma(s) de a satisfazer na idade adulta  
*António Roma Torres*  
II- A Escultura em Psicodrama e em Terapia Familiar  
*Isabel Prado e Castro*

11:00-11:30 Coffee break "Café com arte"

11:30-13:00 Debate  
Investigação em Psicoterapia e em Neurociências  
*Célia Saler: "Psicoterapia Empiricamente Violenta?"*  
*Nuno Sousa: "O paradigma da Investigação em Neurociências"*  
Moderadora, *Gabriela Moita*

Mesa Redonda  
"Tempo de ReConstrução"  
*Helena Dias: A reconstrução Psico-emocional*  
*D. Nuno Almeida: Renascer espiritualmente*  
*Zélia Figueiredo: A reconstrução do corpo*  
Moderadora, *Manuela Fraga*

13:00- 4:30 Almoço na Universidade de Aveiro (UA)

**ReConstruir**  
XIV Congresso Nacional de Psicodrama  
16-17-18  
11. 2018  
Universidade de Aveiro

## Programa da 17-11

14:30-16:00  
3 WS Simultâneos  
1- Reflexões sobre a sexualidade  
*Gabriela Moita*  
2- O Encontro do Psicodrama com o EMDR  
*Micela Ramon e Ana Cuetano*  
3- "Amar no meio da guerra"  
*Vitor Silva*

II Oficinas de Formação (2ª Parte)  
I- "Fome de atos" e forma(s) de a satisfazer na idade adulta  
*António Roma Torres*  
II- A Escultura em Psicodrama e em Terapia Familiar  
*Isabel Prado e Castro*

16:00-16:30 Coffee break "Café com arte"

16:30-18:00  
3 WS Simultâneos  
1- O Que os Contos Nos Contam: Encontro do Sentido de Ócio na Recriação Espaço-Temporal em Organizações de Trabalho  
*Rosely Cubo Pinto de Almeida*  
2- Fronteira  
*Renny Gil*  
3- Celebrar a passagem do tempo (re)construindo memórias, (re)pensando o presente, perspetivando o futuro almejado  
*Sofia Veiga, Manuela Moura e João Paulo Ribeiro*

Painel Multidisciplinar  
Idades do Mundo  
*Álvaro Domingues: "As Idades do Território"*  
*António Casanova: "As Idades do Mundo"*  
*Margarida Pedrosa de Lima: "As Idades da Vida"*  
Moderador, *José Luís Pio Abreu*

18:00-19:00 Lançamento do livro de *António Roma Torres* no *Hôtel Imperial*  
"Tudo o que sempre quis saber sobre psicodrama" (mas nunca ousou perguntar a Woody Allen)  
*António Roma Torres*, edição Afrontamento  
Apresentações: *Gabriela Moita*

20:30 Jantar do Congresso, com atuação do grupo musical "Copo e Búcha"  
Local: Hotel Imperial

**ReConstruir**  
XIV Congresso Nacional de Psicodrama  
16-17-18  
11. 2018  
Universidade de Aveiro

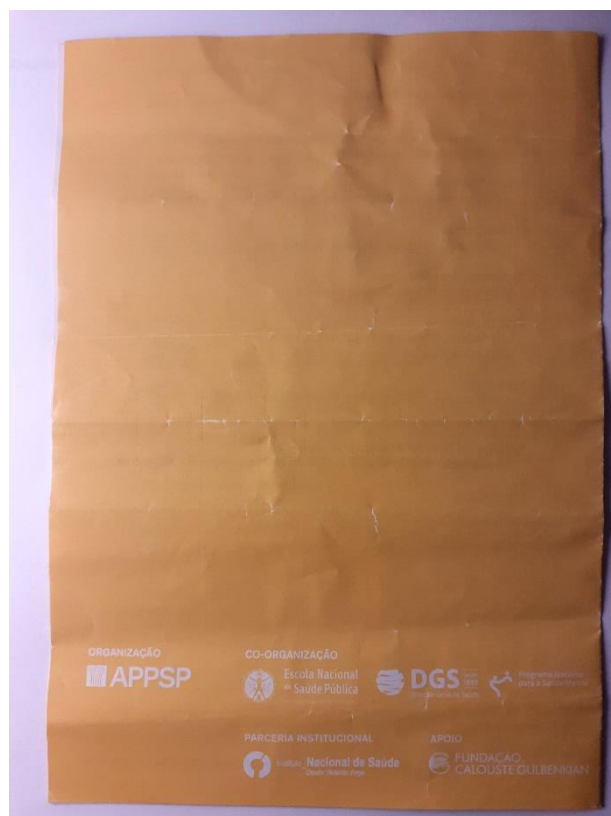
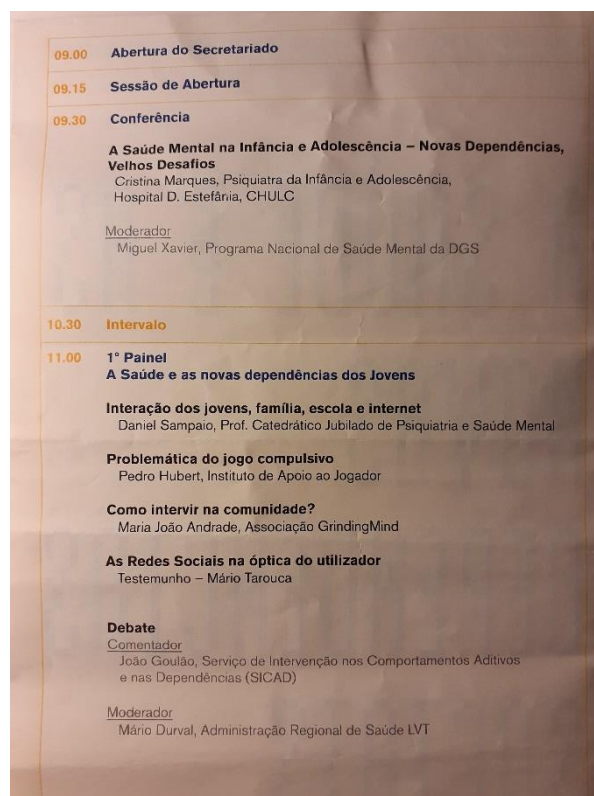
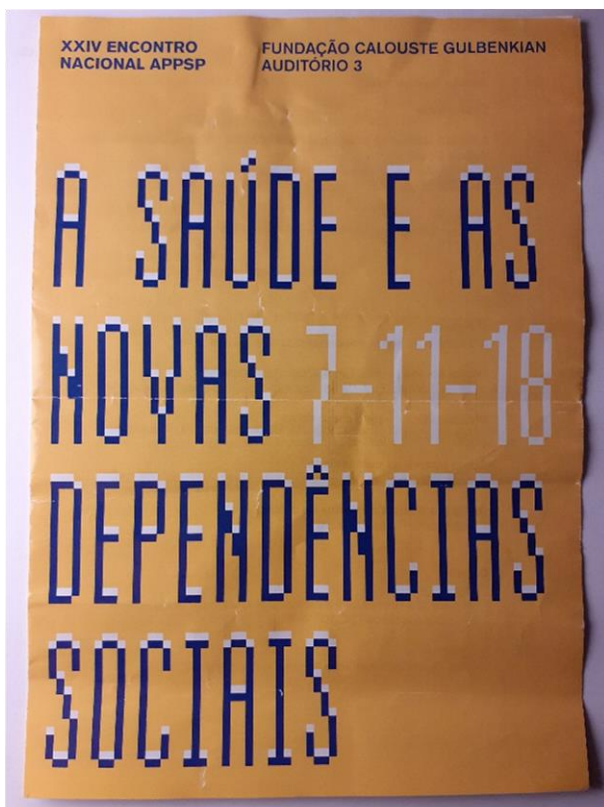
## Programa da 18-11

11:00 Psicodrama Público  
*José Manuel Teixeira de Sousa*  
Local: Mercado Manuel Firmino

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

**ANEXO III – Programa do XXIV Encontro Nacional da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública**

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”



“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

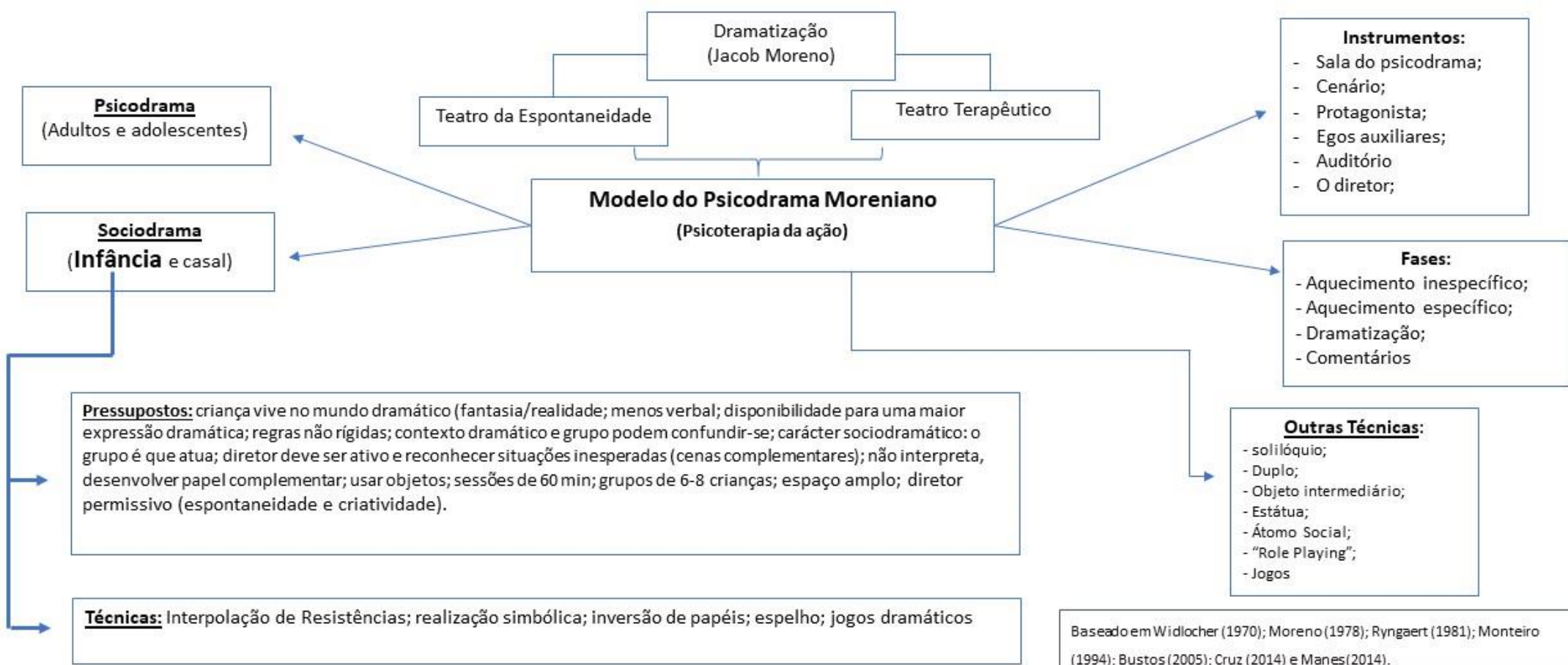
## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Cronograma de atividades**



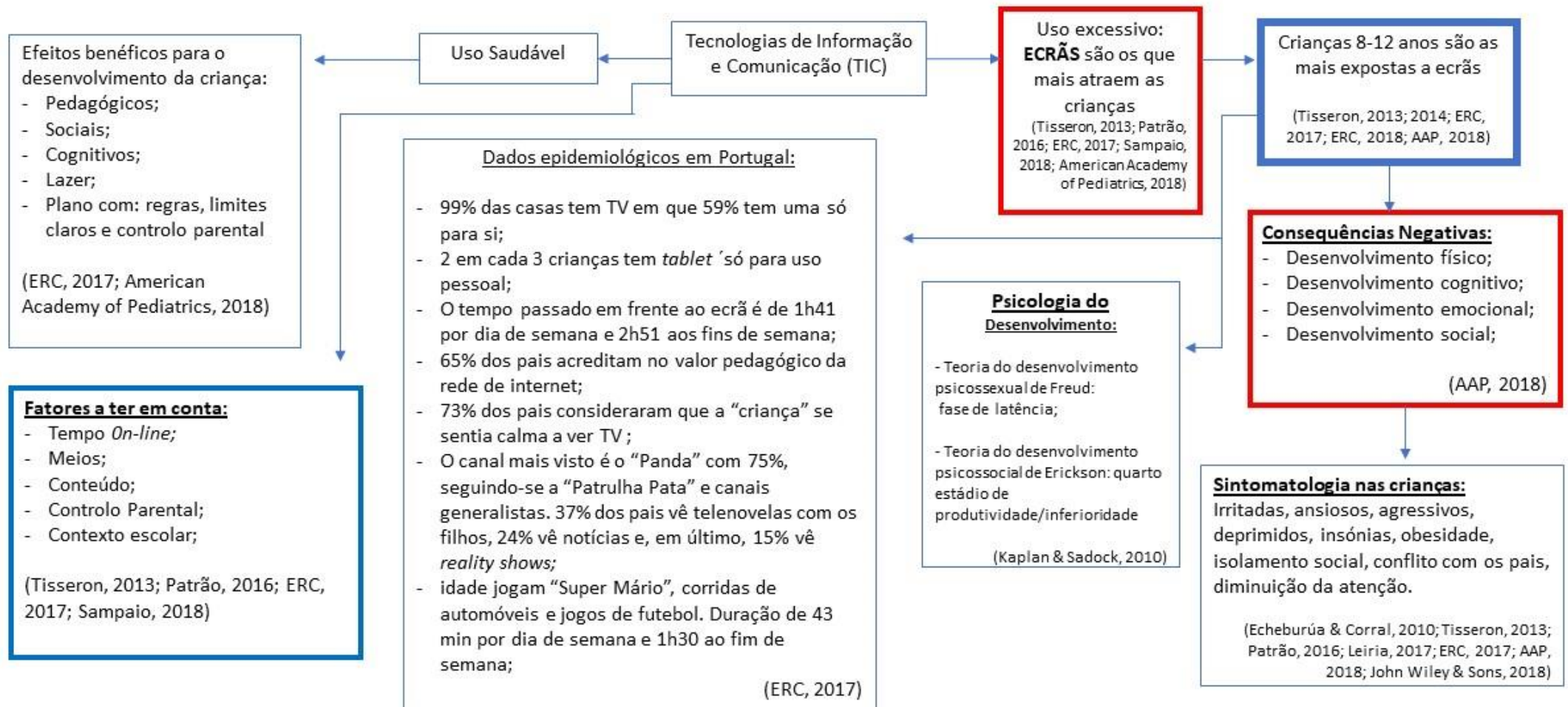
**APÊNDICE II – Mapa conceptual da dramatização: técnicas e instrumentos**

# Mapa conceptual da dramatização: técnicas e instrumentos



**APÊNDICE III – Resumo esquemático sobre a Exposição Excessiva  
a Ecrãs**

# Resumo esquemático sobre a exposição excessiva a ecrãs



**APÊNDICE IV – Instrumento de colheita de dados sobre hábitos de  
exposição a ecrãs**

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS<sup>1</sup>**

**[Hábitos de Exposição a Ecrãs]**

**Código de Identificação (Iniciais+DN):** \_\_\_\_\_

**Motivo de Internamento:** \_\_\_\_\_

**Parte I – Exposição a ecrãs antes do internamento (casa, instituição de origem) – na perspetiva da criança com validação dos pais/tutores**

<b>Tipos de ecrãs</b>	<b>Nº</b>	<b>Motivo de uso</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Horas/dia</b>	<b>Divisão da casa</b>
<b>Telemóvel</b> <input type="checkbox"/>			- WhatsApp <input type="checkbox"/> - Messenger <input type="checkbox"/> - Instagram <input type="checkbox"/> - Facebook <input type="checkbox"/> - Twitter <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		
<b>TV</b> <input type="checkbox"/>			- Filmes <input type="checkbox"/> - Desenhos animados <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		
<b>Tablet</b> <input type="checkbox"/>			- Jogos <input type="checkbox"/> - Filmes <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		
<b>PC portátil</b> <input type="checkbox"/>			- Jogos <input type="checkbox"/> - You Tube <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		
<b>PC de mesa</b> <input type="checkbox"/>			- Jogos <input type="checkbox"/> - You Tube <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		
<b>Playstation</b> <input type="checkbox"/>			- Wii <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		

✓ **ASPETOS POSITIVOS** 😊:

---

---

✓ **ASPETOS NEGATIVOS ☹:**

---

---

**Parte II – Controlo Parental antes do internamento/antes da terapia de grupo em HD – na perspectiva dos pais/tutores**

<b>Negociação</b>	<input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe <input type="checkbox"/> Observações: _____
<b>Horário</b>	<input type="checkbox"/> 1h/dia (dia útil) <input type="checkbox"/> 3h/dia (dia útil) <input type="checkbox"/> 2h/dia (dia útil) <input type="checkbox"/> + 3/dia (dia útil) <input type="checkbox"/> Observações: _____
<b>Conteúdo</b>	<input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não existe <input type="checkbox"/> Observações: _____
<b>Sinais e sintomas de Exposição excessiva a ecrãs</b>	<input type="checkbox"/> Insónias <input type="checkbox"/> Déficit de atenção <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Alteração do apetite <input type="checkbox"/> Sentimentos de tristeza <input type="checkbox"/> Cefaleias <input type="checkbox"/> Outros _____

**Parte III – No internamento/Durante da terapia de grupo em HD – na perspetiva do enfermeiro**

Tipos de ecrãs	Motivo de uso	Conteúdos	Horas /dia	Espaço Físico
TV <input type="checkbox"/>		- Filmes <input type="checkbox"/> - Desenhos animados <input type="checkbox"/> - Outros programas: <input type="checkbox"/> _____		- Sala de convívio <input type="checkbox"/> - Não existe <input type="checkbox"/>
PC de mesa <input type="checkbox"/>		- Jogos on-line grátis <input type="checkbox"/> - You Tube <input type="checkbox"/> - Músicas <input type="checkbox"/> - Lady Bague -		- Sala de multimédia <input type="checkbox"/> - Gabinete <input type="checkbox"/> - Não existe <input type="checkbox"/>
Playstation <input type="checkbox"/>		- PES <input type="checkbox"/> - SingStar <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		- Sala de convívio <input type="checkbox"/> - Não existe <input type="checkbox"/>
Tablet <input type="checkbox"/>		- Jogos <input type="checkbox"/> - Filmes <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		- Sala de Espera <input type="checkbox"/> - Não existe <input type="checkbox"/>
Wii <input type="checkbox"/>		- Wii Sports <input type="checkbox"/> - Wii Super Mário <input type="checkbox"/> - Outros: <input type="checkbox"/>		- Sala de convívio <input type="checkbox"/> - Não existe <input type="checkbox"/>

Sinais e sintomas: Antes da Exposição a Ecrãs	Sinais e sintomas: Após a Exposição a Ecrãs
<input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Baixa tolerância à frustração <input type="checkbox"/> Insónia terminal (acordar cedo) <input type="checkbox"/> Recusa alimentar <input type="checkbox"/> Recusa das atividades terapêuticas <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Autoagressividade <input type="checkbox"/> Déficit de atenção <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Humor eutímico <input type="checkbox"/> Heteroagressividade <input type="checkbox"/> Tranquilidade <input type="checkbox"/> Cefaleias <input type="checkbox"/> Outros _____

<sup>1</sup> Instrumento de colheita de dados elaborado com base em Rowan (2010), EU Kids online (2014), Dunckley (2015), Patrão (2016); Costa (2016); L'Ecuyer (2017) e AAP (2018).

**APÊNDICE V – Programa de intervenção com recurso a técnicas de dramatização na criança dos 8-12 anos exposta a ecrãs**

## Programa de Intervenção no contexto A – Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria \*

Data	Nº de Sessão	Temática
15.10.18	1	Emoções
22.10.18	2	Interações conflituosas
29.10.18	3	Público & Privado
05.11.18	4	Coesão grupal
12.11.18	5	Bullying
19.11.18	6	Medo
26.11.18	7	Ser suficiente
03.12.18	8	Tive alta... e agora?
10.12.18	9	Normal
14.01.19	10	Utilização de ecrãs
21.01.19	11	Confiança

## Programa de Intervenção no contexto B – Unidade de Ambulatório em Regime de Hospital de Dia de Pedopsiquiatria\*

Data	Nº de Sessão	Temática
17.10.18	1	Hábitos de utilização de ecrãs
21.11.18	2	Ao utilizar os ecrãs: Como gerir as minhas emoções?
05.12.18	3	Ao utilizar os ecrãs: como me relacionar com o outro?
23.01.19	4	De que forma os meus pais/técnicos interagem com os ecrãs

\* Para a sua concretização recorreremos aos seguintes autores: Ryngaert (1981); Monteiro (1994); Bustos (2005); Fritzen (2010); Tisseron (2013); Manes (2014); Monteiro (2014); Patrão (2016) e Sampaio (2018).

**APÊNDICE VI – Reflexões “Fases do grupo” e “Qual o meu lugar no grupo terapêutico?” em contexto B**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria

Estágio – Contexto B

### **REFLEXÃO – “Fases do Grupo Terapêutico”**

Sessão nº XXX

Data: 08 de novembro de 2018

Elementos do Grupo presentes: A.; L.; I.; M, J.

Esta sessão foi marcada pela integração de um elemento novo no grupo - o J. Num primeiro olhar, pensava que a entrada de um novo elemento no grupo se dava de forma simples e passiva, na qual, este elemento e o próprio grupo nada teriam que fazer para a “entrada do novo elemento”. Porém dei-me conta de estar a pensar, naquele momento, sobre o impacto que isto teria nos restantes elementos? Como será que se está a sentir o J? Que novos estímulos trará ao grupo? Ainda que numa fase de inicial, na qual os vários elementos ainda se estão a conhecer, já existe uma cultura que está a ser construída. Perante isto, percebi que na minha intenção de “deixar o J entrar no grupo de braços abertos”, estaria a dar resposta a uma necessidade minha, dado que me considero ser uma pessoa cordial, que gosta de acolher o outro de forma espontânea. Por detrás disto, sinto que confio logo no outro, sem que este tenha de dar provas de ser merecedor de ser integrado. Mas de que forma este impasse se implica na relação com aquelas crianças? Dei-me conta que transferi uma característica pessoal para o grupo. Previa que a entrada do J se realizasse como algo mais formal, centrado na palavra. Mas dei-me conta que não seria a melhor opção. Por um lado, o grupo é constituído por crianças, que por si só elegem o brincar como a sua linguagem universal, onde a utilização do seu corpo como forma de se expressar é um dos seus recursos mais ricos. Para além disso, aquele espaço é terapêutico e, como tal, caracteriza-se por um conjunto de regras ou normas, que mesmo que não estejam escritas, todos os elementos, sempre que se reúnem, tendem a respeitar. Esta cultura determina os comportamentos aceitáveis no grupo, para que ocorram, tal como referem Vinogradov e Yalom (1992), interações vigorosas, honestas e efetivas.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

Foi dado a oportunidade ao grupo de escolher a forma como gostariam de receber o J (acompanhado pela co-terapeuta L), o qual ficou a ser acompanhado pelo terapeuta R. O grupo e o novo elemento ficaram empenhados na tarefa de “acolher” e “ser acolhido”, “receber” e “dar-se a conhecer”, respetivamente. Perante isto, o grupo decidiu construir “um trono”, um assento de cerimónia que se destinava a alguém que queriam destacar, dando-lhe o poder para decidir como gostaria de ser recebido por todos. Senti que aquela dinâmica potenciou a coesão do grupo, diminui a tensão e inibição da participação e facilitou o processo normal de maturação do grupo. Considero que o J foi facilmente integrado, uma vez que isto aconteceu no *timing* adequado, numa fase inicial, em que o grupo não estava em crise ou centrado num impasse destrutivo ou numa fase de profunda coesão. É importante ressaltar que o J é uma criança seguida na clínica do parque desde há 4 anos, sendo que já tem um acompanhamento continuado, com um grau de confiança sólido com os terapeutas, o que poderá servir como recurso interno para a sua inclusão no grupo. Assim como, outros elementos como a L e a I também possuem um acompanhamento continuado na clínica do parque, o que poderá ser-lhes facilitador a adaptação à dinâmica do grupo terapêutico. Quero dizer com isto que a maioria dos elementos já estariam acostumados a uma cultura, participando no seu próprio ritmo. Isto faz-me pensar que o A e o M mereciam uma atenção redobrada perante esta situação, dado que é a primeira vez que vivenciam uma terapia de grupo. Reparei que a L e o R, no final da sessão, indagaram junto do J de que forma este se tinha sentido na primeira sessão, auxiliando-o a assumir controlo sobre a sua participação. Penso que este acompanhamento fez do primeiro encontro um momento de abertura, honestidade de preocupação para com ele, transmitindo-lhe a ideia de que ele é importante para o grupo e que o seu bem-estar e conforto fazem parte prioridades do grupo, assim como dos restantes elementos.

Outro momento que destaco nesta sessão foi relacionada com a dificuldade do M. Esta emergiu no espaço terapêutico, em interação com os restantes elementos durante as várias dinâmicas, sendo-lhe difícil apresentar a sua opinião, demonstrar o seu desagrado, em partilhar a sua vontade e o seu desconforto e colocar limites perante os demais. Observei-o tenso, a evitar o contacto visual, com os ombros encolhidos, triste, tom de voz baixo. A sua estatura pequena, perante aquela dificuldade quase que desapareceu diante dos meus olhos. Imagino que esta situação possa ser semelhante com o ambiente escolar ou mesmo familiar. Esta situação vai ao encontro do que foi descrito no processo desta criança aquando da sua referenciação para o HD, apresentando-se fragilizado ao nível emocional, triste e com enurese noturna e diurna secundária (informação colhida através do processo clínico). Verifiquei que o próprio grupo o está a ajudar a lidar com esta dificuldade, estimulando-o a mobilizar os seus recursos internos (interesse pelo *basketball*, pelo exercício físico e desporto, sentido de pertença a uma equipa) e externos (rede social de amigos, relacionamento com

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

a família), por exemplo. É na vivência de cada sessão que, de forma espontânea, se depara com as mais variadas situações relacionais e cujo grupo, incluindo os terapeutas, lhe devolvem a sua reação, sendo uma oportunidade para reforçar a sua autoconsciência dessa mesma situação e decidir qual a melhor estratégia que melhor se coaduna.

Quanto ao A senti que procurou estar mais relação, sobretudo com a terapeuta L. Embora esta o tenha estimulado/provocado, o A mostrou-se mais disponível para relação, incluindo o contato físico, tocando e deixando-se tocar com menos tensão. Estabeleceu contato visual durante mais tempo, menos rígido e utilizou vários objetos como recursos externos para investir na relação, como as bolas, colchões, almofadas, entre outros. Considero uma evolução na dimensão relacional desta criança, sobretudo nesta sessão com a terapeuta L. Imagino que o A se esteja a dar a conhecer, sentindo-se acolhido, em segurança, respeitado e não rejeitado, ou rotulado. Fantasio que possa estar a sentir que este espaço terapêutico é diferente e que, aos poucos, se possa dar a conhecer à sua maneira e que possa fazer diferente como faz na escola e ou mesmo casa.

No sentido de se dar a conhecer, o J partilhou uma informação íntima de que vivia numa fundação, “não vivo com os meus pais nem com o meu irmão [a olhar para o chão, fâcies tensa, mãos fechadas, mexendo nos colchões como jeito de se esconder atrás deles]” sic. O J não conseguiu continuar a falar e fez uma pausa no discurso. Notei que os terapeutas acolheram este momento, respeitando a vulnerabilidade desta criança. Sendo isto possível, pela relação terapêutica duradoura construída anteriormente a este grupo terapêutico. No entanto, foi possível acolher no grupo esta dificuldade do J, o terapeuta R perguntou “o que acham que o J estará a sentir”, sendo que cada elemento foi verbalizando o que imaginava. Foi possível o grupo devolver ao J vários sentires, vários olhares, vários significados perante a sua situação. Algumas ele concordou, outras não e desta forma, aproximou-o ao grupo, assim como o grupo empatizou com o J. Suponho que, para continuar a dar-se a conhecer, tenha se sentido seguro, num ambiente quente em afeto e de interesse/preocupação pelo seu bem-estar, pelo seu sentir.

Por último, destaco um momento que ocorreu a meio da sessão – vivenciar um funeral, neste caso o funeral da L. Esta situação adveio de uma partilha desta criança face à perda, naquela semana, do seu avô paterno. Isto fez-me pensar que naquele espaço tudo é possível. Da mesma forma que estava expectante também sentia o peso daquele momento, baixa intensidade da luz, silêncio, os colchões em forma de campa, o fâcies apreensivo de algumas crianças ou tenso de outras. Percebi que era uma excelente oportunidade de ter acesso a uma intimidade tão intensa daquele grupo – viver um funeral. Por breves instantes, sai da relação e o meu pensamento foi encaminhado para a minha experiência pessoal de viver um funeral. Tive consciência que me identifiquei com a situação da L e

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

lembrei-me da morte do meu avô, acontecimento relativamente recente de há 1 ano. Durante algum tempo, várias imagens passaram-me pelo meu pensamento, sendo invadido por um misto de sentimentos e emoções, tristeza, nostalgia, frustração... aceitei aquele momento, aceitei aquelas lembranças, aceitei que viver aquele funeral daquelas crianças estava a “mexer comigo”, diria até como que a destapar um véu que escondia este momento difícil para mim, que pensava estar “bem arrumado”. O fato de me dar conta que sai da relação, dando espaço para perceber o que estava a sentir e aceitar fez-me “voltar de novo à relação”, ou seja, centrar-me no momento aqui e agora, tomando consciência das minhas fragilidades enquanto pessoa e que isso influencia a minha disponibilidade naquele momento. Senti que este processo foi necessário para controlar as minhas experiências pessoais e dar-lhes um sentido naquela altura, atribuindo-lhe um sentido e permiti que isso entrasse na relação.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vinogradov, S. e Yalom, D. (1992) – *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto alegre: Artes médicas

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria

Estágio – Contexto B

### **REFLEXÃO**

*Qual o meu lugar no grupo terapêutico?*

*Como as crianças me veem?*

Ao longo das sessões do grupo terapêutico tenho vindo a questionar-me sobre qual o meu lugar no mesmo. Até à última sessão, parecia que resumia o meu papel única e exclusivamente à “observação” e o quão isso me inquietava. Não conseguindo vislumbrar mais para além disto. Parecia que não me satisfazia, sabia-me a pouco. Dou-me conta que até entrar na especialidade sempre me foi incutido um papel profissional de saber fazer, de líder e sempre tentei mostrar as minhas competências perante estes desafios. Aceitei o que me era inculcado sem crítica ou pelo menos perceber se isso me fazia sentido. Quando me deparo com este estágio, no qual, tenho de assumir um papel que não o de protagonista, mas antes um papel que até então pensava ser “secundário”, não conseguia ver o quão estava a ser privilegiado. Integrar num grupo terapêutico, não assumindo responsabilidade clínica sobre os seus membros, mas antes ter a honra de “pensar-me enquanto pessoa, enquanto enfermeiro e futuro especialista de SMP”, senti resistência em aceitar o meu papel. Quantas oportunidades me foram dadas, ao longo do meu alucinante percurso profissional, para me pensar? Muito poucos, diria até apenas que, de uma forma consciente, apenas agora com a especialidade. Por isto, nem sempre esta resistência em assumir o meu lugar no grupo foi consciente da minha parte. Não foi tarefa fácil admitir que o meu estar no grupo era e sempre foi muito mais que observar, mas antes disponibilizar-me em presença e em tempo, estar permeável as vivências daquelas crianças, dar-me conta da evolução de cada uma, desenvolver uma relação terapêutica, descobrir-me enquanto terapeuta, explorar que intervenções me estimulam mais e as que me sinto menos capaz ou à vontade para intervir. Como que a criar o meu próprio estar em SMP.

Estou a realizar o estágio em internamento e em ambulatório em simultâneo e penso que sobrepus dois papeis distintos de forma inconsciente. No internamento, tenho um papel a desenvolver

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

na linha da frente na criança em situação de doença mental, no período de crise ou de agudização. Criei a ideia de que a minha postura e atitude em internamento, na linha da frente, interventivo, seria o que esperariam de mim no HD. Neste contexto de ambulatório, existe um ritmo de intervenção, uma cultura de cuidados, horas de contacto com as crianças, mais espaçados no tempo e que necessariamente têm influência na maneira de estar, de fazer e de sentir cada encontro com o grupo.

Neste momento, tomo consciência de que pensava que se não estivesse na linha da frente, na liderança da intervenção, passava uma imagem pouco suficiente das minhas competências. Por sua vez, esta necessidade de mostrar as minhas competências através de um papel de protagonista é algo que tenho vindo a refletir. Qual a necessidade de mostrar que sou competente? Ao longo do meu percurso académico e de prestação de cuidados tem sido cada vez mais claro que esta necessidade de mostrar as minhas capacidades e competências aos outros profissionais poderá estar ancorado numa outra necessidade, a do reconhecimento. Tenho a noção que quando não me centrei na minha necessidade de reconhecimento deixei emergir aquilo que sou enquanto pessoa e profissional, tomando consciência da comunhão destas duas dimensões na relação com o outro, fui ao encontro das reais necessidades de quem cuido e não me foquei nas minhas necessidades. Por momentos, a pressão que criava em mim, pela exigência de corresponder às expectativas de outros profissionais, descentrava-me da intencionalidade do meu agir profissional e diluía-se no cumprimento de tarefas necessárias ao bom funcionamento do serviço.

Ao refletir sobre as minhas vivências de estar neste grupo terapêutico, confrontei-me que, para adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista de SMP, é algo mais complexo do que imaginava. É necessário um contínuo autoconhecimento, analisando a minha forma de estar e a implicação disso na relação com cada criança. Aceitar que cada situação partilhada pelos membros do grupo, ressoou-a em mim de determinada forma e que isso influencia, no aqui e agora, a interação, a coesão do grupo, a confiança, a espontaneidade, a possibilidade de, naquele espaço terapêutico, a criança possa experimentar por si coisas diferentes (modos de agir, de se pensar, de interagir, de lidar com as aptidões e dificuldades) que poderá não experimentar noutros contextos da sua vida, seja na escola, em casa, na família alargada, na instituição de origem, entre outros. Que vejam outros modos de agir dos adultos que serão diferentes daqueles que estão habituados. Que possam sentir-se valorizados e compreendidos, que quando uma dificuldade emerge se possa identificar, ampliar e dar sentido transformador no self de cada criança.

Prevejo que nas sessões seguintes, irei sentir-me ainda mais confortável e permeável na interação, na apreciação mais específica de cada membro, na tomada de consciência da minha presença e do meu papel enquanto estudante da especialidade de SMP, tirando o máximo de prazer

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

por aquilo que faço. É mais claro para mim agora que, para ser especialista em SMP passa por continuar a refletir sobre “o meu narcisismo” e de que forma este influencia a minha prestação de cuidados, sabendo que em mim existe uma necessidade de reconhecimento. Ainda não sei responder para que quero este reconhecimento. Sei que para ser reconhecido pensava que tinha de ser interventivo, nem me dando conta dos riscos e da vulnerabilidade (para mim e para o outro) que acarreta, quando me coloco na linha da frente numa área na qual estou a dar os primeiros passos. Com humildade estou a trilhar o meu caminho nesta área, um caminho de autoconhecimento tão enriquecedor. É com muito orgulho que sou enfermeiro e que estou a investir na minha especialização, tendo a esperança que posso fazer diferente. Tenho a sensação que vivi muito tempo do que efetivamente decorreu na realidade e penso que isso se deve à complexidade de situações que tenho vivenciado. Situações que mexem comigo, que me acrescentam, que me tornam mais maduro e mais atento. Estar em relação terapêutica é uma intervenção tão exigente para todos os intervenientes, sendo essa exigência um estímulo constante de aperfeiçoamento.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

## **APÊNDICE VII – Reflexão “Autoconhecimento” em contexto B**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria

Estágio – contexto B

**REFLEXÃO – “Autoconhecimento e Brincar”**

Sessão nºXXX

Data: 18 de outubro de 2018

Elementos do Grupo presentes: A.; L.; I.; M.

Na apresentação dei-me conta de estar a observar cada criança, nomeadamente, o seu olhar, a sua postura, a expressão facial, o seu discurso. Naquele momento, lembro-me de estar ansioso e focado em saber mais sobre aquelas crianças e, simultaneamente, preocupado de que forma se iria desenrolar a sessão e de que modo poderia dar-me a conhecer. A espontaneidade do grupo contagiou-me de tal forma que a minha postura, um pouco mais tensa, rapidamente se desvaneceu, dando lugar a uma postura mais tranquila, genuína e permeável face ao que estava a vivenciar “aqui e agora”. Senti-me mais confortável a partir desse momento, deixando fluir os meus movimentos, o meu discurso, o meu modo de estar, sem estar constantemente a autocontrolar-me, mas antes, tomar consciência do meu agir.

Durante a sessão, houve uma criança que me despertou a atenção pela sua atitude retraída, mas disponível, na interação com os pares e técnicos. Dei por mim a questionar-me de que forma poderia ajudá-la a integrar-se no grupo? Rapidamente a resposta surgiu – respeitar o seu tempo e o seu espaço, de forma a emergir a sua vontade. A criança foi interagindo de forma espontânea, no seu tempo, da sua maneira, imagino da forma que lhe fazia sentido e que se sentia mais confortável, privilegiando os acenos de cabeça, utilizando a comunicação não verbal, mais do que a verbal. Se no início esta criança evitava o contacto visual, com uma postura rígida, sem expressão facial, foi conseguindo, aos poucos, dar-se a conhecer. Perante isto, questiono-me se na base da minha vontade em ajudar esta criança não estaria a minha ansiedade e o meu querer que ela se comportasse de forma mais expressiva como as duas raparigas presentes ou de como eu achava que ele se deveria comportar. Cada criança tem o seu tempo, o seu modo de estar, a sua vontade para se dar a conhecer. Umas com

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

comportamento mais agido, outras pela palavra, outras com silêncio e outras ainda pela observação e postura defensiva. Todas válidas e aceites no grupo terapêutico.

Senti-me confortável a interagir com as crianças, a rir, a tocar, a saltar, a observar, a falar, sobretudo, a brincar com elas. O quão terapêutico pode ser brincar com aquelas crianças, já que é a sua linguagem universal, a linguagem que melhor conhecem. Enquanto brincavam, o seu modo de agir emergia perante o grupo, o modo como cada uma vivia o “aqui e agora” era exposto perante todos de um modo único. Se as crianças se comportavam de forma ajustada, também surgiram momentos de impaciência, inquietação, atitude provocatória, atitude de liderança, por parte dos seus elementos. Face a isto, a frase de que “aqui [no grupo terapêutico] é quase tudo possível, também podemos voar” SIC, tudo o que acontece no grupo é permitido, sobretudo quando emerge alguma dificuldade ou incapacidade. O grupo pode devolver outra perspetiva da mesma situação, dar-lhe um sentido, encontrar uma estratégia, reparar algum comportamento desadequado.

Esta primeira sessão fez-me pensar na minha própria infância, visitar o meu brincar, abraçar, gritar, o faz de conta... considero ter tido uma boa vivência da minha infância com muita alegria, brincadeira, amor, liberdade, limites, regras, ponderação, equilíbrio... mas algo está a ser desafiante... até há pouco tempo, estas características eram controladas e menos espontâneas em mim enquanto desempenhei funções no serviço de Medicina, cujos clientes foram adultos e idosos. Como se tivesse sido “formatado” para controlar os meus impulsos e espontaneidade, quase que “seria menos profissional se risse, abraçasse, chorasse, brincasse”. Se já nessa altura contornava esta forma de estar que me era exigida, porque acreditava ser terapêutico reconhecer as minhas características pessoais e implicá-las na relação de forma intencional, as experiências pelas quais estou a vivenciar em pedopsiquiatria, vieram dar-me um sentido mais consistente quando integradas estas características na relação com o outro, neste caso, com a criança. Ainda dou por mim a pensar no que é correto de se dizer perante uma criança, de que forma me devo comportar. Tenho a expectativa de me desenvolver enquanto pessoa, neste caso, o meu autoconhecimento, que me possibilitará estar em relação com a criança de forma mais consciente de mim, do outro e do meio envolvente.

O Facto de não ter tido informação clínica dos elementos do grupo, permitiu-me não cair na tentação de conceber pré-conceitos, rótulos, diagnósticos, classificações, que pudessem “contaminar” o meu “primeiro olhar” sobre aquelas crianças. Independentemente do motivo clínico que justifique a sua inclusão naquele grupo, acredito que elas nunca deixam de sonhar, de brincar, de imaginar, no fundo, nunca deixam de ser crianças.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

## **APÊNDICE VIII – Diário de Aprendizagem em contexto A**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular - Estágio

2º Ano- 1º Semestre

## **Diário de Aprendizagem I**

Regente: Prof.ª Dr.ª Francisca Manso

Co-Regente: Prof.ª Dr.ª Patrícia Pereira

Docente Orientador: Prof. Dr. Luís Nabais

Enfermeiro/a Especialista Orientador/a Clínica: xxx

João Fortunato, N.º 516

Outubro, 2018

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

A situação da qual irei refletir foca-se numa criança com 12 anos de idade, o C., que tem apresentado alteração do comportamento, hetera agressividade dirigida a objetos e a pessoas em contexto de baixa tolerância à frustração. *Deficit* cognitivo e dificuldade em concentra-se. Apresentou elevada impulsividade, maior facilidade em agir do que o acesso à palavra, sendo-lhe difícil, de forma autónoma, elaborar estratégias adaptativas eficazes. Uma criança afetuosa, com necessidade reforço positivo como facilitador da relação com os técnicos. Próxima do grupo de pares, com contacto adequado, mas por períodos intrusivo, que após intervenção consegue ajustar-se.

Durante a refeição do almoço, C. apresentou um comportamento disruptivo, levantando-se de forma repentina, fâcias tenso, punhos cerrados, pontapeando a mesa e a cadeira onde estava sentado. Dirigiu-se para o seu quarto por sua iniciativa. Perante esta sua dificuldade, apreciei a situação e decidi intervir junto do C de forma a tentar perceber o que sentiu naquele momento e construir com ele um sentido para o que estava a vivenciar. Desta forma, investir na construção de estratégias adaptativas face as suas dificuldades na relação com o outro. Devo salientar que, no momento em que decidi intervir sozinho, tive em conta a escalada da agressividade do C, mas também uma apreciação global e conhecimento prévio de acompanhamento do seu internamento, o que me fez ponderar se haviam condições de segurança para o C., para mim e para o meio envolvente com a minha intervenção.

Já no seu quarto, C. mostrava-se agitado, andando de um lado para o outro, com hetera agressividade dirigida à cama. Atitude pouco disponível, mais agido, sem acesso à palavra. Lembro-me de me questionar – “e agora, como poderei intervir nesta situação?”. Na tentativa de conseguir ver uma “porta de entrada” para o mundo interno do C., reparei que ele nem sequer dirigia o olhar para mim, andando de um lado para o outro, apenas focado no chão. Decidi acompanhá-lo na sua agitação, comecei a andar também de um lado para o outro, como que fazer de espelho e devolver-lhe a sua forma de agir. Desta forma pretendia, aos poucos, aceder à sua vivencia. Para além disso, face às características desta criança, decidi incorporar na relação um instrumento na comunicação, os seus peluches, que o reportavam para o simbólico, o imaginário, o brincar. Linguagem que ele conhecia tão bem e que lhe era mais confortável. Para poder intervir de forma mais eficaz, agarrei no “pintas-tigre” e no “Deddy-panda”. Comecei a conversar com os peluches dele, trazendo para aquele momento apenas o que tinha observado face ao seu comportamento, como que se estivesse a partilhar o comportamento do C. no refeitório. Com “o Deddy e o pintas às minhas cavalitas” tive a intenção de “falar na mesma língua do C.”, pois reconhecia que a relação que ele tinha estabelecido com estes dois brinquedos era bastante significativa para si. Até aquele momento, tinha reparado que os levava para todo o lado, mesmo nos momentos com maior dificuldade, de angústia, agressividade latente no discurso, labilidade emocional, heteroagressividade. Interpreto como sendo significativos e securizantes para si. E como tal, fez-me todo o sentido integra-los, “aqui e agora” como recurso do C.

“A dramatização como mediador expressivo em crianças dos 8-12 anos com exposição excessiva a ecrãs”

e facilitador da relação terapêutica. Enquanto ia conversando com os seus peluches, devolvendo-lhe que estava preocupado com o C., que imaginava que pudesse estar zangado, dada a sua reação, que lhe era difícil lidar com aquela situação, ia diminuindo a intensidade da minha marcha com o objetivo de o C. acompanhar e conseguir reduzir a sua agitação. Reparei nesse momento, que aquela criança começou a olhar para mim, ficando menos tensa e começou a explicar ao “Deddy” o que tinha acontecido no refeitório. Como senti que esta intervenção estava a surtir efeito, decidi continuar a devolver-lhe o que tinha observado e o que imaginava que pudesse estar a sentir. Desta forma, tive acesso a experiência vivida do C., falando na mesma linguagem que ele, o brincar e o imaginário, o simbólico. O C. interagiu comigo e com os seus peluches, conseguindo partilhar a sua dificuldade em interagir com a jovem que estava sentada ao seu lado no refeitório. Aparentemente terá tido um conflito verbal com a mesma, “ela começou a gozar comigo (...) não gosto nada que se riam de mim” sic. Neste momento, devolvi-lhe que imaginava que pudesse estar a sentir-se zangado por ter ouvido a sua colega a rir-se de si. C. confirmou que “na minha escola gozam comigo e eu sinto-me triste com isso” sic. Senti necessidade de reforçar positivamente o fato de estar a conseguir partilhar o que sentia e por sua vez que reconheceu que não estava bem e que por isso quis retirar-se daquele ambiente e ir para o seu quarto. Reforcei também que existem outras estratégias para lidar com o conflito com os pares de forma mais adequada, que não a violência. Neste momento o C. apresentou crítica para a situação dizendo “sim eu sei, foi por isso que sai dali porque ela estava a chatear-me, só pensei em partir-lhe a cara (...) só estava a gozar comigo (...) mas consegui vir para aqui.” sic. Clarifiquei as normas quanto à violência no internamento e que sempre que sentisse dificuldade em gerir alguma situação e ou emoções que existia a possibilidade de pedir ajuda aos técnicos, para que com eles conseguisse tomar consciência do que lhe estava a acontecer e tomar a melhor decisão. Perante isto, C. conseguiu-se tranquilizar e pediu para se deitar na sua cama acusando algum cansaço. Decidi proporcionar-lhe um momento de conforto, para experimentar ser cuidado, dado a carência de afetos conhecida no seu contexto sócio-familiar. Aconcheguei-o com a sua manta e coloquei juntos de si os seus “dois amigos, o pintas e o deddy”, riu-se muito para eles e abraçou-os com vigor e afeto. Dei-lhe um abraço, ao que me pediu que ficasse junto dele até adormecer. Nem parecia a mesma criança que 20 minutos antes estava completamente agitada, angustiada e a pedir ajuda. Lembro-me de pensar que “independentemente da sua perturbação mental, as crianças nunca deixarão de ser crianças”. Senti-me confortável ao cuidar do C. a proporcionar-lhe um momento de *maternage*. Dei-me conta de pensar que é preciso revisitar momentos vividos pelas crianças mais primitivos, muitas vezes relacionados com a vinculação mãe-bebé, para dar-lhes outros contornos, fortalece-los, dar-lhes um significado mais consistente e seguro, que muitas vezes não houve a possibilidade de o construir.

## **APÊNDICE IX – Registos de interação em contexto A**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

AREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estágio – contexto A - João Fortunato, nº516

### **REGISTO DE INTERAÇÃO III - JP**

Jovem refere sentir-se zangado, “preciso de bater nos colchoes “SIC. Solicita quarto de contenção ambiental, mas não aceita tomar SOS. Atitude disponível, negociado momento individual em gabinete, que aceitou. Clarificada estratégia de refletir sobre a necessidade de tomar SOS, de forma a tranquilizar-se e estar mais disponível para intervenção no quarto 3, por outro lado, dar-se conta da necessidade de pensar sobre o que sente, validar com técnico e de que forma poderá lidar com a sua dificuldade em expressar o que sente, querendo substituir a reflexão pela agressividade ao bater nos colchões. JP reconheceu que "é me mais fácil bater do que pensar, nunca fui habituado a pensar sobre mim" sic. Discurso centrado na alta e que se sente fechado, mostrou desejo em discutir estratégias para lidar com o sentimento de tristeza. Identificou que atividades de cozinha, realizando receitas em relação dual, poderá ajudá-lo a expressar-se, tranquilizar-se e ocupar o seu tempo. Foi-lhe devolvido que será discutida em equipa a sua vontade. Acrescentou que viveu momentos difíceis na infância, "perdi o meu pai e tive de lidar com um ambiente cheio de armas, fica normal ver pessoas mortas por balas perdidas, era normal acordar com tiros, é normal que depois fique a gostar de armas" sic. Apresenta pouca crítica para estes acontecimentos, “eu já ultrapassei tudo (...) já está tudo resolvido” sic. Questionou se estes acontecimentos poderiam ter estado na base da sua “zanga, raiva, frustração” sic, que o fizeram escolher o caminho do tráfico de droga e de uso de armas. Remeteu para um tempo futuro, no qual, se tivesse oportunidade de mudar - "mudava a minha raiva de o meu pai morrer de diabetes, sem ter cumprido tudo o que me prometeu (...) tínhamos tantas coisas para fazermos juntos (...) ia ensinar-me a andar de cavalo" sic. Referiu que não foi fácil lidar com a presença de uma figura masculina, afirmando que “ninguém substituirá o meu pai (...) tive um primeiro padrasto do qual era distante, zangava-se com a minha mãe e não gostava nada disso. Nunca houve violência, mas se ele tentasse algo contra mim, dava-lhe um tiro logo, não gosto de sujar as minhas mãos. Se não fosse eu a dar eram os meus tios” sic. Retoma ao momento presente dizendo, "foi mais fácil lidar com isto indo pelo caminho do tráfico, das armas, assim esquecia tudo o que de mal me aconteceu" sic. Partilha objetivos futuros, sente vontade de ir à escola até fazer 16 anos e depois começar a trabalhar no ramo da hotelaria. Termina o momento individual mais tranquilo, recusa ir para o quarto 3 e integrou-se nas atividades de grupo na sala de estar com os seus pares.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

AREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estágio – contexto A - João Fortunato, nº516

#### **REGISTO DE INTERAÇÃO IV - JP**

Jovem com humor apreensivo, fâcies tranquilo/aborrecido. Atitude disponível. Apresentou-se tenso após o almoço, agressividade latente e expressa no quarto de confinamento, referiu "não aguento, estou a explodir" SIC, situação que relacionou com a relação conflituosa com a mãe. Conseguiu dirigir a sua agressividade para os colchões. Neste contexto foi negociado SOS Lorazepam 1mg PO (14h25), que aceitou a sua administração. Pediu para continuar no quarto de confinamento para continuar a "exteriorizar a sua zanga" SIC. Conseguiu tranquilizar-se e foi negociado com o jovem outras estratégias para lidar com os seus sentimentos sem que para tal tenha que recorrer e/ou utilizar a agressividade dirigida aos colchões como CAL. Jovem aparentemente com pouco crítica perante as novas estratégias identificadas.

Pelas 15h recebeu a visita da mãe no refeitório com atitude retraída, evitando fixar o olhar na mãe, comunicou em tom de voz baixo. Apresentou uma postura de escuta e com pouca intervenção, apresentando dificuldade em devolver a mãe o que estava a sentir. Por a mãe começar a elevar o tom de voz, fâcies tenso, irritabilidade expressa, foi negociado com a mesma interromper a visita com o filho e dar continuidade, individualmente com enfermeiro, em gabinete. Inicialmente verbaliza que "eu não o venho visitar para ele se aperceber dos seus erros e me pedir desculpa" SIC. Foi-lhe clarificado os objetivos do projeto terapêutico do J (que concordou) e quão é importante a sua presença no mesmo. Referiu que "em primeiro lugar estou eu (...) não me vou afundar com o meu filho (...) ele tem de perceber que está errado" SIC. Mostrou-se preocupada com a possibilidade de a Avó D.ª A (sua mãe) estaria a visitar e/ou a realizar chamadas para o J. Foi clarificado as normas do serviço quanto à receção de visitas. No momento final, foi sugerido retomar a visita com o filho, tendo aceite. J conseguiu estar disponível para retomar a visita da mãe e da irmã. Mãe conseguiu verbalizar as expectativas que tinha perante o filho, J escutou-a e conseguiu devolver-lhe o que sentia perante essas expectativas e em que é que a mãe o poderia ajudar. Após incentivo do técnico conseguiram abraçar-se, J neste momento muito lábil, referindo "gosto muito de ti mãe", ao que a mãe lhe devolveu "eu também meu filho (...) tenho saudades tuas" SIC. Mãe comprometeu-se a estar mais presente nas visitas e nas reuniões familiares. Levou a roupa suja e ficou de trazer mais limpa e outros produtos de higiene. Conseguiu despedir-se sem angústia aparente da mãe e da irmã.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

AREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estágio – contexto A - João Fortunato, nº516

### **REGISTO DE INTERAÇÃO V - JP**

14h30 JP recebeu visita da mãe. Inicialmente próximos e com interações positivas. JP partilhou o seu plano de objetivos para quando tiver alta – “estudar até fazer 16 anos e depois começar a trabalhar em cozinha” sic. Mãe devolve-lhe “o teu dever é estudar e depois arranjar emprego (...) não é falares à escola” sic. Mãe ficou com fâcies tenso e elevou o tom de voz, dizendo “eu não estou para sustentar marginais, já faço um sacrifício vir aqui, então se fores para a cadeia é que não vou mesmo” sic. JP pede para terminar a visita, negociada toma de sos, tendo sido administrada cloropromazina 25 mg PO e identifica necessidade de usufruir do quarto 3. Nesse momento, muito tenso, dando murros e pontapés nos colchões, deu um murro no vidro da janela e fez uma pequena lesão no dorso da mão direita. Devolvido que se estava a magoar e clarificado a intenção de estar naquele espaço, que seria para sua proteção e dar sentido ao que estava a sentir. Apresentou longo período de labilidade emocional, mostrando dificuldade em aceder à palavra. Realizada escuta ativa. Conseguiu tranquilizar-se e integra-se na sala de estar com comportamento ajustado.

Posteriormente, retomei momento individual com a mãe, a qual se mostrou com atitude disponível. Não conseguiu identificar outras alternativas para partilhar com o filho a forma como pretende protegê-lo. “Eu digo-lhe isto com a intenção de ele se aperceber que está a agir mal” sic. Reconhece que seria seu desejo que o filho trabalhasse na área que gosta de cozinha, “depois das aulas do ensino especial ele podia ir trabalhar para a cozinha de um restaurante de um amigo meu português” sic. Negociada possibilidade de partilhar este seu desejo com o JP, tendo a mãe afirmado que lhe era mais fácil fazê-lo por telemóvel, no entanto, foi lhe devolvida a necessidade de mediação desta partilha, que não seria possível se a fizesse por telemóvel. Aceitou e tenciona partilhar este desejo em reunião familiar na próxima segunda-feira às 10h. Mãe saiu do serviço, JP não mostrou vontade em despedir-se dela.