



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital de São Francisco Xavier

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora

Orientador Académico: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professor Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Filipa dos Santos Periquito
2014

“A criança modela-se. Ajuda-a a modelar-se oferecendo-lhe tudo quanto tenhas de mais autêntico dentro de ti. Oferece-te a ti próprio como modelo. Faz de modelo, não só com o teu corpo de Homem, mas também com o que resta da tua espontaneidade infantil para o *Amor.*”

João dos Santos (in Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta, pág. 23)

Agradecimentos

Em primeiro lugar o meu agradecimento é dirigido aos meus orientadores, Prof. Rui Martins e Dr.^a Lúcia Martins, demonstrando o meu especial e sincero obrigado por todos os momentos que enriqueceram o meu conhecimento profissional e pessoal. Ao Prof. Rui agradeço a forma como conduziu o estágio de forma tão sábia e compreensiva, contribuindo para o desenvolvimento da forma de pensar as situações, os objetos e as pessoas. À Dr.^a Lúcia agradeço as longas conversas, todas as experiências partilhadas e pela forma calorosa e simpática como me recebeu, pelo enorme contributo para o meu crescimento profissional e pela importância que teve na (re)descoberta da minha identidade.

À minha família que constitui o meu suporte e que possibilitaram que embarcasse nesta longa e incerta viagem, mas que agora cruza uma nova etapa. Em especial aos meus pais e irmão e a duas estrelinhas que me acompanham desde sempre, os meus avós, pelo amor incondicional e por serem os principais responsáveis pela pessoa que me tornei e que foram os pilares das minhas conquistas.

Ao Sérgio, por todo o apoio e amor demonstrado, pela partilha e humildade que demonstra em cada gesto, o meu sincero obrigado.

À Anabela, amiga e colega de estágio, por toda sinceridade, apoio e partilha de momentos e experiências inesquecíveis durante todos estes anos, uma fonte de motivação e orgulho.

Às minhas queridas colegas de faculdade, amigas e companheiras de viagem, Sofia, Sara T. e Sara S., pelos ótimos momentos passados em conjunto, pelas gargalhadas constantes e apoio nestes longos mas efémeros cinco anos.

A toda a equipa de Pedopsiquiatria do HSF, pela forma calorosa e simpaticuíssima com que fui recebida e tratada durante todo o estágio, com especial agradecimento à Dr.^a Georgina, pelo reconhecimento da importância da psicomotricidade na área de saúde mental e pelo investimento na formação dos futuros psicomotricistas.

À Ana Marta, colega do núcleo de estágio, um elemento fulcral neste estágio pela partilha de experiências de conhecimento e pela forma positiva e risonha com que olha o mundo.

E, por último mas não menos importante, a todas as crianças e famílias que se cruzaram nesta minha viagem e que permitiram que fizesse sentido continuar, entre vitórias e derrotas, e por fim chegar até aqui, com a certeza de que serei uma melhor profissional e uma pessoa melhor.

A TODOS o meu sincero obrigado!

Resumo

O presente relatório apresenta as atividades de estágio desenvolvidas no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Hospital de São Francisco Xavier no âmbito do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais. O estágio foi integrado numa equipa multidisciplinar em articulação com os contextos de vida das crianças e adolescentes. No estágio foram acompanhados 15 casos entre os 4 e os 13 anos, dos quais 8 em observação participada, 5 em acompanhamento terapêutico e os restantes dois em avaliação psicomotora. O relatório engloba também o enquadramento teórico, legal e institucional, salientando-se a contribuição da psicomotricidade no contexto da saúde mental e a reflexão profissional e pessoal relacionada com a evolução durante a experiência de estágio. O relatório apresenta um estudo de caso exemplificativo e uma breve caracterização da intervenção realizada nos restantes casos acompanhados. O estudo de caso é referente a uma criança do género masculino com 9 anos de idade com o diagnóstico de Perturbação do Comportamento e das Emoções, acompanhada em consultas regulares de pedopsiquiatria e sessões individuais semanais de psicomotricidade. Os resultados da intervenção revelam uma evolução positiva ao nível psicomotor, cognitivo e socioemocional.

Palavras-chave: Competências Pessoais e Sociais, Estudo de Caso, Multidisciplinaridade, Jogo, Observação e Avaliação Psicomotora, Psicomotricidade, Psicopatologia, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Relaxação Terapêutica, Saúde Mental Infantil.

Abstract

In this report, an internship developed in the Department of Psychiatry and Mental Health of Children and Adolescents, Hospital São Francisco Xavier is presented. The internship was realized in context of Psychomotor Therapy's Master, Branch of Advancement of Professional Competencies, of the Human Kinetics Faculty. The internship was part of a multidisciplinary team in collaboration with children and adolescents contexts of life, including family and school context. Fifteen cases with an age range between 4 and 13 years old were followed, among whom eight were followed up in active observation, five in therapeutic intervention and the remaining two in psychomotor evaluation. Throughout the report, the actual theoretical, legal and institutional framework are highlighted, emphasizing the psychomotor contribution in the context of mental health and a professional and personal reflection related to internship experience. The report presents a case study exemplifying the intervention realized and the remaining cases were also briefly presented. The case study is about a 9 years male child with a Mixed Disorder of Conduct and Emotion diagnosis, regularly followed by a child Psychiatrist and weekly individual sessions psychomotor approach. The results of the intervention showed a positive improvement in psychomotor, cognitive and social-emotional level.

Keywords: Case-study, Child Mental Health, Childhood and Adolescence Psychiatry, Multidisciplinarity, Personal and Social Skills, Play, Psychomotor Observation and Assessment, Psychomotricity, Psychopathology, Therapeutic Relaxation.

Lista de Abreviaturas

AACAP – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

AAV – Autoavaliação

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APA – Associação Portuguesa de Psiquiatria

APIA – Associação de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BASC – Behavior Assessment Scale for Children

BPM – Bateria Psicomotora

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DAP – Draw a Person

DAPA - Diagnóstico das Aquisições Percetivoauditivas

DILE - Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM 5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EFP – European Forum of Psychomotricity

EPE – Entidade Pública Empresarial

GOC – Grelha de Observação Psicomotora

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

ICD-10 – International Classification of Diseases and Related Health Problems

PM – Psicomotricidade

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SOE – Sem Outra Especificação

SPSMIA – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

WHO - World Health Organization

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iii
Lista de Abreviaturas	iv
I. Introdução.....	viii
II. Enquadramento da Prática Profissional	2
1. Saúde Mental e Psicomotricidade	2
1.1. Contextualização da Saúde Mental	2
1.1.1. Enquadramento legal em Portugal	2
1.2. Saúde Mental na Infância e Adolescência em Portugal.....	3
1.3. Psicomotricidade em Saúde Mental	5
2. Enquadramento Institucional.....	9
2.1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier	9
2.2. A Psicomotricidade no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier	11
2.2.1. Psicomotricidade e outros contextos de intervenção.....	12
3. Problemáticas relativas aos casos acompanhados	13
3.1. Perturbações no ICD-10 e DSM 5.....	13
3.1.1. Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções	13
3.1.2. Perturbação Reativa da Vinculação	15
3.1.3. Perturbação de Oposição e Desafio.....	15
3.1.4. Síndrome de Asperger	15
3.2. Violência Intrafamiliar e Violência na Escola	16
III. Realização da Prática Profissional	20
1. Horário da intervenção	20
2. Processo de avaliação e intervenção psicomotora	20
2.1. Indicação terapêutica	20
2.2. Avaliação	21
2.2.1. Avaliação Informal.....	21
2.2.1.1. Observação	21
2.2.1.2. Entrevista	21
2.2.1.3. Grelha de Observação do Comportamento	22
2.2.2. Avaliação formal	22
2.2.2.1. Bateria Psicomotora-BPM (Fonseca, 2007).....	22
2.2.2.2. Desenho da Pessoa (Draw a person – DAP) (Naglieri, 1988).....	23
2.2.2.3. Behavior Assessment Scale for Children - BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992)	23

2.2.2.5. Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths (Griffiths, 1984, 1986)	24
3. Casos Acompanhados	25
3.1. Casos em função de coterapia	26
3.2. Casos atendidos em autonomia	28
3.3. Dados da Avaliação de Casos	36
3.4. Previsão de sessões relativas aos casos acompanhados	37
4. Estudo de Caso.....	38
4.1. Descrição do Caso.....	38
4.2. Avaliação Inicial	40
4.2.1. Avaliação Informal.....	41
4.2.2. Avaliação Formal	42
4.3. Perfil intraindividual	48
4.4. Planeamento da Intervenção.....	48
4.4.1. Objetivos de Intervenção.....	48
4.4.2. Estratégias de Intervenção.....	49
4.4.3. Atividades	50
4.4.4. Sessão Modelo	51
4.4.5. Calendarização da Intervenção.....	52
4.5. Evolução Terapêutica.....	53
4.6. Resultados e Comparação da Avaliação Inicial e Avaliação Final	57
4.6.1. BPM.....	58
4.6.2. DAP	58
4.6.3. BASC	59
4.7. Conclusões e recomendações para o projeto Terapêutico	63
5. Atividades Complementares de Formação.....	65
5.1. Atividade formativa no âmbito do núcleo de estágio.....	65
5.2. Formação interna do SPSMIA.....	66
5.3. Formação externa proporcionada pelo SPSMIA e pelo HAFX.....	66
5.4. Apresentações e Publicações em Congressos.....	67
5.5. Conferências, Congressos e Formações.....	67
IV. Dificuldades e Limitações.....	68
V. Conclusão.....	69
VI. Referências Bibliográficas	71
VII. Anexos.....	79

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização das atividades de estágio	20
Tabela 2 - Tabela síntese dos casos acompanhados e respetiva idade e perturbações ..	25
Tabela 3- Previsão de sessões dos casos acompanhados	38
Tabela 4 - Perfil Individual do João	48
Tabela 5 - Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico do João	49
Tabela 6 - Calendarização da Intervenção.....	52
Tabela 7 – Comparação dos Resultados do DAP na Avaliação Inicial e Final	59

Índice de Figuras

Figura 1 - Elementos-Critério	40
Figura 2 - Avaliação Inicial Bateria Psicomotora - Tonicidade.....	42
Figura 3 - Avaliação Inicial DAP	43
Figura 4 - Avaliação Final DAP	43
Figura 5 - Avaliação Inicial: Perfil Clínico Autoavaliação	44
Figura 6 - Avaliação Inicial: Perfil Clínico Pais BASC.....	45
Figura 7 - Avaliação Inicial: Perfil Clínico Professora BASC.....	46
Figura 8 - Avaliação Inicial: Perfil Adaptativo Autoavaliação BASC.....	46
Figura 9 - Avaliação Inicial: Perfil Adaptativo Pais BASC	47
Figura 10 - Avaliação Inicial: Perfil Adaptativo Professora BASC.....	47
Figura 11 - Comparação da Avaliação Inicial e Final BPM.....	58
Figura 12 - Comparação Avaliação Inicial e Final DAP	58
Figura 13 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Clínico Autoavaliação BASC.....	60
Figura 14- Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Clínico Pais BASC	60
Figura 15 – Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Clínico Professora BASC	61
Figura 16 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Adaptativo AAV BASC	62
Figura 17 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Adaptativo Pais BASC	62
Figura 18 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Adaptativo Professora BASC	63

Índice de Anexos

Anexo I: Casos acompanhados em função de coterapia	80
Anexo II: Escala BASC Autoavaliação – Avaliação Inicial	86
Anexo III: Escala BASC Autoavaliação – Avaliação Final	96
Anexo IV: Escala BASC preenchida pelos pais – Avaliação Inicial	106
Anexo V: Escala BASC preenchida pelos pais – Avaliação Final.....	115
Anexo VI: Escala BASC preenchida pela professora – Avaliação Inicial.....	125
Anexo VII: Escala BASC preenchida pela professora – Avaliação Final	135
Anexo VIII: Exemplos de Sessões – Estudo de Caso	145
Anexo IX: Apresentação “Estádios de Desenvolvimento e Patologias Associadas – Abordagem Psicodinâmica”	148
Anexo X: Apresentações dos Estudos de Caso no Núcleo de Estágio	156
Anexo XI: Comunicação “Psicomotricidade e violência: Fundamentos e Resposta Terapêutica”	174

I. Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) integrado no 2º ano do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. O estágio foi realizado durante o ano letivo de 2012/2013 na área de saúde mental.

Os objetivos do RACP (Martins, Simões & Brandão, 2012) estão relacionados com o domínio do conhecimento aprofundado em Reabilitação Psicomotora de âmbito metodológico e científico, promovendo a competência reflexiva multidisciplinar. Um outro objetivo relaciona-se com o desenvolvimento da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e programas da área mencionada em diferentes contextos e domínios. Finalmente, o RACP objetiva o desenvolvimento da capacidade de inovação relativamente à conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, acrescentando ainda o desenvolvimento de novas perspetivas políticas e profissionais, promovendo o enquadramento profissional e científico da área.

Importa também referir os objetivos específicos do RACP (Martins, Simões & Brandão, 2012), sendo que estes se prendem com a aprendizagem e treino de competências para o exercício da atividade profissional em domínios como a intervenção pedagógico-terapêutica, a relação com outros profissionais e a relação com a comunidade. O primeiro preconiza a relação entre os conhecimentos específicos com a prática profissional ao nível do processo de intervenção. O segundo perspetiva a relação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, promovendo a comunicação e partilha de saberes. Por último, o RACP visa a relação com a comunidade por meio de projetos nas instituições ou comunidade englobando diferentes intervenientes como o indivíduo, a família e os técnicos.

Posto isto, salienta-se que o estágio se desenvolveu no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SPSMIA) do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). O SPSMIA desenvolve a sua ação ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação na área da saúde mental a crianças e adolescentes entre os zero e os 17 anos de idade provenientes da área abrangida pelo hospital.

Relativamente à organização do relatório, este encontra-se seccionado em três partes distintas. Inicialmente irá ser apresentado o enquadramento da prática profissional onde serão abordados diversos conceitos que promovem a contextualização da área da saúde mental em vários domínios, tais como definições, saúde mental da infância e adolescência, enquadramento legal em Portugal e a Psicomotricidade em Saúde Mental. Nesta primeira parte proceder-se-á ainda a uma abordagem do enquadramento institucional e das perturbações relativas aos casos acompanhados. Posteriormente, será destacada a realização da prática profissional e todo o processo de intervenção e atividades realizadas ao longo do estágio. Deste modo, enfatiza-se neste capítulo a calendarização e processo de intervenção, considerando a avaliação, os casos acompanhados em diferentes formas de terapia, incluindo a avaliação de casos. Importa referir que neste capítulo será apresentado e discutido um estudo de caso acompanhado durante o estágio. Ao longo dos capítulos mencionados será realizada uma revisão bibliográfica que facultará o suporte teórico necessário à compreensão das temáticas abordadas no presente relatório. No último capítulo será realizada uma análise reflexiva acerca de todo o processo de estágio, considerando o resultado das aprendizagens e conhecimentos adquiridos no âmbito pessoal e profissional.

II. Enquadramento da Prática Profissional

1. Saúde Mental e Psicomotricidade

1.1. Contextualização da Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] a saúde mental não engloba apenas a ausência de doença mental, representando um estado de bem-estar em que o indivíduo tem a capacidade de gerir as tensões quotidianas, tendo consciência do seu potencial, trabalhar de forma produtiva e desempenhando em pleno a sua função na comunidade em que está inserido (WHO, 2007).

Ao longo dos últimos anos, a maioria dos países europeus tem identificado a saúde mental como sendo uma área de intervenção prioritária (WHO, 2008). Cerca de 19,5% da população europeia apresenta uma perturbação do foro mental que implica a readaptação da vida quotidiana do indivíduo tendo em conta a sua incapacidade (WHO, 2008). A OMS (2000) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Esta estimativa é confirmada por dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) e pela Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP, 1999), apontando para uma em cada cinco crianças apresente problemas mentais (CNSM & ACSS, 2011).

Desta forma, pretende-se que a política de saúde mental promova o bem-estar mental, o combate ao estigma, discriminação e exclusão social (WHO, 2008). A política supracitada deverá prevenir problemas de saúde mental, prestar cuidados eficazes a indivíduos com problemas de saúde mental permitindo liberdade de escolha e envolvimento em todo o processo e, finalmente, reabilitar e incluir socialmente pessoas com graves problemas de saúde mental (WHO, 2008).

Posto isto, é possível afirmar que a promoção da saúde mental tem como principais objetivos apoiar e proteger os indivíduos abrangidos nesta área, promovendo o seu bem-estar social, físico e psicológico de forma a melhorar expressivamente a sua qualidade de vida. A OMS (2008) prevê ainda a valorização dos fatores de proteção associados à doença mental e a redução dos fatores de risco com o objetivo de diminuir a prevalência de problemas de saúde mental.

1.1.1. Enquadramento legal em Portugal

A evolução dos serviços de saúde mental em Portugal acompanhou de forma análoga os restantes países da Europa (DGS, 2012). A primeira fase da referida evolução reporta-se ao desenvolvimento de hospitais psiquiátricos, onde estava localizada toda a atividade associada à área da saúde mental. No entanto, a criação da Lei nº 2118, a 3 de abril de 1963, preconizou a progressiva descentralização dos serviços psiquiátricos, sendo Portugal um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional com tal princípio (CNSM, 2007). Desta forma, procedeu-se à integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, procedendo-se posteriormente à realização de uma reforma psiquiátrica nacional assente numa política de setorização e no modelo comunitário (DGS, 2012).

No início da década de 90, assistiu-se à interrupção da reforma, observando-se a extinção dos centros de saúde mental e a criação de departamentos de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais. Mais tarde, em 1998 é publicada a Lei de Saúde Mental (Lei nº36/98) com o objetivo de estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regular o internamento compulsivo de pessoas com doença mental. A lei referida deve possibilitar a prestação de cuidados ao nível da comunidade, de forma a facilitar a reabilitação do doente e a sua inserção social, evitando desta forma qualquer afastamento do seu local de residência.

Posteriormente, em 2008, é aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e é fundada a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, tendo esta última com o

objetivo garantir o acesso a serviços certificados para a promoção da saúde mental em toda a população portuguesa, bem como facilitar a (re)integração das pessoas com problemas de saúde mental (DGS, 2012). Finalmente, em 2010, é publicada a Legislação dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (DGS, 2012), decreto-lei n.º 8/2010 que define os princípios orientadores dos diferentes dispositivos, nomeadamente das equipas de intervenção domiciliária e das estruturas residenciais, diferenciadas para adultos e crianças e adolescentes.

No entanto, importa salientar que a área da saúde mental em Portugal adquire uma baixa prioridade nos serviços de saúde, onde os modelos de financiamento são ineficazes, restringindo o progresso ao nível dos serviços de saúde mental em relação a outros países europeus (DGS, 2012).

Segundo a Matriz Específica para Avaliação da Idoneidade de Serviços Hospitalares de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, aprovada pelo Conselho Nacional Executivo a 27 de julho de 2010, o serviço deverá dispor de valências terapêuticas diversificadas como consultas terapêuticas, pedopsiquiatria forense, psicoterapias individuais, intervenções familiares, terapia de grupo, psicofarmacologia e intervenções psicossociais (CNSM & ACSS, 2012). Segundo o mesmo documento, será ainda desejável que os serviços disponham também de acompanhamento em psicomotricidade.

1.2. Saúde Mental na Infância e Adolescência em Portugal

Desde a ratificação da Convenção dos Direitos da Criança por Portugal a 21 de outubro de 1990, as políticas nacionais deram maior ênfase ao papel da criança e seu desenvolvimento, constituindo-se assim uma prioridade a nível político (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004). De acordo com a DGS (2004), saúde mental da criança e do adolescente encontra-se inserida num modelo alargado de saúde e bem-estar, focando a interdependência entre a saúde mental e física dos mesmos, tal como a importância da relação com o contexto familiar e sociocultural onde se incluem. Desta forma, as perturbações psíquicas da criança e adolescente apresentam um âmbito de intervenção urgente e prioritária. Segundo a fonte citada, este facto é corroborado pela sua elevada prevalência em Portugal, entre 15% a 20% e pela elevada probabilidade de ocorrência de comportamentos de risco consequentes, sendo exemplo o consumo de álcool e drogas, ideação suicida ou mesmo consumação do ato ou comportamentos delinquentes. As perturbações nestas idades podem também suscitar impactos negativos no contexto escolar, ao nível da integração e aprendizagem escolar, na saúde física e ao nível da integração socioprofissional (DGS, 2004). Assim sendo, constitui-se como um potencial risco para a qualidade de vida da família, para o desenvolvimento de problemas do foro mental na idade adulta e possível transmissão transgeracional (DGS, 2004). Deste modo, torna-se imperativo reunir esforços em todas as áreas que integram a sociedade onde nos inserimos, não só no sector da saúde, mas também no sector da educação, segurança social, justiça, autarquia e organizações não-governamentais, reunindo assim sinergias de modo a promover a (re)integração de todas as crianças e jovens nos seus diversos contextos (DGS, 2004).

A CNSM (2009) defende que não existe um limite claro e definido entre a distinção de normal e patológico no que concerne à saúde mental da infância e adolescência, uma vez que um sintoma não indica por si só a existência de uma patologia, no entanto o mesmo sintoma pode estar presente em diferentes quadros psicopatológicos. Assim sendo, o sintoma deve ser contextualizado no meio sociofamiliar da criança e na fase de desenvolvimento em que a criança se encontra (CNSM, 2009). Neste sentido, o contexto familiar da criança é fulcral na diminuição e desaparecimento de sintomas ou no seu agravamento e perpetuação (CNSM, 2009). Importa então definir sintoma normal e

patológico, com o objetivo de compreender aqueles que são parte integrante do desenvolvimento saudável da criança. Assim, o sintoma dito normal é inerente ao desenvolvimento e surge como consequência de conflitos associados ao desenvolvimento psicológico da criança (CNSM, 2009). Estes sintomas possuem um carácter transitório, baixa intensidade, são restritos apenas a uma área de vida da criança, não revelam repercussões no seu desenvolvimento, a criança é capaz de falar sobre eles com facilidade e não existe disfunção familiar evidente. Ao invés, o sintoma patológico apresenta-se como frequente e intenso que persiste ao longo do desenvolvimento, provocando graves restrições em diversas áreas de vida da criança (CNSM, 2009). Este sintoma afeta o desenvolvimento saudável da criança, é desadequado em relação à sua idade e pode estar associado a diversos sintomas, sendo o meio onde a criança se insere patológico (CNSM, 2009).

Segundo a CNSM e Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2011), as equipas de saúde mental dispõem de um número reduzido de profissionais não médicos, como enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais que se justifiquem como tendo um contributo fulcral nestas equipas.

A fonte citada faz ainda referência à caracterização da intervenção nas diversas faixas etárias infantojuvenis. No período perinatal e na primeira infância, dos zero aos três anos, é fundamental apoiar os pais na sua função de cuidadores, realizando o despiste de situações de psicopatologia parental e intervir precocemente nas perturbações do desenvolvimento, promovendo a realização de programas de intervenção de forma a estimular o desenvolvimento da criança, envolvendo e apoiando também a família. Na idade pré-escolar e escolar, o diagnóstico e intervenção em patologias com impacto no desempenho académico e aprendizagem assumem um papel preponderante, constituindo-se como exemplos a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), as Perturbações de Oposição e Desafio e problemas associados à ansiedade e depressão. Nesta etapa de desenvolvimento é extremamente necessária a articulação com o estabelecimento de ensino frequentado pela criança. Durante o período da adolescência assumem maior prevalência as perturbações associadas à ansiedade, depressão e comportamentos de risco como a ideação e atos suicidários e consumos aditivos.

Importa referir que durante o desenvolvimento podem surgir outras perturbações com elevada gravidade, como perturbações psicóticas e perturbações do espectro bipolar, sendo fulcral realizar um diagnóstico precocemente para se proceder à intervenção atempada (CNSM & ACSS, 2011). As Perturbações do Comportamento Disruptivo conduzem frequentemente à necessidade de articulação com diversas estruturas da comunidade e com a área da justiça (CNSM & ACSS, 2011). A psicopatologia parental exige também frequente articulação das equipas de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência com o serviço de psiquiatria geral, devido ao elevado número de crianças nestas circunstâncias desenvolverem problemas de saúde mental, tal como o prolongamento da patologia para a idade adulta (CNSM & ACSS, 2011).

De salientar ainda que é fundamental que as crianças ou adolescentes se encontrem disponíveis e motivados para a intervenção proposta pela equipa de saúde mental (CNSM & ACSS, 2011).

A CNSM e ACSS (2011) confirmam a existência de diversos estudos que comprovam o início de algumas patologias psiquiátricas antes dos 18 anos. Desta forma, e atendendo a que Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes) em adultos (CNSM & ACSS, 2011) com cerca de 22,9% (DGS, 2013), é impreterível desenvolver sinergias no sentido da prevenção e intervenção precoce nos problemas de saúde mental em Portugal, diminuindo assim as consequências da doença a longo prazo. De facto, de acordo com uma revisão de *surveys* realizada por Kessler et al. (2007), cerca de 50% das perturbações

psiquiátricas de carácter prolongado tiveram o seu início antes dos 14 anos de idade e cerca de 75% antes dos 24 anos.

Neste sentido, considera-se a importância da ratificação do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar por Portugal, a 13 de junho de 2008, na promoção de estratégias de prevenção e intervenção ao nível da saúde mental (CNSM & ACSS, 2011). O Pacto supracitado prevê cinco áreas como prioritárias, sendo a saúde mental e educação na infância e adolescência uma das áreas consideradas, acompanhada pela prevenção da depressão e suicídio, saúde mental nos locais de trabalho, saúde mental no idoso e o combate ao estigma e exclusão social (CNSM & ACSS, 2011). Relativamente à área relacionada com a infância e adolescência, o Pacto Europeu recomenda estratégias de prevenção nos primeiros anos de vida, tal como visitas domiciliárias, treino de competências parentais nos serviços de saúde, em escolas e na comunidade em geral (CNSM & ACSS, 2011).

1.3. Psicomotricidade em Saúde Mental

O Fórum Europeu de Psicomotricidade (EFP, 2013) define psicomotricidade tendo por base uma visão holística do ser humano, na medida em que o corpo, a mente e o espírito se constituem como uma unidade. Desta forma, a Psicomotricidade explica a influência mútua da cognição, emoção e movimento sobre o potencial de cada indivíduo dentro do seu contexto psicossocial (EFP, 2013). A terapia psicomotora caracteriza-se como uma terapia de mediação corporal que permite resolver dificuldades psíquicas, mentais e comportamentais através da identificação das funções psicomotoras que se encontram deficitárias (Selmi, 2011).

No contexto de saúde mental infantil e da adolescência, a terapia psicomotora apresenta um cariz preventivo e terapêutico. Neste contexto preconiza-se a compensação de sintomas associados a problemáticas atendidas nos seguintes domínios: desenvolvimento psicomotor, regulação tónica, esquema e imagem corporal, autorregulação comportamental (inibição, desinibição ou instabilidade), gestão dos processos de atenção, equilíbrio na autoimagem e autoestima, gestão de emoções e comunicação verbal e não-verbal (APP, 2013).

Segundo João dos Santos (Branco, 2000) o sintoma psicomotor compreende o papel da angústia no processo de desenvolvimento e maturação de estruturas nervosas. De acordo com o mesmo autor, a expressão psicomotora da angústia envolve grande quantidade de energia e informação que não pode ser mentalizada. Acrescentando que a criança que não mentaliza utiliza o comportamento como descarga, sendo frequentemente consideradas crianças malcomportadas. O mesmo autor refere ainda que quando a criança não consegue lidar com a depressão, angústias, carência ou revolta tende a agir. Raynaud, Danner e Inigo (2007) corroboram e acrescentam que o desenvolvimento global da criança, maturação e estruturação da personalidade é impulsionado através das experiências psicomotoras. A intervenção psicomotora atua sobre dificuldades a nível corporal e cognitivo, como também nas dificuldades afetivas e relacionais (Llinares & Rodríguez, 2003). O evitamento ou a fuga do olhar constituem-se como dificuldades relacionais, sendo o olhar parte integrante da experiência relacional (Maximiano, 2004). A função do psicomotricista visa promover progressivamente a confiança no olhar do outro, onde o olhar do terapeuta se assume como contentor e orientador. Desta forma, permite-se ao sujeito olhar para si próprio e tomar mais consciência de si, do seu conteúdo, das suas características individuais (Maximiano, 2004).

Neste processo, o corpo assume um importante papel (Maximiano, 2004; Onofre, 2004; Raynaud, Danner & Inigo, 2007; Martins, 2009). O corpo é o local de manifestação do conteúdo interno do indivíduo e das suas vivências passadas, sendo também

evidenciado nas suas atividades lúdicas e simbólicas (Martins, 2001b; Maximiano, 2004). Como tal, a psicomotricidade preconiza a ação do indivíduo onde se promove a relação afetiva e funcional com o próprio corpo e com o outro, com os objetos, espaço e tempo (Boscaini, 2012), a aquisição do domínio do corpo, de forma a controlar as emoções, o pensamento, a relação e a possibilidade de viver experiências corporais que permitem a construção da própria identidade, de forma a tornar mais harmoniosas diversas competências e aspetos psicotónicos e psicomotores (Fonseca, 2007).

Vecchiato (2003), Almeida (2005) e Joly (2007) fazem também referência à importância do corpo, da relação corporal e do jogo psicomotor na intervenção com crianças com psicopatologia na promoção das etapas de desenvolvimento. Assim, a terapia psicomotora apresenta um enfoque na promoção da função do sujeito enquanto agente sobre o mundo objetal, favorecendo a capacidade de mentalização e transformação de comportamentos agressivos em processos assertivos e de simbolização através do jogo. O jogo permite que o processo terapêutico avance progressivamente de uma descarga de agressividade para um investimento construtivo no prazer de jogar, promovendo a organização do pensamento através da relação com o outro. Desta forma, o jogo promove a evolução do sujeito através do desenvolvimento de competências subjacentes à resolução de situações problemáticas que o terapeuta progressivamente vai criando (Carvalho, 2005).

O jogo assume particular importância a partir do segundo ano de vida, promovendo a criação de representações e elaborações das experiências e fantasias diárias que permitem posteriormente elaborar jogos de faz de conta (Melvin, 1991; Onofre, 2004). Desta forma, através do jogo é possível reviver situações conflituais pela expressão de angústias arcaicas (Vecchiato, 2003; Almeida, 2005; Joly, 2007; Rivière, 2010), com base numa atitude permissiva e de escuta por parte do terapeuta (Martins, 2001b; Onofre, 2004; Almeida, 2005). O papel do terapeuta deve também facilitar e promover a organização e estruturação da sua expressividade, contextualizando a sua ação, muitas vezes não intencional e com dificuldade na regulação e controlo dos movimentos e emoções (Onofre, 2004; Almeida, 2005). O jogo representa uma proteção contra a frustração, uma vez que a criança tem a possibilidade de conduzir a história nas experiências no faz de conta (Melvin, 1991). A atividade lúdica é ainda promotora de interações positivas essenciais no estabelecimento de uma relação e uma forma de comunicação adequada ao nível de relação em que a criança se encontra (Carvalho, 2005).

Neste contexto, as vivências permitem a resolução de conflitos e a conseqüente procura de novas soluções, favorecendo uma melhor utilização do próprio corpo e das suas possibilidades (Almeida, 2005; Boscaini, 2012). O terapeuta atribui um sentido a estes conflitos precoces que se expressam simbolicamente, promovendo a sua resolução (Lapierre, 2008). A aquisição do controlo do corpo é assim facilitada por meio das experiências psicomotoras que promovem também a regulação emocional, do pensamento, da relação e da realidade (Boscaini, 2012). A organização corporal da criança é realizada com base nas relações afetivas vividas e percebidas (Onofre, 2004; Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

De acordo com Onofre (2004), a motricidade humana constitui-se como aspeto fundamental na vida de todos os indivíduos e adquire enorme importância nos primeiros anos de vida. Neste sentido, o mesmo autor sublinha a existência de três etapas com início no período intrauterino. A primeira realiza-se do vivido para o sentido, uma vez que toda a atividade motora da criança é gerida por estímulos e impulsos internos (interocetivos) e por informações de nível periférico (proprioceativas). Progressivamente, a criança começa a organizar a informação proveniente de estruturas músculo-esqueléticas criando representações dos seus segmentos corporais e a sua relação entre si, com o espaço e em movimento. Desta forma, inicia-se a elaboração de um esboço da sua imagem corporal (Onofre, 2004). A segunda etapa processa-se do sentido ao percebido, onde a criança

organiza as suas percepções, o seu sentir, e procura novas formas de inovação, novas experiências (Onofre, 2004). Nesta etapa, a criança é induzida a experimentar algo novo fruto da sua percepção sobre si e sobre o mundo e pelas relações que vai estabelecendo com o que a rodeia (Onofre, 2004). A última etapa apresentada pelo autor organiza-se do percebido para o representado. Neste sentido, a criança é capaz de se expressar e de se explicar aos outros, revelando uma maior confiança. A criança começa a relacionar os estímulos e respostas e desta forma inicia a sua compreensão do mundo (Onofre, 2004). Este facto é corroborado por Boscaini (2003) quando faz referência à criação de representações através da causalidade por parte da criança, facilitando a consciencialização interna e do envolvimento. Assim, o psicomotricista deve facilitar o processo de tomada de consciência da sua própria realidade, tal como contribuir para uma melhor regulação, autonomia e investimento relacional (Fonseca, 2007).

De acordo com Vecchiato (2003), assume-se a existência de uma estreita relação entre a precocidade da perturbação do processo relacional e a psicopatologia da criança. Sendo que a primeira forma de comunicação do bebé é baseada na sensação de prazer ou desprazer por ele sentida, expressando-se assim através do seu tónus na relação com os objetos, inicialmente o objeto materno (Aucouturier & Lapierre, 1989; Almeida, 2005; Costa, 2008). O diálogo tónico-emocional referido sustenta a organização da identidade da criança, pelas experiências corporais vividas, pelas características genéticas e a influência do meio ambiente (Costa, 2008). Desta forma, quando existe uma perturbação na relação com o objeto podem ser visíveis perturbações ao nível da comunicação, diminuindo o investimento de diferentes formas de expressão (Aucouturier & Lapierre, 1989).

Neste sentido, Winnicott (2002) identifica a figura materna como uma figura contentora das angústias precoces do bebé, concedendo-lhe proteção e uma ação securizante. O mesmo autor faz também referência ao conceito de uma mãe suficientemente boa, correspondendo às solicitações e necessidades do seu filho. Nos primeiros meses de vida, a forma como o bebé é pegado – holding – e a forma como é manipulado – handling – permitem a diferenciação do seu próprio corpo em relação ao corpo do outro pela função de suporte materna e contribui para o desenvolvimento do sentimento de confiança. Assim, se justifica o importante papel do contacto corporal no desenvolvimento do eu corporal da criança, sendo que a ocorrência de falhas durante as fases precoces podem conduzir a perturbações psicoafectivas e psicomotoras, com nítidas implicações em fases posteriores do desenvolvimento (Almeida, 2005). Joly (2007, p. 80) acrescenta que o “tónus e a motricidade participam na atividade relacional”. De facto, é através do diálogo tónico-emocional e na relação com o mundo objeto que a criança expressa a sua atividade psíquica, num ambiente securizante e de confiança. Assim, a terapia psicomotora atua através da proximidade corporal e disponibilidade para a relação por parte do terapeuta, onde esta vivência da relação primordial atribui ao psicomotricista o papel de uma figura securizante e contentora, valorizando a atividade espontânea e a contenção (Almeida, 2005; Llauredó, 2008).

Relativamente ao papel do psicomotricista, Martins (2001b) preconiza a diferenciação do terapeuta em relação às figuras, adultos, com quem a criança mantém uma relação pautada por conflitos. Importa referir que o psicomotricista deve valorizar as descobertas motoras da criança, promovendo a sua criatividade e espontaneidade (Almeida et al., 2005).

A experiência psicomotora constitui uma ponte entre o corpo e a mente, entre as sensações, emoções e pensamentos e entre a linguagem verbal e não-verbal, permitindo ainda a expressão e resolução de conflitos e a procura de soluções perante as dificuldades (Boscaini, 2003). Selmi (2011) acrescenta que a terapia psicomotora permite reviver experiências passadas projetadas no terapeuta de forma a repará-las.

Salienta-se o importante papel da terapia psicomotora na regulação tónico-emocional e no movimento do indivíduo, através da mediação corporal, permitindo o

(re)encontro do prazer sensório-motor, tal como possibilitar o desenvolvimento de processos simbólicos, num envolvimento relacional, instrumental, e lúdico (Fonseca, 2001). Raynaud, Danner & Inigo (2007), sugerem que crianças com dificuldade em elaborar os conflitos no plano da representação mental e verbal beneficiam de uma intervenção desta natureza. Os autores acima referidos afirmam que estas crianças se situam num nível de expressão reativa pelo agir quando confrontados com situações emocionalmente perturbadoras.

A relaxação pode ser definida como uma prática de mediação corporal com intencionalidade psicoterapêutica (Martins, 2001a). Desta forma, permite ao indivíduo relacionar a experiência do vivido e sentido num plano não-verbal de base tónico-emocional, através da mediação verbal (Martins, 2001a). Desta forma, enquadra-se num meio de intervenção terapêutica que promove a pacificação de tensões e conflitos, conferindo ao indivíduo uma unidade corporal (Costa, 2008).

De acordo com Bergès e Bounes (1974) a relaxação surge como resposta terapêutica para pré-adolescentes e adolescentes, sendo recomendada em crianças que apresentam perturbações afetivas.

A relaxação, na terapia psicomotora, surge como um complemento na medida em que permite preparar o corpo para a ação e desenvolver representações topográficas corporais, experienciadas pelo corpo em movimento e em relação com o espaço e objetos (Bergès & Bounes, 1974; Fonseca, 2007). Neste sentido, Martins (2001a) refere que é através de uma comparação figura-fundo, isto é, comparação da capacidade de descontração neuromuscular entre as diferentes partes do corpo que é possível elaborar representações topográficas do corpo e da função tónica. A passagem dos segmentos entre a passividade e atividade é uma forma antagonista mas complementar que permite a representação de várias ações experienciadas anteriormente (Bergès & Bounes, 1974; Martins, 2001a). Desta forma, a criança tem a possibilidade de melhorar as suas funções tónicas e motoras através de uma maior consciencialização global dos grupos musculares tal como de uma forma isolada, adquirindo maior controlo sobre os mesmos (Bergès & Bounes, 1974; Martins, 2001a). Através destes métodos é possível reelaborar a imagem e o esquema corporal (Bergès & Bounes, 1974; Martins, 2001a). A somatognosia aparece assim como meio para melhorar os processos de representação e antecipação, noções espaciais e temporais relativas à praxia, promovendo um maior controlo e inibição sobre o movimento (Martins, 2001a). A relaxação atua então sobre o corpo, na representação e sua antecipação (Bounes, 2010). O corpo é o produto da realidade somática, das expectativas parentais e da própria criança (Bounes, 2010).

De referir que no processo de relaxação terapêutica estão envolvidos diversos aspetos como a função tónica, aspetos ligados à relação que a criança estabelece com o terapeuta, contemplando a identificação realizada ao próprio terapeuta, e a representação mental associada ao seu corpo (Bergès & Bounes, 1974). O diálogo tónico-emocional precoce adquire uma enorme influência nos estados tónicos do indivíduo, nomeadamente se existem privações e carências neste âmbito poderá observar-se estados de hipertonia e descargas motoras, mas se for elaborado de forma saudável irá desencadear um estado de calma e descontração (Martins, 2001a). Na terapia psicomotora, este diálogo desenvolve-se através da presença e ausência do terapeuta, tal como pela proximidade e afastamento.

Em psicomotricidade, a integração de aspetos temporais adquire uma grande importância através da imitação, da ação do próprio corpo, organizando a atividade gestual da criança em relação às constantes mudanças envolvimentoais (Bergès & Bounes, 1974). Analogamente, a relaxação irá incidir também na componente rítmica mas associada aos ritmos vitais da criança, procurando a adequação aos ritmos externos (Bergès & Bounes, 1974; Martins, 2001a).

As condições de envolvimento em que decorre a relaxação e o discurso do terapeuta assumem extrema importância (Martins, 2001a; Bounes, 2011). A palavra toma assim um dos papéis principais neste processo, podendo ser utilizada como indutora de imagens tranquilizantes e agradáveis, promotoras de descontração (Martins, 2011a). O ambiente deve ser calmo, securizante e sem qualquer forma de agressividade (Martins, 2001a).

O terapeuta nomeia e mobiliza as diferentes partes do corpo. Progressivamente, a criança deve reconhecer e perceber todo o corpo, nomeadamente membros, nádegas, costas, respiração, rosto, testa (Bounes, 2010).

Por fim, a vivência deve ser interiorizada e expressa pela palavra, possibilitando a percepção das sensações e emoções sentidas (Martins, 2001a, Bergès-Bounes et al., 2008; Bounes, 2011). De facto, a psicomotricidade em saúde mental valoriza a palavra como meio de atribuição de significado às sensações e emoções decorrentes do diálogo corporal (Maximiano, 2004). Este é um espaço que permite ao sujeito observar e escutar-se, rompendo com as formas habituais do indivíduo para lidar com os conflitos. Neste momento emergem sensações agradáveis que proporcionam bem-estar e prazer e que permitem uma nova forma de funcionamento mais saudável (Martins, 2001a).

2. Enquadramento Institucional

2.1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier

O Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) teve origem num edifício construído por uma entidade privada no início da década de 70, constituindo a Clínica do Restelo (Ministério da Saúde, s/d).

Em Lisboa, as urgências hospitalares existentes na época eram compostas pelos Serviços de Urgências (SU) do Hospital de S. José e do Hospital de Santa Maria e verificou-se que a sua resposta era insuficiente relativamente à população abrangida. Em relação às necessidades de internamento, a resposta existente nesta época também não era satisfatória, pelo que urgiu a necessidade de expandir a rede hospitalar. Desta forma, o Ministério da Saúde comprou o edifício inicialmente destinado à Clínica do Restelo e nasceu o HSFX, inaugurado a 24 de abril de 1987, cumprindo o decreto-lei 11/86 de 5 de novembro e com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar à zona ocidental de Lisboa. Em dezembro de 2005, o HSFX foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Entidade Pública Empresarial, englobando também o Hospital Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz (Ministério da Saúde, s/d).

O Decreto-Lei nº 279/2002, de 9 de dezembro, constituiu o HSFX como sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. O Hospital de S. Francisco Xavier, S.A. apresenta-se como um Hospital Geral, Central, onde se encontram sediadas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de um milhão de habitantes provenientes de Oeiras, Cascais, Amadora e Sintra e as freguesias de Lisboa como São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda e Alcântara (Ministério da Saúde, s/d).

O CHLO constitui-se como referência ao nível da área de saúde mental no concelho de Cascais e como primeira linha direta para o concelho de Oeiras e para as freguesias de Lisboa anteriormente referidas. Relativamente às áreas relacionadas com a cardiologia e nefrologia e também com a especialidade de infeciologia apresenta-se como uma referência a nível nacional. No que concerne às situações traumáticas é referência para o Hospital de Cascais e Hospital Amadora-Sintra. O HSFX estabelece ainda um estreito

contato com os Centros de Saúde da Ajuda, Alcântara, Carnaxide, Cascais, Oeiras, Parede e Santo Condestável (Ministério da Saúde, s/d).

Relativamente à organização do HSF, existe um conselho de administração composto pelo presidente e vogais executivos, englobando um diretor clínico, um enfermeiro diretor e diretores executivos. Acrescenta-se ainda um conselho consultivo, um conselho fiscal único e um auditor interno, tal como a articulação com o núcleo de apoio à criança e com a direção do internato médico. Importa ainda salientar a existência de uma comissão de apoio técnico, do serviço de Ação Médica e departamentos, o serviço de apoio à ação médica, o serviço de apoio e logística, o serviço de assessoria técnica, o departamento de investigação clínica e ainda outros serviços e unidades de ação médica (Ministério da Saúde, s/d).

Os departamentos constituintes do HSF são o departamento de medicina, o departamento do coração, o departamento das neurociências, o departamento de cirurgia, o departamento de cirurgia plástica cabeça e pescoço, o departamento da mulher e da criança, departamento de anestesia e bloco operatório, departamento de imagiologia, o departamento de patologia e laboratório e o departamento de psiquiatria e saúde mental, sendo que este último se decompõe em psiquiatria e de adultos e nos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência (Ministério da Saúde, s/d), onde se realizou o estágio e, posteriormente, irá ser abordado de uma forma mais pormenorizada.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA) do CHLO desenvolve a sua intervenção ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação na área da saúde mental e o público-alvo são crianças e adolescentes entre os zero e os 17 anos de idade provenientes dos locais anteriormente referidos. O serviço foi inaugurado em maio de 1999 e é, atualmente, composto por administrativa, auxiliar de ação médica, assistente social, enfermeira, psicólogos, psicomotricista e pedopsiquiatras. O conhecimento da especificidade de cada elemento da equipa é extremamente importante na qualidade dos serviços prestados em cada caso clínico, tal como a articulação entre todos os profissionais que a compõem (Maia, 2011). Segundo Maia (2011), importa ainda salientar a importância da relação construída com a criança ou adolescente, tal como com a sua família.

O SPSMIA dá resposta a cerca de 550 pedidos anuais de primeira consulta provenientes do médico assistente, do tribunal, da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, da Casa Pia de Lisboa e de centros de Acolhimento de Emergência (Maia, 2011). Os principais motivos destes pedidos estão relacionados com alterações do comportamento, sintomas depressivos e ansiosos e dificuldades de aprendizagem (Maia, 2011). Relativamente à prevalência das faixas etárias, esta é visivelmente superior em crianças entre os seis e os 12 anos de idade, sendo que ao nível do género este incide sobre o género masculino, principalmente no grupo etário que culmina nos 15 anos de idade (Maia, 2011).

Neste sentido, e de acordo com informação mais atualizada disponibilizada pelo SPSMIA, os motivos de primeira consulta com maior prevalência relacionam-se com alterações do comportamento, alterações do humor e ansiedade e problemas de aprendizagem. De uma forma geral, os grupos de diagnósticos mais referenciados são o grupo das Perturbações do Comportamento e Emoções com início na infância e adolescência e o grupo relativo às Perturbações neuróticas, da Adaptação e Somatoformes. Posto isto, os diagnósticos mais prevalentes com referência ao ICD-10 são Perturbação do Comportamento, Perturbações Hipercinéticas e Perturbação da Adaptação.

O serviço de urgências e de internamento são realizados no Hospital D. Estefânia, contudo o SPSMIA disponibiliza um leque de serviços composto por consultas médicas, psicoterapia individual, familiar e de grupo, intervenção psicossocial individual e familiar,

consultas de enfermagem e psicomotricidade (Maia, 2011). A articulação do serviço é realizada com outros serviços do mesmo hospital, concretizando-se em reuniões periódicas com a neuropediatria, pediatria de desenvolvimento e com a consulta de adolescentes, e com instituições externas ao serviço como outras instituições de saúde, educativas, sociais e judiciais (Maia, 2011). Importa salientar que se incluem nestas instituições a Casa Pia de Lisboa, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras e de Cascais, com as Equipas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa de Acompanhamento de Famílias com Crianças e Jovens de Risco (Maia, 2011).

O SPSMIA revela-se ainda disponível na contribuição para a formação de estagiários em diferentes áreas como enfermagem, psicologia clínica, psicomotricidade, serviço social, psiquiatria de adultos e alunos do sexto ano da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (Maia, 2011). A estes acrescenta-se os internatos de pedopsiquiatria que tiveram o seu início em 2009, contribuindo com o seu dinamismo e trabalho em prol de um melhor serviço (Maia, 2011).

2.2. A Psicomotricidade no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier

O encaminhamento para a área de psicomotricidade pode ser realizado por qualquer elemento da equipa que considere relevante que a criança ou adolescente beneficie de uma avaliação ou acompanhamento em terapia psicomotora.

Em primeiro lugar é realizada uma observação psicomotora com o objetivo de elaborar um projeto pedagógico-terapêutico baseado na avaliação da criança ou adolescente.

As sessões de psicomotricidade são geralmente semanais, dependendo do contexto familiar da criança, isto é, capacidade e disponibilidade para assegurar a frequência continuada das sessões, e têm a duração de aproximadamente 45 minutos.

Atualmente, o acompanhamento em psicomotricidade é disponibilizado a 36 crianças, sendo que 21 dispõem de acompanhamento semanal, cinco quinzenal e uma em registo mensal. Importa ainda salientar que existe uma intervenção grupal a decorrer semanalmente englobando seis crianças, as restantes intervenções apresentam carácter individual.

De acordo com informação disponibilizada no SPSMIA, as principais problemáticas que carecem de intervenção em psicomotricidade são, de uma forma geral, crianças com perturbações do agir, com défice na estimulação a diversos níveis e com perturbação da coordenação motora. Neste sentido, verifica-se que os casos mais atendidos referentes a crianças mais novas são Atraso de Desenvolvimento, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbações do Espetro do Autismo, Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções e Dificuldades de Aprendizagem. No entanto, durante o período da adolescência são encaminhados casos relativos a Perturbação da Ansiedade e inibições extremas, como também relacionados com Disgrafia.

Estas sessões realizam-se na sala polivalente, espaço este que se caracteriza por reunir um conjunto de condições adequadas a este tipo de intervenção. Relativamente ao tamanho, não é uma sala muito grande mas permite um vasto conjunto de possibilidades de ação e a luminosidade é suficiente, embora exista uma carência ao nível da luz natural. No entanto, esta sala permite a exploração do espaço e a procura de prazer sensoriomotor, do jogo simbólico e de representações, possibilitando vivências providas de significado para a criança (Martins, 2001b; Vecchiato, 2003; Rodríguez & Llinares, 2008). Quanto ao isolamento de som existem algumas lacunas, uma vez que os sons exteriores por vezes perturbam o normal desenvolvimento da sessão, deixando as crianças algo apreensivas e perturbadas, tal como os sons que repassam para o exterior por vezes transmitem alguma

preocupação aos cuidadores. O solo é bastante apropriado a este tipo de prática que nele se desenrola muitas vezes, que se caracteriza por não ser um chão demasiado frio.

Ao nível dos materiais, estes são bastante diversificados e auxiliam a prática psicomotora que decorre no serviço. Nesta sala existem dois armários que contêm material diversificado como tecidos, almofadas, livros, tintas, material didático, entre outros, e outros materiais como bolas, cordas, bastões, blocos, quadros, material de escrita, que se encontram distribuídos pela sala junto à parede de uma forma ordenada e acessível. Deste modo, libertam o espaço central para que, tal como afirma Vecchiato (2003), o terapeuta e a criança se encontrem e envolvam no jogo sensório-motor, deixando os espaços envolventes e mais recatados para situações de caráter regressivo e se estabelecem relações afetivas com maior contenção.

Wallon (1979), Martins (2001b) e Vecchiato (2003) salientam a importância que o material adquire nas sessões de psicomotricidade. Para estes autores, os objetos permitem à criança viver a sua realidade interna e externa, afirmando a sua personalidade e expondo as suas angústias, inibições, agressividade e instabilidade.

Neste serviço, a terapeuta privilegia as experiências de jogo livre onde a disponibilidade corporal do terapeuta desempenha também um papel fulcral, sendo que Vecchiato (2003) considera estes dois aspetos como sendo fulcrais na motivação da criança com psicopatologia. O mesmo autor afirma ainda que a comunicação através do corpo permite reparar situações de comunicação e relação dos primeiros anos de vida.

2.2.1. Psicomotricidade e outros contextos de intervenção

A intervenção psicomotora engloba diferentes contextos, não apenas a sala de psicomotricidade mas intervenções junto da família e da comunidade. Brofenbrenner (2011) defende que o desenvolvimento do ser humano está subjacente a diferentes contextos e às suas restivas propriedades de mudança. O desenvolvimento é assim afetado pelas relações entre os contextos e o próprio indivíduo. O indivíduo está assim integrado em diferentes subsistemas com graus de complexidade diferenciados.

De acordo com Fonseca (2001), a psicomotricidade apresenta-se como sendo multicontextual, na medida em que engloba os vários contextos biopsicossociais em que o indivíduo se insere, como a escola, família, sociedade e as suas organizações. De acordo com a APP (2013), o psicomotricista deve colaborar com os pais, professor, terapeutas, enfermeiros, pediatras, neurologistas e pedopsiquiatras, privilegiando o trabalho numa equipa multidisciplinar (APP, 2013). Sendo que a qualidade de relação com estes diferentes contextos (familiar, escolar, social e profissional) assume particular importância, na medida em que só assim será possível situar a problemática do sujeito na sua história de vida.

A intervenção junto da família pretende promover uma melhor abordagem ao problema da criança, onde o terapeuta desempenha o papel de mediador, permitindo à família tomar consciência das suas dificuldades e da própria criança num clima tranquilizador (Cruz & Lobo, 2005; Vidigal, 2005a). O psicomotricista deve intervir junto da família de forma a promover as suas qualidades parentais e facilitar e reforçar as interações familiares positivas (Moutinho, 2011). A relação entre os progenitores e o terapeuta ocorre frequentemente quando termina a sessão, em que o terapeuta deve adotar uma postura empática e recetiva, apercebendo-se deste modo de quais as principais preocupações e dificuldades sentidas pelos pais (Vidigal, 2005a). O terapeuta deve também estar disponível para receber as atitudes e crenças da família, ajudando-a a compreender o impacto das suas atitudes, exigências, ansiedade, sobreproteção no desenvolvimento da criança, sem realizar julgamentos ou culpabilizar (Llinares & Rodríguez, 2003).

Cruz e Lobo (2005) e Almeida et al. (2005) destacam uma outra função do terapeuta, na medida em que este deve desenvolver uma articulação com o contexto escolar, facilitando a integração da criança neste meio. De acordo com Cruz e Lobo (2005), deve promover-se a troca de experiências entre os técnicos e profissionais que se encontram em contacto direto com a criança, permitindo um maior conhecimento do professor acerca das características da criança. Acrescentando ainda que deve existir uma partilha da evolução da criança entre os profissionais mencionados, desta forma reúnem-se sinergias beneficiando o seu desenvolvimento.

Desta forma, o contacto com todos os elementos que acompanham a criança durante o seu desenvolvimento revelam enormes benefícios, não apenas para o terapeuta que adquire e completa com informação multicontextual o perfil da criança acompanhada, para os prestadores de cuidados que tomam conhecimento do trabalho e tipo de intervenção que está a ser desenvolvida, podendo ser discutidas estratégias em conjunto como suporte à família, e finalmente, a outros profissionais que estão envolvidos no processo de desenvolvimento da criança, podendo partilhar conhecimentos, estratégias e técnicas aplicadas de forma a organizar e estruturar todo o trabalho realizado com a criança.

3. Problemáticas relativas aos casos acompanhados

3.1. Perturbações no ICD-10 e DSM 5

Os diagnósticos realizados no SPSMIA têm por base os critérios referentes à Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10) (WHO, 2004). No entanto, na tentativa de obter um quadro mais completo acerca das perturbações relativas aos casos acompanhados irá proceder-se à integração de informação extraída também do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª Edição - DSM-5 (APA, 2013).

3.1.1. Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções

A Perturbação Mista do comportamento e das Emoções caracteriza-se pela presença persistente de comportamentos agressivos, antissociais ou provocadores, com sinais marcados de depressão, ansiedade ou de outras perturbações emocionais (WHO, 2004; AACAP, 2013b).

As perturbações do comportamento caracterizam-se por um padrão persistente de dificuldade em aceitar regras, passagens ao ato agressivas, tendo como promotores situações de frustração e comportamentos antissociais de gravidade variável (CNSM, 2009; AACAP, 2013b). Os comportamentos heteroagressivos ocorrem com maior frequência antes do período da adolescência, enquanto os comportamentos antissociais adquirem maior predominância durante o período referido (CNSM, 2009).

A perturbação do comportamento envolve geralmente comportamentos impulsivos, uma enorme necessidade e procura de estimulação, baixa empatia e dificuldade em estabelecer relações interpessoais (Martin & Hoffman, 1990 in Kendall, 2000). As crianças nesta situação adotam frequentemente comportamentos de confronto, recorrendo a lutas, argumentação e birras (Kendall, 2000). No entanto, é frequente demonstrarem comportamentos delinquentes como roubos, mentiras ou absentismo escolar (Kendall, 2000; CNSM, 2009).

As causas associadas à perturbação do comportamento são atribuídas à própria criança, aos seus pais e aos padrões de interação entre ambos (Kendall, 2000). No entanto, as condutas antissociais parentais parecem ter um elevado impacto na predisposição de perturbação do comportamento nos filhos (Kendall, 2000). De facto, parece existir alguma consistência transgeracional relativamente a padrões de comportamento agressivo e antissocial (Kendall, 2000).

Kendall (2000) aponta diversos estudos que sugerem que o contexto familiar seja o principal fator para a ocorrência da perturbação mencionada, constituindo-se como o principal meio de socialização da criança. A CNSM (2009) aponta também a disfunção familiar como fator de risco para a perturbação, atribuindo especial enfoque às experiências traumáticas e carenciais precoces, exposição a situações de violência e maus-tratos, situações de elevada conflitualidade intrafamiliar e alternância aleatória entre rigidez excessiva e ausência de controlo/limites. Os pais de crianças com perturbação do comportamento apresentam regularmente comportamentos coercivos, raiva e conflitos parentais (Kendall, 2000).

Os pais de crianças com problemas de comportamento tendem a ignorar comportamentos positivos e a reforçar os comportamentos coercivos por parte destas. Desta forma, progressivamente a criança revela um aumento substancial da agressividade, podendo resultar em agressões físicas e em ataques verbais (Kendall, 2000). A presença de doença mental parental ou comportamentos aditivos são também fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação, tal como um baixo nível socioeconómico, temperamento difícil da criança e dificuldades de aprendizagem (CNSM, 2009).

As perturbações depressivas na infância e adolescência são caracterizadas por núcleos persistentes e generalizados de tristeza, anedonia, tédio ou irritabilidade, provocando algumas limitações (Brent & Weersing, 2007). Estes estados não parecem ter qualquer prazer ou redução dos sintomas pelas experiências comuns. É possível diferenciar a depressão enquanto diagnóstico pelo comprometimento funcional, mediada através da intensidade, duração e sintomas associados (Brent & Weersing, 2007).

Diversos autores apontam para a elevada comorbilidade entre perturbação afetiva e perturbação do comportamento (Zoccolillo, 1992 in Harrington, 2002; Brent & Weersing, 2007), nomeadamente a perturbação depressiva em amostras de crianças antes da puberdade (Brent & Weersing, 2007). Zoccolillo (1992 in Harrington, 2002) afirma que a comorbilidade entre estas perturbações é caracterizada por múltiplas disfunções, sendo que esta última representa uma disfunção social e a primeira está relacionada com dificuldade na regulação afetiva. A comorbilidade referida parece ocorrer devido à partilha de fatores de risco em ambas as perturbações, como exposição à violência familiar, discórdia familiar e abuso parental de álcool e drogas (Brent & Weersing, 2007).

Segundo Costa (2008, p.192), “o comportamento desajustado sistematicamente poderá eventualmente ser o resultado de uma organização depressiva muito precoce com sentimentos e vivências de abandono, manifestando-se por insatisfação e ansiedade”. Estas crianças apresentam um baixo limiar de frustração, revelam atitudes de onipotência, satisfação narcísica, sendo estes comportamentos defesas contra o sentimento de inferioridade (Costa, 2008). Nestes casos, as crianças consideram que não têm capacidade para alcançar as metas esperadas acabando por assumirem a desistência (Costa, 2008).

Ao nível da intervenção é fulcral a realização de uma análise a fatores que possam perpetuar os sintomas no contexto familiar, social e escolar (CNSM, 2009). O apoio e orientação aos pais consideram-se de extrema importância, tal como a articulação com a escola e com a rede de apoio social e projetos de intervenção sociocultural locais (CNSM, 2009).

Relativamente ao prognóstico, este é variável, no entanto quando o nível de gravidade é moderado a severo associado a disfunção familiar pode evoluir para perturbações da personalidade na idade adulta (CNSM, 2009).

3.1.2. Perturbação Reativa da Vinculação

A Perturbação Reativa da Vinculação caracteriza-se pelo seu início nos primeiros cinco anos de vida da criança e é caracterizada por dificuldades persistentes no padrão de interação da criança (WHO, 2004; AACAP, 2011b). Estas dificuldades estão associadas a distúrbios emocionais e são reativos a mudanças do envolvimento, como inquietude e hipervigilância, pobre interação social com os pares, auto e heteroagressividade, ou pobreza. A perturbação pode ser o resultado direto de negligência parental grave, abuso ou maus-tratos à criança (WHO, 2004; Gleason & Zeanah, 2007; AACAP, 2011b; APA, 2013).

O DSM 5 divide esta perturbação em duas entidades: a Perturbação Reativa de Vinculação e a Perturbação da Desinibição Social. A principal característica da Perturbação Reativa de Vinculação relaciona-se com a ausência de vinculação entre a criança e os adultos cuidadores (APA, 2013). Quando estas crianças se sentem angustiadas não revelam nenhum esforço consistente para obter conforto, apoio, nutrição, ou a proteção por parte dos cuidadores, tal como não respondem aos esforços reconfortantes (APA, 2013). As crianças apresentam diminuição ou ausência de expressão de emoções positivas durante as interações quotidianas com os cuidadores (APA, 2013). Importa ainda referir as suas dificuldades de regulação emocional, expressando emoções negativas de medo, tristeza ou irritabilidade que não são facilmente explicadas (APA, 2013). A Perturbação da Desinibição Social está relacionada com um padrão de comportamento culturalmente desadequado envolvendo um comportamento familiar com pessoas estranhas (Gleason & Zeanah, 2007) APA, 2013). Nestes casos, não existe uma figura de vinculação e estas crianças tentam desenvolver relações indiscriminadamente (Gleason & Zeanah, 2007).

3.1.3. Perturbação de Oposição e Desafio

A Perturbação de Oposição e Desafio insere-se no grupo das perturbações do comportamento e ocorre frequentemente em crianças mais pequenas. Esta perturbação caracteriza-se pelo comportamento desobediente e provocador, embora estas crianças não apresentem comportamentos delinquentes ou formas mais extremas de comportamento agressivo ou antissocial (WHO, 2004; AACAP, 2011a). A APA (2013) define esta perturbação de acordo com um padrão frequente e persistente de um estado zangado ou irritado, comportamento argumentativo e desafiante ou de vingança. Normalmente é mais evidente no contexto familiar, podendo generalizar-se a outros, e tende a limitar a interação social (AACAP, 2011a; APA, 2013). Neste sentido, é fulcral avaliar os diferentes contextos e relações da criança para proceder a uma avaliação mais completa. A sua generalização a vários contextos revela a severidade da perturbação (APA, 2013).

As crianças com perturbação de Oposição e Desafio tendem a desculpar os seus atos com as exigências do meio ou com os outros (AACAP, 2011a; APA, 2013). Desta forma, torna-se difícil separar as condições intrínsecas do indivíduo que contribuem para a perturbação e as condições relativas às experiências proporcionadas pelos vários contextos (APA, 2013). Uma das principais causas está relacionada com negligência ou maus-tratos parentais (APA, 2013).

3.1.4. Síndrome de Asperger

O Síndrome de Asperger insere-se nas Perturbações Globais do Desenvolvimento (CNSM, 2009; Lima, 2012) e caracteriza-se por dificuldades na comunicação e nas interações sociais (WHO, 2004; CNSM, 2009; AACAP, 2013a). Os sintomas manifestam-se antes dos três anos de idade e a sua gravidade é variável (CNSM, 2009). Relativamente

às dificuldades nas interações sociais estas podem traduzir-se em falta de reciprocidade social e evitamento ocular (CNSM, 2009). Ao nível da comunicação pode identificar-se ausência ou atraso de linguagem, ecolália e outras bizarras da linguagem (CNSM, 2009). Lima (2012) acrescenta que, embora não seja comum verificar-se atraso na aquisição da linguagem, possuem características peculiares da fala e linguagem (Lima, 2012). Importa também referir a presença de interesses restritos e estereotípias motoras, alterações do processamento e reatividade sensorial e ainda desorganização do comportamento perante alteração das rotinas, podendo ocorrer auto e heteroagressividade (CNSM, 2009; Lima, 2012). Estes indivíduos são frequentemente descoordenados (WHO, 2004).

A estas dificuldades acrescentam-se dificuldades em compreender os segundos sentidos das expressões, em adequar o seu discurso ao contexto, em manter o diálogo, apresentando por vezes um discurso pedante e formal (Lima, 2012). Estas crianças possuem alterações da prosódia e uma voz peculiar. A nível social têm dificuldades em fazer amizades, uma das principais razões é o facto dos seus interesses não se adequarem aos da sua faixa etária (Lima, 2012). Relativamente à autonomia, não possuem dificuldades significativas na autonomia, no desenvolvimento cognitivo ou no comportamento adaptativo (Lima, 2012).

Os fatores de risco associados a esta perturbação prendem-se com fatores genéticos, fatores neurobiológicos e dificuldade dos pais em adequar o seu padrão de interação às modalidades relacionais e reatividade características da criança com perturbação global do desenvolvimento (CNSM, 2009).

De acordo com a CNSM (2009), a aquisição da fala e de um nível cognitivo normal ou alto constituem-se como indicadores de um bom prognóstico. Analogamente a outras perturbações, uma intervenção adequada e atempada produz melhorias expressivas no quadro inicial da perturbação.

3.2. Violência Intrafamiliar e Violência na Escola

As problemáticas relacionadas com a violência intrafamiliar e violência na escola estão diretamente relacionadas com o estudo de caso apresentado no seguimento do presente relatório e desta forma pretende sustentar alguns dados recolhidos da criança e sua família tal como justificar determinadas estratégias de intervenção.

De acordo com OMS, o conceito de violência infantil é reportado à violência física ou psicológica, englobando a discriminação, negligência, comércio ou quaisquer outras formas de exploração que resultem em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO & ISPCAN, 2006). A Direção-Geral de Saúde (2011) define que os maus-tratos em crianças e jovens como qualquer ação ou omissão não acidental, a qual é perpetuada pelos pais, ou prestadores de cuidados, onde existe ameaça à segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. A violência física é definida pelo recurso à força física intencional contra uma criança, de forma isolada ou repetida, incluindo bater, pontapear, agitar, morder, estrangular, queimar e envenenar (WHO & ISPCAN, 2006; DGS, 2011). A violência psicológica ou emocional é caracterizada pela rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desrespeito e punições exageradas (WHO & ISPCAN, 2006; DGS, 2011). Enquanto o abuso sexual se refere ao envolvimento em atos sexuais com vista à obtenção de gratificação sexual sem o consentimento da vítima ou a sua total compreensão, e pode englobar ou não agressão física (WHO & ISPCAN, 2006; DGS, 2011). Finalmente, a negligência é marcada por situações isoladas ou falhas graves na proteção e promoção de cuidados básicos necessários à sobrevivência e desenvolvimento da criança (WHO & ISPCAN, 2006; DGS, 2011).

Os fatores de risco relacionados com os maus-tratos infantis residem na criança e no seu meio familiar ou contextos de vida. Relativamente à criança, os fatores de risco prendem-se com o nascimento prematuro, temperamento difícil, défice psíquico ou físico, doença crónica ou perturbações do desenvolvimento, problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, entre outros), excessiva dependência ou alheamento e institucionalização (DGS, 2011). No meio familiar, os fatores de risco incluem o facto dos prestadores de cuidados serem vítimas de maus tratos em criança, défice nas competências parentais, perturbações emocionais, mentais ou físicas que impossibilitam respostas adequadas às necessidades da criança, disciplina rígida e autoritária ou inconsciente, história de comportamento violento ou antissocial, relações familiares conflituosas, ausência de suporte sociofamiliar, ausência prolongada de um dos cuidadores, família disfuncional e insegurança económica ou pobreza (DGS, 2011).

Os fatores de proteção presentes na criança relacionam-se com um bom nível de desenvolvimento global, temperamento fácil, vinculação segura à família ou adulto de referência, capacidade de resolução de problemas ou solicitar ajuda quando necessário, sucesso escolar, desejo de autonomia e comportamento exploratório e um grupo de pares pró-social (DGS, 2011). No que concerne ao meio familiar encontram-se boas competências parentais, boa rede de suporte familiar e social, família organizada, com regras e controlo da criança, boa integração comunitária, capacidade de acesso a serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros) e segurança económica (DGS, 2011).

Os pais devem ser os principais modelos sociais dos filhos, demonstrando primeiramente as suas competências sociais (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Matos, 2005; Matos & Spence, 2005). O diálogo assume-se como relevante na transmissão de padrões de comportamento, cultura e valores, recorrendo à utilização de perguntas, expressão de sentimentos e estabelecimento de limites (Silva, 2000 in Bolsoni-Silva & Marturano, 2002).

A expressão espontânea de sentimentos por parte dos pais ajuda a criança a compreender quais os padrões de comportamento mais adequados, facilitando a sua integração no mundo social. Desta forma, é possível aumentar o número de comportamentos adequados e diminuir aqueles socialmente inadequados (Silva, 2000 in Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Neste sentido torna-se fulcral que os pais identifiquem os comportamentos que consideram incorretos e sugiram alternativas e soluções para o mesmo (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Quando os pais optam por desenvolver essencialmente atos punitivos na educação das crianças o risco de desenvolverem perturbação do comportamento ou um quadro depressivo é bastante aumentado (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). As dificuldades parentais relativas às competências sociais educativas podem também conduzir à psicopatologia nos filhos, com especial ênfase a perturbação do comportamento (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Pesce, 2009). Consequentemente, os pais tendem a responder de forma inadequada a comportamentos pró-sociais dos filhos e recorrem a punições perante todos os comportamentos menos assertivos. Assim, as crianças expostas durante um longo período de tempo a violência, incluindo as práticas coercivas, tendem a desenvolver mais comportamentos agressivos (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Pesce, 2009). Maldonado e Williams (2005) acrescentam que o recurso sistemático a comportamentos punitivos conduz a uma aprendizagem da violência como principal meio de resolução de conflitos e de padrão de interação social.

A violência direta contra a criança assume um enorme impacto no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, podendo conduzir a atrasos de desenvolvimento, ansiedade e dificuldades de aprendizagem. Estes factos, segundo a OMS (2006) devem-se às alterações cerebrais provocadas pela exposição crónica a fatores stressantes que conduzem ao desenvolvimento de regiões envolvidas em respostas como a ansiedade e o medo. De acordo com a fonte citada, as crianças que experienciam abuso físico, sexual ou

negligência crônica aumentam os seus recursos de sobrevivência em resposta às constantes ameaças do ambiente. Estas crianças geralmente apresentam dificuldades ao nível da socialização (Hornberg, Schröttle, Bohne, Khelaifat & Pauli, 2008).

A criança vítima de violência familiar desenvolve frequentemente uma postura defensiva ou agressiva para com os seus pares (Pinheiro, 2006) e crianças que desenvolvem uma vinculação insegura com os seus progenitores tendem a resolver os seus conflitos na escola de forma violenta (Maldonado & Williams, 2005).

Os conflitos na escola estão relacionados com o conceito de bullying, apoiando-se em atos de violência física, psicológica, racista ou sexual, racionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo de indivíduos, causando dor e angústia e executados dentro de uma relação desigual de poder (Carvalhosa & Matos, 2005; Neto, 2005).

As crianças que apresentam um quadro agido, nomeadamente agressivo e transgressor, escondem o seu sofrimento, os maus-tratos, solidão, ou outro fator que desencadeia a dor que se expressa, muitas vezes, tão violentamente (Carvalhosa & Matos, 2005; Pesce, 2009).

O autor e a vítima de bullying nem sempre detêm este papel de forma continuada, podendo adotar um determinado comportamento dependendo das situações (Baker, Cunningham & Male, 2002). Estes comportamentos envolvem muitas vezes um padrão repetido de agressões (verbais, físicas ou sexuais) que frequentemente se relacionam com o bullying e violência familiar (Baker, Cunningham & Male, 2002).

Os autores de bullying caracterizam-se por ser impulsivos e com um baixo limiar de frustração (Carvalhosa & Matos, 2005; Pinheiro, 2006).

As vítimas de bullying são frequentemente ansiosas, possuem uma baixa autoestima e autoconfiança, demonstrando frequentemente sentimentos de tristeza e problemas de saúde mental que podem perdurar durante a vida adulta (Carvalhosa & Matos, 2005). Estas crianças desenvolvem problemas de somatização e comportamentos internalizados como distúrbios emocionais e isolamento (Carvalhosa & Matos, 2005). A dificuldade em fazer amigos pela rejeição dos pares é uma outra característica associada às vítimas, tal como maior dificuldade em adormecer (Carvalhosa & Matos, 2005).

Para além de crianças que são vítimas passivas, aquelas que são alvo constante de agressão sem qualquer tipo de provocação e que resulta frequentemente num enorme isolamento social, existem as vítimas-provocadoras que tendem a gerar reações negativas nos colegas pelo seu comportamento social inapropriado (Carvalhosa & Matos, 2005; Kumpulainen & Räsänen, 2000 in Pinheiro, 2006). Estas crianças são alvo de agressões mas também são autores perante crianças mais novas ou mais fracas, reagindo de forma agressiva e ansiosa perante provocações (Carvalhosa & Matos, 2005; Pinheiro, 2006). Estas crianças demonstram ser alvos e autores de bullying em simultâneo são aquelas que demonstram maior prevalência de violência direta com maior cronicidade (Pinheiro, 2006).

De facto, as crianças que se constituem como agressoras são frequentemente provenientes de ambientes familiares pouco afetuosos (Carvalhosa & Matos, 2005; Pinheiro, 2006), onde a violência física é a principal forma de disciplina (Pinheiro, 2006).

No estudo realizado por Pinheiro (2006) verifica-se um maior número de mães que adotam comportamentos agressivos em comparação com os pais. Os comportamentos mais frequentemente adotados são falar alto e gritar, beliscar e bater com o cinto ou outro objeto. No mesmo estudo verifica-se que as crianças vítimas de qualquer forma de violência por parte da mãe têm maior probabilidade em ser vítima de bullying (cerca de três vezes mais). As crianças que foram agredidas pela mãe demonstram maior prevalência em situações de bullying, como autor quer como vítima (Pinheiro, 2006). Crianças do género masculino vítimas de violência leve por parte da mãe apresentam cerca de 16 vezes mais a probabilidade em serem vítimas-agressoras. Os comportamentos da mãe como beliscar ou bater fortemente também tendem a aumentar a ocorrência deste tipo de situações.

Como prevenção dos maus-tratos a crianças, a OMS postula que as interações positivas entre as crianças e os seus cuidadores revelam uma enorme influência neste âmbito (WHO, 2010). A violência contra as crianças representa uma consequência da dificuldade das famílias em estabelecer padrões de relação seguras, estáveis e assegurar experiências individuais favoráveis ao desenvolvimento. Os pais que adotam frequentemente práticas agressivas e menos responsivos, que aprovam a punição física e são menos afetuosos tendem a praticar mais atos violentos contra as crianças (Barlow & Stewart-Brownin, 2000 in WHO, 2010).

De facto, as vítimas de violência, onde se insere o bullying, desenvolvem problemas emocionais como medo, ansiedade, depressão e baixa autoestima (Pinheiro, 2006; Hornberg, Schröttle, Bohne, Khelaifat & Pauli, 2008). Diversos estudos apontam para que a exposição a maus-tratos e outras formas de violência durante a infância está associada a comportamentos de risco na vida adulta (WHO, 2006). Estes incluem a vitimização violenta e perpetração da violência, depressão, tabagismo, obesidade, comportamentos sexuais de risco, a gravidez indesejada, e o consumo excessivo de álcool e uso de drogas (WHO, 2006). Estes problemas e comportamentos podem persistir na vida adulta (Pinheiro, 2006; WHO, 2006; Hornberg, Schröttle, Bohne, Khelaifat & Pauli, 2008). No entanto, o recurso frequente à violência torna-se na principal via de resolução de conflitos (Baker, Cunningham & Male, 2002).

Neste sentido, os programas parentais parecem ser uma resposta eficaz na melhoria da relação entre os pais e a criança (WHO, 2010). Os programas parentais têm demonstrado a sua eficácia na diminuição dos problemas emocionais e comportamentais das crianças (Barlow & Stewart-Brownin, 2000 in WHO, 2010) através da sua capacitação mediante estratégias para lidar com o comportamento e conhecimento acerca do seu desenvolvimento e capacidades (WHO, 2006 in WHO, 2010). A OMS (2006) recomenda o suporte aos pais na adoção de estratégias que permitam desenvolver na criança o julgamento de situações e comportamentos, noção de limite, autocontrolo, autonomia e comportamentos pro-sociais. Contudo, é frequente existir alguma confusão entre disciplina e punição, atribuindo aos castigos corporais especial importância na tentativa de provocar mudanças comportamentais na criança (WHO, 2006). A punição, nestes casos, pode ser entendida como a expressão de raiva ou desespero por parte dos cuidadores (WHO, 2006).

Estes programas estão também relacionados com um grande suporte de informação, fortalecendo a capacidade dos pais em se adaptarem à constante mudança de necessidades da criança (WHO, 2006 in WHO, 2010). Os programas para pais, entre outras abordagens, englobam os grupos de pais. Vidigal (2005a) relata a importância de ajudar os pais na compreensão dos sintomas e comportamentos dos seus filhos, promovendo de forma mais saudável os movimentos de autonomia da criança e suporte na aceitação da separação por parte dos pais. Esta abordagem psicoterapêutica é geralmente aceite pelos pais, comprovando-se na sua adesão, e constatou-se o seu interesse em situações em que os pais evidenciam dificuldade em expressar a sua angústia e sofrimento ou que demonstram uma enorme resistência à mudança (Vidigal, 2005a).

Em relação às crianças, os programas de desenvolvimento social têm demonstrado a sua eficácia na promoção de competências sociais e emocionais para a resolução de problemas, empatia e gestão de conflitos (WHO, 2010). Por outro lado, em psicomotricidade o terapeuta deve intervir recordando as regras e permitindo um tempo de pausa quando a criança não consegue controlar a sua impulsividade por dificuldades na capacidade em se autorregular (Llinares & Rodríguez, 2003). Frequentemente estas crianças apresentam uma falha nos recursos comunicativos, chamando a atenção através da agressividade e a criação de situações de jogo permitem a libertação dessas tensões (Llinares & Rodríguez, 2003). Desta forma, Llinares e Rodríguez (2003) remetem para a função de contenção do terapeuta, por exemplo em lutas simbólicas. Acrescentam que o terapeuta deve demonstrar a sua disponibilidade corporal modelando o comportamento da

criança, compreendendo o sentido da agressão como uma necessidade de contenção, frustração, afirmação, independência, sempre em função da história pessoal.

III. Realização da Prática Profissional

1. Horário da intervenção

<i>Dia da Semana</i>	<i>Segunda-feira</i>	<i>Terça-feira</i>	<i>Quarta-feira</i>	<i>Quinta-feira</i>	<i>Sexta-feira</i>
9h30-10h30		Caso 6			
11h00-12h00	Caso 1	Caso 7	Reunião de Equipa	Reuniões de Articulação	Relatório de Estágio
12h45-13h30	Caso 2	Caso 8			
14h015-15h00	Caso 3				
15h00-15h45	Caso 4				
15h45-16h30	Caso 5		Atividades Complementares de Estágio		
16h30-17h30		Caso 9		Caso 12	
17h30-18h30	Reunião de Núcleo de Estágio	Caso 10		Caso 13	
18h30-19h30		Caso 11			

Tabela 1 - Calendarização das atividades de estágio

2. Processo de avaliação e intervenção psicomotora

A terapia psicomotora consiste num processo complexo organizado e estruturado em diferentes etapas promovendo uma maior eficácia da intervenção. A terapia deve ainda estar integrada numa equipa multidisciplinar por forma a dar resposta às necessidades de cada criança.

O processo de intervenção pode ser dividido em diferentes etapas, nomeadamente: indicação terapêutica, a entrevista, a observação psicomotora, a avaliação e a intervenção propriamente dita.

2.1. Indicação terapêutica

Raynaud, Danner e Inigo (2007) apontam para dois tipos principais relativamente às indicações para intervenção psicomotora. A primeira está relacionada com desarmonias associadas a interações precoces mal resolvidas com influência na função simbólica e função contentora, cujas experiências sensoriais e atividade motora promovem a progressiva organização corporal e psíquica. A segunda está relacionada com dificuldades em resolver conflitos no plano da representação mental ou verbal, cuja função simbólica está deficitária. Nestes casos as crianças situam-se num plano de reação agida pelo que o jogo simbólico adquire um importante papel no processo de intervenção terapêutica, associando o ato ao que a criança tenta expressar através dele e assim diminuir a atividade pulsional (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). Desta forma, prevê-se progressivamente um maior interesse por parte da criança por atividades mais construtivas, onde a simbolização

surge como transformação do mundo pulsional e emocional numa maior capacidade de representação (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). De referir que o corpo e toda a sua expressão representam sinais relativos aos primeiros processos de simbolização (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

A indicação para uma intervenção psicomotora deve considerar um conjunto variado de fatores tais como: intervenção individual ou em grupo, intervenção psicomotora e psicoterapia simultaneamente ou sequencialmente, o tipo de instituição, características da equipa, idade do indivíduo, e formação dos profissionais (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). No entanto, a aliança com a família caracteriza-se por ser um importante aspeto a ter em conta tal como o pedido de ajuda e as possibilidades de aliança com a família e com o sujeito (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). De facto, os pais observam o terapeuta atentamente, sendo que este deve adotar uma postura de compreensão, empatia, simpatia, numa sintonia afetiva (Costa, 2008).

2.2. Avaliação

2.2.1. Avaliação Informal

2.2.1.1. Observação

Segundo Raynaud, Danner e Inigo (2007), a observação psicomotora em saúde mental possibilita a identificação de problemas psicomotores e o estado psicocorporal do sujeito. Desta forma, o terapeuta reúne informação que lhe permite identificar as potencialidades e dificuldades do sujeito (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). Importa ainda salientar a importância atribuída à interação que o indivíduo estabelece com o observador através da linguagem verbal e não-verbal.

A observação psicomotora pretende compreender a personalidade psicomotora da criança, observando o produto final e a qualidade do processo subjacente, nomeadamente a qualidade do gesto, a intencionalidade do movimento, orientação e deslocação espacial, linguagem e organização do discurso (Costa, 2008). Importa referir que o terapeuta deve observar a criança mas também deixar-se observar por ela (Almeida et al., 2005; Costa, 2008). Durante a observação o terapeuta deve analisar a relação que a criança estabelece com os adultos, com os pares, questões relacionadas com a gestão da distância, atividade espontânea e relação com os objetos. As informações recolhidas permitem o cruzamento de dados obtidos durante a sessão e informações anamnésicas e assim compreender a criança de uma forma holística, tendo em conta as suas vivências anteriores (Costa, 2008).

Costa (2008) faz referência aos interesses e motivações da criança como ação central da sessão concomitantemente com a gestão do terapeuta, constituindo como uma fonte de autoestima e entusiasmo para a criança. Progressivamente, a criança irá explorar o espaço com maior segurança, tal como posteriormente irá observar e manipular os objetos de forma mais pormenorizada (Costa, 2008). O mesmo autor aponta a organização da sessão através do planeamento inicial das atividades a desenvolver como aspeto fulcral no envolvimento da criança na sessão tal como permite fomentar a mentalização pela antecipação das ações a realizar.

2.2.1.2. Entrevista

A entrevista é considerada um instrumento de obtenção de informação em contexto clínico (Leal, 2008). Esta permite ao terapeuta conhecer o motivo do pedido de ajuda, as principais queixas e preocupações em relação ao indivíduo que vai beneficiar do acompanhamento (Pitteri, 2004; Aragón, 2007). Neste momento, é possível conhecer

algumas situações biográficas mais marcantes e observar a relação entre os vários membros da família que se encontram presentes (Pitteri, 2004). Durante a entrevista é também possível retirar informações acerca do funcionamento do indivíduo, observando-o para além das suas palavras, anotando as suas manifestações corporais e comportamentais (Pitteri, 2004).

Durante o estágio, a entrevista utilizada foi a entrevista semiestruturada por apresentar maior flexibilidade, embora seja guiada por linhas orientadoras e não apresentando questões fixas (Leal, 2008).

2.2.1.3. Grelha de Observação do Comportamento

A Grelha de Observação do Comportamento (GOC) foi desenvolvida pelo núcleo de estágio em Saúde Mental Infantil do curso de Reabilitação Psicomotora. Esta grelha representa um instrumento que permite registar os comportamentos e competências do indivíduo durante a sessão ao longo da intervenção. O instrumento referido consiste num registo qualitativo de acordo com a frequência de ocorrência desses mesmos comportamentos e competências (S-Sempre; F-Frequentemente; A-Algumas Vezes; N-Nunca) e também o registo de observações consideradas relevantes.

A GOC é um instrumento de referência a critério que permite sistematizar as principais características e dificuldades do indivíduo observado e, desta forma, permite a realização de um registo comportamental em diversos momentos de intervenção.

Este instrumento é composto por cinco domínios, cada um constituído por diferentes itens que permitem caracterizar cada domínio, nomeadamente o aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho durante a realização das tarefas, relação e aspetos psicomotores.

A avaliação é realizada ao longo das sessões durante a realização das diversas atividades, não exigindo material específico ou padronizado para a sua administração. Importa acrescentar que é independente da faixa etária do indivíduo ou condição física e psicológica.

2.2.2. Avaliação formal

2.2.2.1. Bateria Psicomotora-BPM (Fonseca, 2007)

A BPM é um instrumento constituído por um conjunto de tarefas que permite detetar défices funcionais, a nível psicomotor, incluindo a integração sensorial e perceptiva, enfatizado a sua relação com o potencial de aprendizagem da criança (Fonseca, 2007). A BPM permite aferir o perfil psicomotor de crianças dos quatro aos 12 anos de idade, estando organizada segundo sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, estruturação espaciotemporal, noção de corpo, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2007). O primeiro fator, tonicidade, é composto pela extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias. A equilíbrio constitui-se pela imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico. A noção do corpo divide-se em sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo. A estruturação espaciotemporal é avaliada pela organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica. A praxia global é composta pela coordenação oculo-pedal e oculo-manual, dismetria e dissociação. Por fim, a Praxia Fina é avaliada através da coordenação dinâmica manual, da capacidade para tamborilar e de duas tarefas de velocidade-precisão. Alguns itens diferem de acordo com

a idade da criança, nomeadamente para idade pré-escolar e idade escolar (Fonseca, 2007).

O critério de cotação dos fatores e subfactores é baseado em pontos, onde um ponto corresponde a apraxia, dois pontos correspondem a dispraxia, três a eupraxia e quatro a hiperpraxia. No final, o perfil psicomotor é traçado através da relação entre os sinais evidenciados pela criança e o modelo psiconeurológico de Lúria (Fonseca, 2007).

A BPM é um instrumento não padronizado para a população portuguesa, no entanto revela ser um instrumento de grande importância no processo de intervenção psicomotora pela informação psicomotora e psiconeurológica que se obtém através da realização das tarefas que a constituem.

2.2.2.2. Desenho da Pessoa (Draw a person – DAP) (Naglieri, 1988)

O DAP avalia o nível de integração da imagem e esquema corporal através do desenho da figura humana, sendo que a criança deve desenhar a figura do homem, mulher e do próprio (Naglieri, 1988). Este apresenta um sistema de cotação quantitativa, sendo possível a sua utilização como medida de aferição da inteligência por meio não-verbal (Naglieri, 1988). No entanto, devido à componente de avaliação não-verbal não são avaliadas questões como a linguagem verbal, coordenação motora, habilidades cognitivas, mas permite a sua aplicação a qualquer população (Naglieri, 1988).

Neste teste são avaliadas várias componentes do desenho como presença, proporção e detalhes de 12 partes do corpo, ligações e vestuário, devendo também integrar uma componente qualitativa relativa à observação da criança durante a realização dos desenhos (Naglieri, 1988). A observação qualitativa dos desenhos possibilita a análise do conhecimento que o indivíduo tem de si, a organização do esquema corporal, a diferenciação entre géneros e geracionais, entre outros. O teste pode ser aplicado individualmente ou em grupo (Naglieri, 1988).

O DAP consiste num teste que pode ser aplicado em conjunto ou isoladamente como meio de despiste, possuindo um sistema de cotação que reduz as influências da moda e da cultura e apresentando maior confiabilidade pela realização de 3 desenhos (Naglieri, 1988). Embora se considere a sua importância pelos factos referidos, o DAP não se encontra padronizado para a população portuguesa.

2.2.2.3. Behavior Assessment Scale for Children - BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992)

A BASC é um instrumento de avaliação multidimensional que permite avaliar o comportamento e a auto percepção de crianças entre os quatro e os 18 anos de idade (Reynolds & Kamphaus, 1992). Este instrumento está dividido em várias escalas que podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada entre si. As escalas são direcionadas para pais, professores e autoavaliação, permitindo a avaliação comportamental da criança em diferentes contextos e a avaliação que a própria criança, a partir dos 8 anos de idade (Reynolds & Kamphaus, 1992).

As escalas direcionadas para pais e professores estão distribuídas em três faixas etárias: pré-escolar (4-5), crianças (6-11) e adolescentes (12-18), verificando-se ligeiras diferenças na composição das subescalas (Reynolds & Kamphaus, 1992). Os comportamentos são cotados de acordo com a sua frequência: 0-Nunca, 1-Ocasionalmente, 2-Frequentemente, e 3-Sempre. Posteriormente elabora-se um perfil clínico e um adaptativo. Estas escalas estão divididas em problemas de externalização,

subdividida em agressividade, hiperatividade e problemas do comportamento; problemas de internalização, constituída pelas escalas ansiedade, depressão e somatização; problemas escolares, contabilizando as escalas problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem, e ainda as subescalas atipicidade e tendência para o isolamento. O perfil adaptativo compreende a escala relativa às competências adaptativas englobando as subescalas adaptabilidade, competências sociais, liderança e competências de estudo. O índice de sintomas comportamentais é transversal a todas as versões e mede o valor global das escalas clínicas. A escala de autoavaliação divide-se em desajustamento clínico, desajustamento escolar, ajustamento pessoal e índice de sintomas emocionais (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A análise dos perfis deve ser cuidada, uma vez que no perfil clínico os valores iguais ou superiores a 60 são considerados como estando em risco e valores iguais ou superiores a 70 clinicamente significativos. Nos perfis adaptativos, a leitura é realizada de forma contrária, onde valores iguais ou inferiores a 40 revelam a existência de risco e valores iguais ou inferiores a 30 designam-se como clinicamente significativo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A BASC não se encontra aferida para a população portuguesa, no entanto existe tradução em português.

2.2.2.4. Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita – DILE (Fonseca, 1978)

O Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita tem como objetivo traçar um perfil de aprendizagem da criança, através da avaliação de fatores comportamentais presentes na aprendizagem da linguagem escrita (Fonseca, 1978).

Por meio da determinação das áreas fortes e menos fortes é possível delinear estratégias de aprendizagem com base nas necessidades da criança (Fonseca, 1978).

As componentes avaliadas são: aspetos recetivos (aptidões para a leitura) e aspetos expressivos (aptidões para a caligrafia e ortografia). Na primeira são avaliadas competências como a discriminação visual de símbolos gráficos e de letras, nome de letras (vogais e consoantes), sons de letras, silabação, discriminação visual de palavras, memória visual, análise fonética, reconhecimento de palavras, vocabulário e articulação. No segundo é avaliada a leitura oral e silenciosa. Na primeira avaliam-se as seguintes componentes: a pronúncia, confusões, repetições e hesitações, omissões, invenções, adições e substituições, velocidade da leitura, pontuação, expressão, postura corporal, compreensão e interpretação e desenvolvimento de conclusões. Durante a leitura silenciosa é avaliada a postura corporal, atenção e segurança, compreensão e interpretação e desenvolvimento de conclusões (Fonseca, 1978).

2.2.2.5. Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths (Griffiths, 1984, 1986)

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil Griffiths tem como objetivo avaliar o grau de eficiência da criança entre os zero e os dois anos e os dois e os oito anos em diferentes contextos, a nível pessoal (área motora, mental e emocional) e social (Griffiths, 1984, 1986). As escalas subdividem-se em locomoção, pessoal e social, audição e linguagem, coordenação olho e mão, realização, e ainda a escala raciocínio prático, aplicada a crianças entre os três e os oito anos de idade. Em cada área, os itens estão organizados por sequências de comportamentos (Griffiths, 1984, 1986).

A escala referida caracteriza-se por ser uma escala cronológica, sendo os itens agrupados por meses de idade (Griffiths, 1984, 1986).

A interpretação do perfil e a análise das subescalas conduzem à idade mental da criança no momento de avaliação bem como a uma análise qualitativa do comportamento da criança em termos de manutenção da atenção, empenho na tarefa, adesão ao outro, tipo de abordagem e estratégias utilizadas (Griffiths, 1984, 1986).

A escala dos três aos oito anos não se encontra padronizada para a população portuguesa (Griffiths, 1984, 1986).

3. Casos Acompanhados

Neste ponto pretende-se abordar os casos acompanhados durante o estágio em diferentes tipos de intervenção, nomeadamente em coterapia, terapia e avaliação.

A tabela 2 apresenta os casos acompanhados e respetivas idades e perturbações.

Caso	Idade	Género	Perturbação
1	9 Anos	Masculino	Atraso de Desenvolvimento + Tiques Verbais
2	8 Anos	Masculino	PHDA + Perturbação de Oposição
3	13 Anos	Masculino	PHDA subtipo desatento
4	7 Anos	Masculino	Perturbação Prevasiva do Desenvolvimento – Autismo Infantil + PHDA do tipo misto + Défice Cognitivo
5	10 Anos	Masculino	Atraso Global de Desenvolvimento + Perturbação Regulatória tipo III: com desorganização motora e impulsividade
6	13 Anos	Masculino	Outra Perturbação Desintegrativa da Infância + DID Moderada
7	6 Anos	Masculino	Perturbação Global do Desenvolvimento
8	4 Anos	Masculino	Perturbação Global do Desenvolvimento
9	9 Anos	Masculino	Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções
10	9 Anos	Masculino	Perturbação Reativa da Vinculação
11	5 Anos	Feminino	Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções
12	7 Anos	Masculino	Perturbação Global do Desenvolvimento SOE + Atraso no Desenvolvimento da Linguagem
13	6 Anos	Masculino	Síndrome de Asperger
14	8 Anos	Masculino	PHDA + Perturbação Disruptiva do Comportamento
15	6 Anos	Masculino	Perturbação Específica Mista do Desenvolvimento

Tabela 2 - Tabela síntese dos casos acompanhados e respetiva idade e perturbações

3.1. Casos em função de coterapia

Os casos apresentados de seguida foram selecionados de acordo com a prevalência de perturbações atendidas no âmbito da intervenção psicomotora, bem como pelo seu maior significado na experiência do estágio. Os restantes casos podem ser consultados no Anexo I. Importa salientar que, de uma forma geral, as evoluções relativas aos casos acompanhados neste âmbito se verificaram eficazes, comprovando-se durante o período de estágio. De facto, a maioria dos objetivos propostos para cada caso foram atingidos, verificando-se ainda a emergência de outros. Estas melhorias são referenciadas ao longo da contextualização e descrição da intervenção para cada criança acompanhada.

Caso 2 – D.P.

O D.P. iniciou o acompanhamento em consultas médicas no SPSMIA em abril de 2012, na altura com seis anos de idade. O motivo que levou ao pedido da consulta foi a irrequietude marcada. O D.P. quando recorreu a este serviço já possuía diagnóstico realizado num centro de desenvolvimento infantil, nomeadamente Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do subtipo desatento. O projeto terapêutico é complementado com farmacoterapia.

Atualmente tem 8 anos e frequenta o 2º ano do primeiro ciclo.

O agregado familiar é composto pelo D.P. e pela mãe, estando os pais separados desde os seus 5 anos. Importa referir que o pai demonstra estar presente na sua vida e educação. Tem 3 irmãos fruto de uma anterior relação do pai, uma irmã com 23 e dois irmãos gémeos com 20.

Iniciou acompanhamento em terapia psicomotora em setembro de 2012, sendo constituído por sessões individuais com periodicidade semanal. O motivo de encaminhamento foi devido a dificuldades em focar e manter a atenção, comportamentos de oposição ativa e passiva, dificuldades na interação com os pares por dificuldades na comunicação e expressão emocional.

As principais dificuldades do D.P. englobam sinais de impulsividade e desatenção, adotando frequentemente uma postura desafiadora e de oposição, principalmente no início da sessão. Ao longo das tarefas verificou-se uma reduzida capacidade criativa e de organização, a par com alguma inibição e dificuldade na grafomotricidade (desenho das letras). Importa salientar também as dificuldades na coordenação motora, no planeamento motor e das tarefas e na descontração neuromuscular. Ao nível da autonomia, o D.P. revelava dificuldade na realização de atividades diárias.

As atividades consistiram em incrementar a capacidade criativa e de iniciativa de forma a ultrapassar situações de inibição. Procurou-se a realização de atividades mais de cariz motor por ser o seu maior interesse e assim permitir o desenvolvimento de áreas mais fracas, anteriormente mencionadas, tal como se preconizava a utilização do material de forma a atribuir diferentes funções. As atividades propostas promoviam também o planeamento do material a utilizar tal como toda a construção e ações a realizar. Os seus comportamentos de oposição e de provocação eram ultrapassados após se atribuir a responsabilidade ao D.P., querendo com isto afirmar que a atividade apenas seria iniciada quando estivesse preparado, sendo que a sessão terminaria à hora combinada. Contudo, progressivamente o D.P. reduziu o recurso a este tipo de comportamento, verificando-se um maior nível de entusiasmo e interesse na sessão. As atividades relacionadas com a grafomotricidade pretendiam desenvolver a capacidade de desenhar corretamente as letras, através de diferentes experiências, nomeadamente sensoriomotoras e através de privações sensoriais.

A evolução terapêutica realizou-se no sentido de uma maior autonomia no quotidiano com menor expressão de comportamentos de oposição e provocação. A sua

capacidade de iniciativa e criatividade na elaboração de atividades aumentou de forma evidente. O acesso à descontração neuromuscular melhorou bastante, mantendo no entanto dificuldade em diminuir o controlo perceptivo-visual. Ao nível da grafomotricidade verificaram-se também melhorias na qualidade da letra pelo seu correto desenho, embora seja necessário investir neste tipo de tarefas de forma a aumentar a sua proficiência.

Caso 4 – A.S.

O acompanhamento em consultas médicas no SPSMIA teve início em dezembro de 2010, tendo na altura 5 anos. O motivo pelo qual ingressaram no serviço foi pelo encaminhamento da Unidade de Saúde Familiar da área de residência. O A.S. foi diagnosticado aos 2 anos com Perturbação Prevasiva do Desenvolvimento – Autismo Infantil, PHDA do tipo misto e défice cognitivo significativo. Nesta altura foram também observadas alterações do comportamento, fragilidade psicoafectiva com ansiedade, insegurança, baixa autoestima e sentimentos de desvalorização. O diagnóstico foi realizado na Roménia, país de onde os pais são oriundos e onde viveu dos 2 aos 4 anos, tendo nacionalidade portuguesa. Durante este período recebeu apoio psicológico e ocupacional sendo medicado. O tratamento farmacológico foi continuado durante o acompanhamento no SPSMIA.

Atualmente é um menino com 7 anos que frequenta o 1º ano do primeiro ciclo.

O agregado familiar é composto pelo A.S. e pelos pais, não tendo qualquer outro familiar no país. Entretanto a mãe solicita apoio psiquiátrico no serviço devido ao facto de estar a atravessar um quadro depressivo.

Iniciou acompanhamento em terapia psicomotora em Fevereiro de 2011, em sessões individuais com periodicidade semanal. O motivo de encaminhamento foi devido a dificuldades na interação social e motricidade global.

As principais dificuldades do A.S. situam-se ao nível da regulação emocional, com baixa tolerância à frustração com isolamento e construção de barreiras físicas. Revela também dificuldades em atividades de praxia global com bastante insegurança ao nível da estimulação vestibular. As relações interpessoais no contexto escolar são também uma área menos forte do A.S. traduzindo-se num evitamento em falar sobre o tema e aparentemente conotado com alguma tristeza. O A.S. apresenta extrema sensibilidade a sons fortes e muito medo de balões.

Durante as sessões o A.S. procura o jogo simbólico e dramático, sugerindo frequentemente a inversão de papéis. Apresenta uma enorme necessidade de contenção e procura o diálogo tónico-emocional como fonte de segurança. De facto, diversos autores afirmam que o jogo é um meio que possibilita o reviver de situações conflituais onde a criança expressa angústias precoces, promovendo a sua superação (Vecchiato, 2003; Almeida, 2005; Joly, 2007; Rivière, 2010). Progressivamente, o A.S. demonstrou uma maior tolerância à frustração e em situações em que é contrariado, estando presentes mas de forma mais controlada e atenuada. Verificou-se também a perda de alguns medos, nomeadamente a nível vestibular, sons fortes e balões.

Caso 7 – D.S.

O D.S. iniciou acompanhamento em consultas médicas no SPSMIA em maio de 2011, na altura com 4 anos, sendo que o principal motivo se prendia com alterações do comportamento. Decorridas algumas consultas, a pedopsiquiatra realizou o diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento. O projeto terapêutico englobou também tratamento farmacológico e consultas familiares. Estas últimas pretendem melhorar graves conflitos existentes no casal que se traduzem numa grande disfuncionalidade. De facto,

pela observação em consulta, o pai desvaloriza frequentemente a mãe, sendo que o casal discute na presença do filho e discordam muitas vezes relativamente à sua educação. O pai apresenta comportamentos muito autoritários perante o filho e a mãe assume uma postura bastante agressiva, ambos com bastante dificuldade em transmitir afeto ao filho.

O agregado familiar é composto pelo D.S. e pelos pais. No entanto, os avós maternos exercem um enorme suporte aos pais na educação D.S., sendo que o avô assegura grande parte das vindas às sessões de psicomotricidade.

Em julho de 2011, o D.S. foi encaminhado para acompanhamento em terapia psicomotora devido a alterações da linguagem, comportamentos de oposição, heteroagressividade, imaturidade, dificuldade de concentração na tarefa, traço imaturo, comportamentos obsessivos, baixo investimento lúdico e reduzida interação com os outros.

Atualmente tem seis anos e vai integrar o primeiro ano do primeiro ciclo no próximo ano letivo, 2013/2014.

As suas principais dificuldades no início do estágio englobavam uma grande dificuldade na regulação emocional com oscilação entre a afetividade e agressividade e com elevada labilidade emocional, baixa tolerância à frustração iniciando comportamentos agressivos e desafiantes e por vezes choro fácil, dificuldade em organizar o discurso observando-se frequentemente flutuação entre ideias. Demonstrou também alguma dificuldade em manter a atenção na tarefa, dispersando facilmente com outros estímulos, além da dificuldade em contextualizar o jogo simbólico e dramático e da insegurança gravitacional demonstrada.

O D.S. procurava frequentemente a atividade simbólica, evidenciando as suas angústias, medos e falta de afeto. De facto, durante o jogo demonstrou muitas vezes a sua superioridade perante o adulto e pelo contrário, a sua enorme necessidade de ser contido e compreendido, com afeto.

No entanto, como forma de desenvolver competências pré-académicas, foram desenvolvidas atividades de forma lúdica que pretendiam representar o contexto de sala de aula. Tal como referido anteriormente, o jogo é um recurso na intervenção com crianças com psicopatologia pela sua eficácia na promoção das etapas de desenvolvimento posteriores (Vecchiato, 2003; Almeida, 2005; Joly, 2007).

Ao longo das sessões, o D.S. melhorou progressivamente a regulação emocional, ainda com alguns comportamentos mencionados anteriormente mas de forma mais atenuada. A nível cognitivo melhorou significativamente a capacidade de focar e manter a atenção na tarefa, resultando numa maior capacidade em estar envolvido numa mesma atividade durante toda a sessão, antecipando, como referido anteriormente, as condições do meio escolar. Relativamente à praxia fina, o D.S. revelou melhorias ao nível das competências pré-escolares, tendo aumentado o seu interesse por este tipo de tarefas, contudo ainda revela algumas dificuldades no seu desempenho. Quanto aos comportamentos de cariz obsessivo, verificou-se uma diminuição

3.2. Casos atendidos em autonomia

Caso 9 – J.V.

O caso do J.V. pelo facto de constituir o estudo de caso analisado de forma mais pormenorizada irá ser apresentado posteriormente neste documento.

Caso 10 – D.F.

O D.F. iniciou o acompanhamento em consultas médicas no SPSMIA em julho de 2008, com 4 anos de idade. O motivo do pedido da primeira consulta baseou-se em problemas de comportamento, nomeadamente a agressividade e birras frequentes. Após avaliação, a pedopsiquiatra realizou o diagnóstico de Perturbação Reativa da Vinculação e encoprese secundária. No entanto, tem vindo a verificar-se que a dificuldade no controlo dos esfíncteres parece estar associada a maus hábitos alimentares, desregrados e de pouca qualidade, com enorme influência no trânsito intestinal. Importa referir que existe a suspeita de abuso sexual por volta dos 5 anos. O projeto terapêutico do D.F. inclui tratamento farmacológico.

O acompanhamento em terapia psicomotora teve início em novembro de 2012, sendo encaminhado pela pedopsiquiatra por labilidade de humor (oscilação entre grandiosidade e regressão), agressividade com os pares (e também adultos) e encoprese (intermitente). As sessões adquiriram caráter individual e periodicidade semanal.

O D.F. beneficiou anteriormente de acompanhamento nas áreas de Pedopsiquiatria e Psicomotricidade.

Atualmente é um menino de 9 anos que frequenta o terceiro ano do primeiro ciclo, com matéria relativa ao segundo ano.

O agregado familiar é composto pelo D.F. e pela mãe. A mãe foi diagnosticada com Esquizofrenia, tendo vários internamentos associados à doença. De facto, a psicopatologia materna, tal como afirma Wan e Green (2009) tem um enorme impacto na formação da organização e segurança do processo de vinculação na infância, estando fortemente associada a graves riscos ao nível do desenvolvimento. Kahl e Jungbauer (2013) acrescentam que as crianças cujos pais sofrem de doença mental experienciam situações com elevado nível de ansiedade, nomeadamente quando se deparam com o agravamento do estado de saúde do progenitor, demonstram elevado medo de separação associados a uma enorme angústia e sentimentos de raiva e resignação. Neste âmbito, Boubli (2001) afirma que as mães com psicose definem as suas rotinas com base nas suas necessidades e, neste sentido a criança não consegue antecipar os cuidados, vivendo num ambiente de imprevisibilidade, tornando-se crianças hipervigilantes. Decorrente da situação referida, procedeu-se à institucionalização do D.F. quando este tinha apenas dois anos e permanecendo na instituição durante o período de um ano, sendo que posteriormente a mãe adquiriu a custódia do filho. O que, de acordo com Boubli (2001), é frequente ocorrer quando o bebé corre perigo físico ou psíquico. Nestes casos, a criança é retirada à mãe por um período dependente da gravidade dos sintomas maternos (Boubli, 2001). O pai é presente na vida de D.F., sendo o próprio a garantir a maioria das idas às sessões de psicomotricidade, dada a rigidez e carga horária do emprego da mãe.

O funcionamento e organização familiar não correspondem ao que seria desejável, acontecendo muitas vezes a criança não levar lanche para a escola e em casa a alimentação é também bastante desadequada, como referido anteriormente. A postura parental é bastante permissiva revelando grandes dificuldades na imposição de regras e limites.

A observação inicial revelou uma criança com uma postura desinibida, apresentando por vezes sinais de impulsividade e inquietude motora. Por vezes revela recusa inicial perante as tarefas sugeridas pela terapeuta, mas durante a execução preocupa-se em agradar ao adulto. É uma criança que coloca algumas defesas quando se procura conhecê-la.

Ao nível da atenção, é notória alguma dificuldade em esperar até ao final da instrução. Durante a realização da tarefa é capaz de manter o foco de atenção dependendo do seu grau de motivação. Ao longo das sessões toma iniciativa e dá sugestões frequentemente. É também perceptível a ambivalência no decorrer das sessões, entre

momentos de grandeza e supervalorização e momentos regressivos com necessidade em ser cuidado. O D.F. é uma criança que solicita a valorização e comprovação constante acerca das suas capacidades, mesmo quando revela dificuldades de realização.

A sua relação com os materiais é limitada sendo muitas vezes reduzida ao uso da bola, sendo o futebol um grande interesse.

O seu limiar de frustração é bastante reduzido, adotando comportamentos por vezes agressivos mas apenas dirigidos aos objetos. Por vezes adota comportamentos manipulativos, por exemplo chora na tentativa de obter algo que ambiciona.

Revela discurso oral afetado, repetindo ideias e o mesmo som/sílaba de algumas palavras. Demonstra constante vontade em mostrar que é capaz e em contar situações muito pormenorizadas, mas que por vezes parecem ser adornadas com alguns pormenores fantasiados.

Apresenta uma expressão gráfica adequada à idade. Os seus desenhos são pautados por uma fusão entre elementos reais e fantasiados.

Revela dificuldades ao nível da coordenação e controlo de movimentos, embora melhore a realização quando se reforça a atenção na tarefa e se enfatiza a importância de realizar as tarefas de forma mais lenta. No decorrer destas tarefas, o D.F. evidencia sincinesias bucais, revela dificuldade na procura e aplicação de estratégias, e programação da ação quando ocorrem modificação dos contextos. Demonstra também dificuldade na representação da ação.

Relativamente à escala Behavior Assessment System for Children (BASC), os pais apontam a componente da hiperatividade, ansiedade, atipicidade, agressividade e depressão como as áreas mais preocupantes. A escala preenchida pela professora não é suscetível de ser interpretada uma vez que as respostas obtidas conduzem a uma falha no índice de fiabilidade.

Relativamente à BASC não foi possível recolher informação acerca da avaliação final quer dos pais quer da professora.

As atividades realizadas ao longo da intervenção englobaram o jogo dramático e simbólico, quase sempre relacionados com super-heróis, e jogos com bola, nomeadamente atividades ligadas ao futebol. As técnicas de relaxação faziam parte do projeto pedagógico-terapêutico, no entanto não foi possível avançar neste âmbito dada as limitações relativas à assiduidade e à reduzida disponibilidade do D.F. para aceder à descontração neuromuscular e descontração mental.

Deste modo fará todo o sentido dar continuidade a este processo que se prevê que tenha consequências bastante positivas no desenvolvimento do D.F., nomeadamente ao autorregulação. No decorrer das atividades relacionadas com jogo simbólico, o D.F. revelava enorme angústia e insegurança. Tal se verificava quando o D.F. interrompia as "lutas" dizendo "olha, isto é só a fingir, não me vais magoar mesmo combinado?" (sic), sendo que este tipo de intervenções desapareceu com o fortalecimento da aliança terapêutica.

A sua evolução terapêutica foi prejudicada por sucessivas faltas às sessões, condicionando toda a continuidade do processo. No entanto, observaram-se algumas melhorias, nomeadamente ao nível da relação terapêutica, através do aumento de confiança e segurança na terapeuta, no respeito pela duração das atividades e da própria sessão, tolerando melhor a frustração relativa ao término de uma atividade do seu interesse ou da sessão. Progressivamente observou-se uma melhor aceitação das propostas do terapeuta, ainda que, por vezes, se verificasse alguma recusa inicial. Ao longo das sessões, as escolhas de atividades pelo D.F. conduziram a uma maior cooperação e menor competitividade, resultando numa maior aliança terapêutica. A expressão de superioridade também se tornou menos frequente, ainda assim permaneceu bastante marcada.

Importa salientar que as circunstâncias do contexto familiar e as características individuais do D.F. mostram a necessidade de manter relações positivas e consistentes,

dar respostas à grande avidez relacional evidenciada bem como ajudá-lo a ultrapassar as dificuldades já referidas. Desta forma e atendendo a que crianças cujos progenitores possuem esquizofrenia revelam maior predisposição para no futuro terem problemas no trabalho, baixa autoestima, apresentarem elevados consumos tabágicos e alcoólicos, elevada tendência para isolamento e desenvolver também doenças mentais (Mowbray et al., 2006), recomenda-se o acompanhamento do D.F, de modo a minimizar os fatores de risco a ele inerentes. Acrescentando o facto de que crianças diagnosticadas com perturbação reativa de vinculação apresentam frequentemente comportamentos sociais inadequados que englobam comportamentos agressivos, tal como revelam características associadas a ansiedade, depressão, perturbação do comportamento, perturbação da personalidade antissocial e outros problemas de saúde mental (WHO, 2010).

Caso 11 – M.A.

A M.A. começou a ser acompanhada em consultas médicas no SPSMIA em agosto de 2012, com 5 anos, devido a irrequietude, suspeita de maus tratos por parte do pai e alteração do sono. Após avaliação, a pedopsiquiatra atribuiu o diagnóstico de Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções e Perturbação de Oposição e Desafio. O projeto terapêutico é complementado com tratamento farmacológico e consultas familiares.

O encaminhamento para psicomotricidade foi devido a agitação psicomotora e comportamentos de oposição e as sessões iniciaram em novembro de 2012, com periodicidade semanal e caráter individual.

O agregado familiar é composto pela M.A. e pela mãe, sendo que a avó materna assume um importante papel na sua educação. A M.A. está com o pai esporadicamente e menos frequentemente desde a suspeita de agressão quando a M.A. tinha 5 anos. Durante o período em que não vê o pai, este não realiza qualquer forma de contacto.

Atualmente, tem seis anos vai ingressar o primeiro ciclo no próximo ano letivo (2013/2014).

A observação inicial revelou uma criança cooperante quando motivada, mas dispersa facilmente a atenção para outros estímulos. É uma criança bastante ativa na sessão e criativa na sugestão de tarefas. Contudo, revela uma elevada desorganização na planificação e enquadramento de tarefas.

A M.A. revela frequentemente comportamentos impulsivos, ajustando o comportamento apenas nas atividades para as quais está motivada. Devido a estas características impulsivas, a sua praxia fica prejudicada. No entanto, quando reforçada a importância de realizar as tarefas e movimentos de uma forma mais lenta, pressupondo uma maior consciencialização, o controlo aumenta, incrementando também o desempenho da tarefa.

A M.A. revela enorme dificuldade em aceitar as regras da sessão e em esperar pela vez, iniciando frequentemente comportamentos agressivos dirigidos à terapeuta e aos objetos, adotando uma postura desafiante e de oposição perante a maioria das sugestões. Desta forma, reage à frustração destruindo, fazendo birra, ameaça de abandono da atividade mas mediante reforço e algum suporte, acaba por completá-la.

A M.A. apresenta uma boa noção corporal, reconhecendo os segmentos em que é tocada, apresentando também uma boa capacidade de dissociação interdigital.

Em relação ao espaço envolvente, explora ativamente a maioria dos materiais.

É uma criança comunicativa, com um discurso organizado, dirige e mantém o olhar de forma espontânea, sendo bastante expressiva.

Em termos relacionais, a M.A. gere adequadamente a distância, permitindo e procurando o toque e o contacto físico. Procura a terapeuta enquanto parceira de jogo, necessitando de um grande controlo e supervisão por parte desta, dada a sua reduzida

noção de perigo. Em casos de crianças com perturbação do comportamento é necessário que o terapeuta estabeleça limites e regras na sessão, criando um espaço contendor e seguro (Moutinho, 2012).

Relativamente à escala Behavior Assessment System for Children (BASC) aplicada durante a avaliação inicial, o questionário preenchido pela mãe não é suscetível de ser interpretado tendo em conta as respostas dadas comprometerem o índice de fiabilidade. O questionário preenchido pela professora revela que as componentes mais preocupantes são a hiperatividade, ansiedade, depressão e tendência para isolamento.

As atividades realizadas nestas sessões prendiam-se muitas vezes com a atividade simbólica. Nestas atividades revelava os seus medos e angústias, isto é, projetava muito da sua vida psíquica nas suas brincadeiras. De facto, a atividade simbólica possibilita às crianças a projeção das angústias e, possivelmente, encontrar soluções para elas (Branco, 2000). Nestes casos, tal como afirma Almeida (2005), o psicomotricista representa uma figura securizante e contentora, que valoriza a atividade espontânea, a contenção e a escuta ativa (Almeida, 2005). O conto do Capuchinho Vermelho com o lobo mau foi bastante procurado pela M.A., existindo uma certa identificação com este lobo mau. À medida que esta história foi sendo repetida e onde se procuravam soluções e transmitir segurança, foi possível dar um final feliz. Posto isto, existiu uma maior disponibilidade por parte da M.A. para outras atividades e sugestões. Nestas atividades simbólicas eram introduzidos e explorados diferentes aspetos com vista a melhorar algumas das áreas menos fortes. Desta forma, a terapia psicomotora encerra em si a componente do prazer corporal e a dimensão emocional e afetiva, permitindo à criança reviver fases precoces da sua história de vida, resolvendo os conflitos instalados, prosseguindo rumo à conquista da sua identidade e autonomia (Vecchiato, 2003; Joly, 2007). Durante as atividades de cariz simbólico procurou-se promover a organização e estruturação da expressividade da criança, contextualizando a sua ação, que muitas vezes não é intencional e revela dificuldade na regulação e controlo dos movimentos e emoções (Onofre, 2004; Almeida, 2005). Neste sentido, Moutinho (2012) afirma também que a atividade simbólica promove a capacidade de descentrar de si próprio e equacionar a perspetiva e emoções do outro, o que contribui para a autorregulação emocional.

A sua evolução terapêutica foi irregular, devido à sua instabilidade emocional e motora aparentemente devido à inconsistência associada ao contexto familiar. Em contexto de sala de espera é notória a dificuldade da mãe em conter os comportamentos da M.A., percebendo-se dificuldades de estruturação e organização familiar. Tais factos são corroborados pela educadora responsável no jardim infantil. A instabilidade verificada pode ser frequentemente observada antes da entrada na escola devido a sentimentos de insegurança perante situações desconhecidas e assustadoras (Branco, 2000). No entanto esta instabilidade pode permanecer pela ausência da mãe ou em situações em que a mãe não está suficientemente disponível (Branco, 2000), este último parece estar relacionado com o caso da M.A.. João dos Santos (Branco, 2000) afirma que a instabilidade infantil está frequentemente associada a uma depressão acentuada que causa inadaptação nos vários contextos de vida da criança. Estes sentimentos são caracterizados por comportamentos agidos, como se a criança estivesse em constante fuga aos pensamentos (Branco, 2000).

A nível comportamental e emocional ocorreram melhorias no aumento da confiança e segurança na terapeuta e na ocorrência de comportamentos externalizados mais atenuados. A sala de psicomotricidade tornou-se num espaço destinado à expressão de angústias e medos, estabelecendo-se um diálogo tónico-emocional, onde a terapeuta era sentida como parceira na sua atividade simbólica, dramática e expressiva. Tal como afirma João dos Santos (Branco, 2000), as crianças que manifestam instabilidade necessitam de um espaço que promova a segurança dos seus afetos, à angústia, à alegria e à tristeza.

Relativamente à BASC, não foi possível averiguar a avaliação final por parte da professora. No entanto, segundo o questionário preenchido pela mãe, de uma forma geral, as componentes que apresentam valores mais elevados e por isso mais preocupantes são a hiperatividade, agressividade, depressão, somatização, atipicidade e adaptabilidade. De facto, a maioria dos comportamentos observados e descritos pela mãe são também descritos em contexto terapêutico.

Importa referir que no âmbito cognitivo a M.A. parece apresentar um bom potencial, reunindo competências pré-académicas para ingressar no primeiro ciclo. Salienta-se a importância de continuar a dar suporte a nível psicomotor pelas características emocionais acima referidas e tendo em conta as mudanças acentuadas que se verificam com a entrada no primeiro ano. Importa salientar que, nestes casos, as relações com os pares apresentam-se como conflituosas, o que posteriormente se poderá traduzir num maior risco relativamente à ocorrência de problemas psicossociais na adolescência (Ferreira & Marturano, 2002), conduzindo à importância já descrita anteriormente de manter o acompanhamento referido.

Finalmente, ao nível do futuro contexto escolar e devido à instabilidade emocional verificada, foi elaborado um pedido em resposta a uma solicitação realizada pela educadora do jardim de infância para que a M.A. disponibilizasse dos apoios previstos pelo decreto-lei 3/2008 de forma a prevenir potenciais dificuldades académicas provenientes de dificuldades anteriormente mencionadas. Segundo Lopes et al. (2006), os alunos provenientes de contextos familiares mais desfavoráveis carecem de maior apoio e intervenção da escola de forma a prevenir ou modificar trajetórias possivelmente prejudiciais, ao nível do desempenho académico e na área das competências sociais.

Relativamente ao estudo realizado por Cardoso (2011), conclui-se que crianças provenientes de famílias nucleares monoparentais apresentam valores mais elevados relativamente a ansiedade, depressão, problemas sociais, comportamentos de internalização e externalização, tal como revelam maiores problemas de atenção e comportamento agressivo. Posto isto, parece fulcral desenvolver meios e estratégias de forma a prevenir este tipo de comportamentos a nível escolar e familiar, promovendo a saúde mental infantil (Cardoso, 2011).

É fulcral intervir junto da família, nomeadamente da mãe e avó, convocando também o pai e o atual parceiro da mãe, na tentativa de compreender as relações familiares e o seu impacto no desenvolvimento emocional e comportamental da M.A..

Caso 12 – A.C.

O A.C. iniciou o acompanhamento em consultas médicas no SPSMIA em janeiro de 2013, com sete anos. O motivo da consulta foi o facto da professora ter alertado os pais para um desempenho e motivação inconstante em contexto de sala de aula, isola-se no recreio brincando sozinho, frequentemente com uma palhinha enquanto salta. Há referência a manipulação constante dos genitais. Após avaliação, o A.C. foi diagnosticado com Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra Especificação.

Importa salientar que, anteriormente, o A.C. foi diagnosticado com Perturbação da Linguagem, beneficiando de acompanhamento em terapia da fala durante um ano em contexto hospitalar. Posteriormente teve acompanhamento em psicomotricidade por um período curto de tempo, realizando também na mesma altura uma avaliação num outro centro de desenvolvimento.

Durante o período de intervenção em psicomotricidade no SPSMIA, o A.C. tinha também acompanhamento em terapia da fala em contexto escolar e educação especial, especificamente para melhorar questões relacionadas com a motricidade fina. Encontra-se ainda inscrito em aulas de natação e judo.

O agregado familiar é composto pelo A.C., pelos pais e pelo irmão de oito anos.

O encaminhamento para psicomotricidade foi realizado devido a alterações graves da motricidade fina e da motricidade global, instabilidade psicomotora e comportamentos de oposição, tendo iniciado em janeiro do presente ano. O projeto terapêutico é complementado com farmacoterapia.

O A.C. tinha seis anos e frequentava o primeiro ano do primeiro ciclo.

No início do acompanhamento em psicomotricidade, as preocupações trazidas pela mãe relacionavam-se com o facto de o A.C. ter dificuldades ao nível da motricidade fina, tendo uma pega muito imatura, apresentando características hipotónicas, dificuldade em manter o contacto ocular, suspeitando que o filho tenha o diagnóstico de Síndrome de Asperger. O discurso da mãe é bastante técnico, dando maior ênfase às dificuldades do filho relativamente à componente instrumental.

A observação inicial demonstrou marcada instabilidade psicomotora, lateralidade não definida com sinais de ambidextria. Relativamente a questões associadas à motricidade fina, recorre apenas algumas vezes à pega em forma de pinça, utilizando preensão palmar de forma frequente. O A.C. revela uma enorme dificuldade ao nível do equilíbrio dinâmico com acentuadas reequilibrações e quedas frequentes.

Durante as tarefas compreendia as instruções, não revelava sinais de impulsividade, sugerindo troca de papéis. Demonstra maior interesse em atividades como puzzles e jogos bastante estruturados. Quando o grau de motivação na tarefa diminuía ou durante a mudança de atividade verificam-se movimentos de manipulação dos genitais.

O seu discurso é pouco espontâneo e as respostas são curtas, sendo que responde “não sei” (sic) quando não se interessa pelo tema de conversa. Durante a interação, dirige o olhar mas não mantém, desviando-o. A sua mímica facial é pouco expressiva e o tom de voz é monocórdico. Inicialmente aceita as sugestões da terapeuta, contudo após algumas sessões começam a surgir alguns comportamentos de oposição.

Em termos relacionais, o A.C. começou a evoluir aparentemente de forma positiva revelando maior prazer na relação terapêutica, nomeadamente o sorriso começa a ser mais frequente, começa a estabelecer um diálogo tónico-emocional e o seu discurso revela-se mais espontâneo, relatando acontecimentos do contexto escolar.

As atividades realizadas ao longo das sessões foram realizadas, de uma forma geral, fora da secretária e do ambiente mais formal a que estava habituado. Foram propostas atividades para estimular a capacidade criativa e que promovessem a manipulação de diversos objetos.

Revela dificuldade na planificação das atividades mas utiliza estratégias adequadas na resolução e execução de tarefas. A expressão corporal também foi trabalhada de forma lúdica através da imitação ou na realização de gestos que correspondessem a objetos e a seres vivos.

No decorrer das sessões, o reforço positivo esteve sempre presente como forma de melhorar a sua autoestima e sentimento de eficácia.

Após reduzida assiduidade e alguma resistência parental, o plano terapêutico foi interrompido, cessando o acompanhamento em psicomotricidade. Foram visíveis algumas melhorias relacionando-se com uma maior disponibilidade para a relação, maior espontaneidade e motivação nas atividades propostas pela terapeuta, no entanto a evolução terapêutica pode ficar comprometida por não ter sido suficientemente interiorizados os aspetos trabalhados. Assim, o A.C. mantém indicação para acompanhamento em psicomotricidade mas primeiro deve ser reforçada a adesão por parte dos pais ao projeto terapêutico.

Caso 13 – R.P.

O R.P. é uma criança de 7 anos que frequenta o primeiro ano do primeiro ciclo e tem como diagnóstico Síndrome de Asperger.

O agregado familiar é composto pelo R.P., pelos pais e por uma irmã, de 10 anos.

Iniciou o acompanhamento em consultas de pedopsiquiatria no SPSMIA em Fevereiro de 2012 e terapia psicomotora em novembro de 2012. O motivo da primeira consulta em pedopsiquiatria prendeu-se com o isolamento social, intolerância aos sons. O motivo de encaminhamento para psicomotricidade prendeu-se com dificuldades na relação e comunicação.

Relativamente ao seu desenvolvimento, todas as etapas ocorreram dentro do esperado. Contudo, em relação à linguagem, o R.P. verbalizou as primeiras palavras aos nove meses, papá e mamã, desenvolvendo uma linguagem característica e, apenas aos quatro anos desenvolveu vocabulário mais inteligível.

Na entrevista inicial, os pais demonstravam como principal preocupação o R.P. recusar brincar com os pares, não realizar as tarefas propostas pela professora na sala de aula, pela imitação de falas e ações dos desenhos animados (ecolália). Acrescentam que por vezes adota comportamentos desafiantes em relação às figuras parentais, não responde ou responde erradamente (“ao lado” (sic pais)) a perguntas a ele dirigidas.

As suas principais dificuldades, numa fase inicial, situavam-se a nível relacional, evidenciando uma baixa tolerância ao toque e reduzido contacto ocular. A sua linguagem por vezes era pouco perceptível e as suas respostas eram descontextualizadas ou inexistentes. O R.P. revelou também dificuldade em manter o foco de atenção na tarefa, dispersando facilmente com outros estímulos, principalmente sonoros. Mostrava dificuldade em contextualizar o jogo simbólico, sendo que este consistia na reprodução de situações que observava na televisão ou jogos de consola e computador (ecolália). Verificam-se interesses restritos e repetitivos relativamente às atividades escolhidas e discurso utilizado. Salientam-se ainda dificuldades associadas ao equilíbrio, estruturação espaciotemporal, planeamento motor, motricidade global, em especial coordenação oculo-pedal. De facto, e de acordo com Emck (2004), as crianças com autismo têm dificuldade ao nível do equilíbrio, observando-se também uma organização motora e padrões motores imaturos. Durante este tipo de atividades o R.P. revelou baixa perseverança, não revelando interesse em melhorar a qualidade de realização.

De acordo com a BASC, no contexto familiar, os comportamentos mais preocupantes relacionam-se com a agressividade, somatização, atipicidade e tendência para isolamento. Enquanto no contexto escolar, a professora faz referência a comportamentos relativos à atipicidade, ansiedade, depressão, tendência para isolamento e liderança.

Ao longo da intervenção, o R.P. melhorou progressivamente a sua disponibilidade relacional, estabelecendo um diálogo tónico-emocional com a terapeuta, permitindo e solicitando o toque, tal como a melhorou a capacidade de introduzir o outro na sua brincadeira atribuindo-lhe um papel. Registou-se também uma melhoria relativa à capacidade para lidar com novas situações, verificando-se alguma espontaneidade no brincar, embora exista um longo caminho a percorrer. De facto, o R.P. começou a aceitar modificações nas histórias de desenhos animados que trazia para a sessão. Perante provocações e “jogo obstrutivo”, o R.P. foi tolerando progressivamente começando a reagir com um sorriso perante alterações ao que havia realizado (e.g.: esconder peças, alterar a posição de objetos).

A sua evolução ao nível relacional foi bastante expressiva e de acordo com o discurso dos pais e professora, o R.P. demonstrou ser capaz de alargar as experiências da sessão a outros contextos, nomeadamente na capacidade de se relacionar com os pares e com a própria irmã, de brincar com eles, na aceitação de sugestões do outro, na

capacidade em focar e manter a atenção na tarefa. O R.P. reproduz expressões e ações que ouve e observa e utiliza-as de forma contextualizada às situações. Importa salientar que o R.P. tem um apurado sentido de humor e cativante, constituindo-se como facilitadores da relação. De facto, a terapia psicomotora em crianças com autismo possibilita o desenvolvimento de formas de expressão e a capacidade de brincar da criança (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

Relativamente ao preenchimento da BASC durante a avaliação final, os pais revelam valores mais elevados, e portanto mais desajustados, relativamente às componentes da hiperatividade, atipicidade, tendência para isolamento e adaptabilidade. Tendo em conta a informação obtida, estes aumentos parecem estar relacionados com uma maior capacidade dos pais em identificar situações em que o R.P. não age de forma semelhante aos pares, sem no entanto significar que existiu um real agravamento associado às componentes acima descritas. No entanto, a escala preenchida pela professora revela melhorias gerais após este período de intervenção, mantendo no entanto valores mais preocupantes relativos à depressão e atipicidade, onde se observou uma descida acentuada para valores próximos da média. Importa assinalar que existe alguma preocupação relativa a questões de liderança por se situar num limite inferior, embora estes valores também estejam próximos de valores considerados médios.

Ao longo da intervenção, observaram-se ainda dificuldades de âmbito psicomotor no que concerne ao equilíbrio e praxias, pelo que se recomenda que estes aspetos sejam trabalhados e melhorados.

Os interesses restritivos e atividades repetitivas mantêm-se, ainda que com uma maior tolerância e aceitação de sugestões externas relativamente à realização de outro tipo de atividades.

3.3. Dados da Avaliação de Casos

Caso 14 – R.I.

O pedido de avaliação do R.I. foi realizado por uma pedopsiquiatra do SPSMIA responsável pelo caso.

O R.I. é um menino de 8 anos seguido em pedopsiquiatria desde 23 de janeiro de 2012 no SPSMIA. O motivo do pedido da consulta foi instabilidade psicomotora, sendo que o R.I. é descrito como muito nervoso. As queixas relativas a esta instabilidade são referidas pela mãe em diferentes contextos, nomeadamente em casa e na escola.

A sintomatologia atual do R.I. relaciona-se com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação Disruptiva do Comportamento e Instabilidade com Atraso do Desenvolvimento.

A avaliação do seu perfil psicomotor baseou-se na aplicação da BPM (Fonseca, 2007), DAP (Naglieri, 1988), BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992), Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita (DILE – Fonseca, 1978) e observação informal. O nível de empenho nas tarefas propostas foi inconstante, estando dependente da sua motivação em relação às tarefas e revelando maior interesse nas tarefas motoras. O seu nível de atenção diminui nas tarefas que envolviam a leitura oral ou silenciosa. A curiosidade pelos resultados despoletaram alguma ansiedade, querendo compreender o produto do seu desempenho.

A nível psicomotor, o R.I. beneficiaria de uma intervenção relacionada com a relaxação psicossomática, com vista à obtenção de melhorias ao nível da autorregulação, noção do corpo, modulação tónica, aumentando a capacidade para aceder à descontração neuromuscular. De referir ainda que o R.I. privilegiaria de uma intervenção que promovesse a equilíbrio, planificação da ação, incluindo um nível micromotor, e sincronização de

movimentos relativos aos membros superiores e inferiores.

Caso 15 – D.R.

A avaliação do D.R. foi realizada em resposta ao pedido da pedopsiquiatra responsável pelo caso.

O D.R. é um menino de seis anos que frequenta o ensino pré-escolar, acompanhado em consultas médicas no SPSMIA desde junho de 2009, na altura com dois anos.

O motivo do pedido de avaliação prende-se pelo facto de apresentar uma acentuada agitação psicomotora, irrequietude, oposição e dificuldade em focar e manter a atenção direcionada para um estímulo por um período prolongado de tempo.

Pelo fato da estagiária constituir um elemento imparcial e, portanto, com maior capacidade de elaborar uma avaliação mais objetiva foi solicitado ficasse responsável.

A avaliação consistiu em recolher informação através de observação informal e pela aplicação da Escala de Desenvolvimento Griffiths.

O D.R. foi colaborante e participativo durante o processo de avaliação, estabelecendo uma relação empática com a observadora. Verificaram-se comportamentos de marcada irrequietude motora e constante dispersão atencional com reduzida capacidade em manter-se na tarefa até ao final. Mediante reforço refocaliza a atenção para o estímulo pretendido. É uma criança aparentemente alegre, afetuoso, revelando facilidade em interagir com o outro. Relativamente à linguagem expressiva revela alterações conduzindo por vezes a dificuldades em compreender o seu discurso.

As áreas fortes, situando-se no nível médio para a sua idade), são a área motora (motricidade global); coordenação olho-mão (motricidade fina, manipulação de objetos, lateralidade, competências grafomotoras e competências visuais) e a área da audição e da linguagem (linguagem recetiva e expressiva). Por outro lado, as suas áreas menos fortes são a autonomia pessoal/social; realização e raciocínio prático. Nestas duas últimas pareceu mais desmotivado e surgiram dificuldades mais marcadas na manutenção da atenção, impulsividade nas respostas e dificuldade em levar até ao fim as tarefas. As suas dificuldades surgiam em tarefas que implicavam velocidade de processamento e de execução, manipulação dos objetos, perceção visual, orientação espacial, persistência, compreensão aritmética e resolução de problemas práticos.

Após a avaliação, o resultado revela um desenvolvimento global situado num nível médio inferior ao esperado para a sua faixa etária. O seu bom potencial é prejudicado pelos seus comportamentos de marcada impulsividade e agitação psicomotora. No entanto, e tendo em conta a sua história pessoal, o D.R. tem revelado uma evolução bastante positiva, demonstrando curiosidade pelo envolvimento. Deste modo, deve proceder-se à continuação da estimulação das suas capacidades envolvendo todas as pessoas presentes nos seus contextos. De forma a concluir, parece fundamental que a criança mantenha os apoios desencadeados até ao momento (pedopsiquiatria, psicomotricidade, terapia da fala, ensino especial) para que o seu desenvolvimento ocorra da forma mais saudável, atendendo às necessidades e dificuldades expressas pelo D.R..

3.4. Previsão de sessões relativas aos casos acompanhados

A tabela 3 apresenta o número de sessões previstas e realizadas, bem como a assiduidade relativamente aos diferentes casos acompanhados durante o estágio.

	<i>Utente</i>	<i>Sessões Previstas</i>	<i>Sessões Realizadas</i>	<i>Assiduidade (%)</i>
Casos em função de coterapia	<i>Caso 1 – F.B.</i>	31	26	84
	<i>Caso 2 – D.P.</i>	32	30	94
	<i>Caso 3 – B.A.</i>	30	26	87
	<i>Caso 4 – A.S.</i>	32	27	84
	<i>Caso 5 – P.G.</i>	23	14	60
	<i>Caso 6 – D.C.</i>	32	30	94
	<i>Caso 7 – D.S.</i>	32	30	94
	<i>Caso 8 – C.P.¹</i>	-	-	-
Casos em acompanhamento terapêutico	<i>Caso 9 – J.V.</i>	32	28	88
	<i>Caso 10 – D.F.</i>	34	21	61
	<i>Caso 11 – M.A.</i>	34	30	88
	<i>Caso 12 – A.C.</i>	23	7	30
	<i>Caso 13 – R.P.</i>	30	27	90

Tabela 3- Previsão de sessões dos casos acompanhados

4. Estudo de Caso

O estudo de caso apresentado refere-se a uma criança com uma das perturbações com maior prevalência no SPSMIA e um exemplo completo de intervenção psicomotora realizado no âmbito do estágio. Importa salientar que o nome utilizado é um nome fictício. Desta forma, o caso apresentado será denominado João.

4.1. Descrição do Caso

O João é um menino de 10 anos que frequenta o 4º ano, acompanhado no SPSMIA em consultas de Pedopsiquiatria desde novembro de 2010. O motivo da consulta foi o facto de ter sido vítima de bullying e a agressividade expressa em contexto familiar. Após avaliação da pedopsiquiatra responsável, o João foi diagnosticado com Perturbação da Adaptação com Perturbação Mista das Emoções e do Comportamento

O encaminhamento para psicomotricidade foi realizado pela pedopsiquiatra responsável pelo caso e o motivo está relacionado por uma agressividade não possível de ser verbalizada. Esta agressividade inicialmente era restrita ao contexto familiar mas generalizou-se ao contexto escolar, contudo mantém-se mais acentuada no contexto familiar. O João iniciou acompanhamento em psicomotricidade em novembro de 2012, em sessões individuais e semanais.

¹ Devido a questões financeiras, o C.P. deixou de ser acompanhado no SPSMIA, começando a ser acompanhado em Cascais, local de residência.

Atualmente mantém o diagnóstico de Perturbação Mista das Emoções e do Comportamento.

No âmbito da saúde, é uma criança que apresenta excesso de peso, sendo seguido em diversas especialidades: alergologia, nutricionista e endocrinologia. Perante situações de maior ansiedade, o João come compulsivamente e afirma que não é capaz de fazer dieta. Neste sentido, Boubli (2001) aponta para que o refúgio na ingestão de alimentos se deva a perturbações precoces na relação materna. A hiperfagia permite também a expulsão de agressividade associada a um menor receio de retaliação (Boubli, 2001). De acordo com o mesmo autor, o excesso de ingestão de alimentos aos seis ou sete anos pode estar relacionado com conflitos edipianos que conduzem o indivíduo a um estado regressivo de satisfação oral, atenuando e mascarando estes mesmos conflitos. Importa ainda referir que esta é uma forma de alívio utilizada por crianças que se encontram em processos de rejeição de si, vergonha, alvo de gozo por parte dos pares, onde mais uma vez tentam expressar agressividade através destes comportamentos (Boubli, 2001). Assim, a adolescência enquadra-se como um período de reorganização que poderá conduzir a uma maior autonomia, para que a criança se liberte das imagens parentais idealizadas (Boubli, 2001).

O agregado familiar é composto pelo João, um irmão mais novo, pelos pais e pelo avô materno que desempenha um papel ativo na educação dos netos.

O João regista múltiplas idas ao serviço de urgências por agressões de colegas e pela própria mãe. A mãe apresenta uma enorme dificuldade em dar respostas afetuosas, adotando frequentemente comportamentos agressivos perante comportamentos desadequados por parte do João, recorrendo por diversas vezes ao uso de um cinto como forma de punição. Existe também registo de um episódio em que a mãe arremessou uma garrafa à cabeça do João quando este tinha seis anos, resultando num traumatismo craniano.

Importa referir que a mãe foi diagnosticada com depressão quando o João tinha 2 anos. Tal como afirma Boubli (2001), os bebés de mães deprimidas têm dificuldade em prever os comportamentos maternos, sendo que estes oscilam entre o abandono e a intrusão, tendo assim um funcionamento imprevisível. A postura do pai é passiva e a sua relação com o João é conflituosa. Os pais relatam birras frequentes em contexto de contrariedade, em casa ou em locais públicos, descrevendo que este começa a gritar, chora e deita-se no chão. Segundo Marques (2003), as crianças cujas mães foram diagnosticadas com depressão são os problemas de comportamento nomeadamente as birras, a heteroagressividade e a intolerância à frustração que surgem com maior frequência

Desta forma, de acordo com Lièvre e Staes (1992, 2012) as condições familiares em que a criança se desenvolve e a segurança proporcionada por este contexto influenciam expressivamente o seu desenvolvimento social. Assim, a inadaptação social da criança será o reflexo das suas dificuldades emocionais e afetivas (Lièvre & Staes, 2012) e é comprovado ao nível do contexto escolar. O João aos seis anos entrou para o primeiro ciclo e aos sete anos mudou de escola devido a frequentes episódios de bullying dos quais era vítima e após o seu pai ter sido agredido pelos mesmos agressores quando tentava resolver a situação do filho.

Quanto às aprendizagens escolares, revela um grande investimento, com bom desempenho académico. Contudo, é prejudicado pelo seu comportamento, sendo descritas pela professora dificuldades ao nível das relações interpessoais, adotando frequentemente comportamentos agressivos perante provocações de colegas, constituindo-se como principal motivo de gozo o seu excesso de peso. Estes acontecimentos provocam no João uma desvalorização do seu corpo refletindo-se numa baixa autoestima que influenciam o desenvolvimento das suas competências sociais, isolando-se. Este facto é apontado por Sampaio (1985 in Matos, 2005) ao afirmar que as

crianças cujos pais não demonstram atenção e amor recorrem mais frequentemente a sentimentos de desvalorização e inferiorização. Bandura (1977) acrescenta que as práticas parentais coercivas estão relacionadas com a expressão de violência projetada nos seus diferentes contextos sociais. Deste modo, o mesmo autor acrescenta que estas crianças apresentam uma maior tendência para serem inseguros e ansiosos, tal como na demonstração de comportamentos agressivos e uma autoimagem negativa, fruto de uma falha na confiança em si e nos outros. Neste sentido, Schwartz et al. (1997 in Carvalhosa & Matos, 2005) evidencia correlações positivas entre experiências precoces de violência, vitimação e práticas parentais rígidas com dificuldades na regulação emocional, agressividade reativa e vitimação com os pares.

O João começou a frequentar a equipa de andebol no início do quarto ano na escola em que estuda, e descreve-a como uma atividade prazerosa. Esta atividade em equipa revelou-se essencial no sentimento de pertença a um grupo, proporcionando momentos agradáveis com os pares e possíveis melhorias na autoimagem e autoconfiança.

Relativamente à história pregressa, é o filho mais velho de uma fratria de dois, e a gravidez foi desejada, planeada e vigiada. O parto ocorreu por cesariana e a mãe descreve o momento como sendo “uma prenda caída do céu” (sic). As várias etapas do desenvolvimento psicomotor ocorreram sem intercorrências.

O falecimento da avó paterna foi sentido pelo João como uma enorme perda e precedeu o nascimento do irmão. O irmão mais novo com três anos é provocado e agredido frequentemente pelo João.

Durante vários anos, dormia com o avô que coabita com a família nuclear, afirmando que não era capaz de dormir sozinho porque necessitava de companhia. Por vezes, ainda dorme com o avô e quando o pai faz o turno da noite, dorme com a mãe. De salientar que, de acordo com o próprio, por vezes é a mãe que solicita ao João que durma consigo, para que o seu irmão não fique sozinho quando a mãe tem que se ausentar para o trabalho. O irmão do João dorme no quarto dos pais.

Posto isto, é possível concluir que, através de uma análise cuidada e pormenorizada da história pregressa do caso em questão, os elementos-critério que estarão na base das suas principais dificuldades e sintomas encontram-se representados na figura 1.

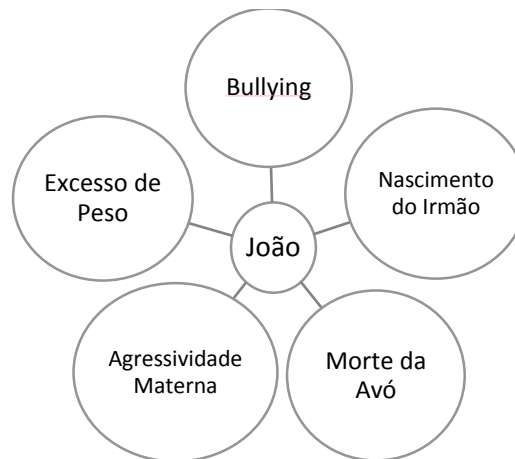


Figura 1 - Elementos-Critério

4.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada tendo por base fontes informais, através de entrevista e observação com preenchimento da grelha de observação do comportamento

(GOC), e formais, assente na aplicação do DAP e BASC. A avaliação inicial decorreu ao longo das primeiras sessões, durante os meses de novembro e dezembro.

4.2.1. Avaliação Informal

A informação recolhida neste ponto é baseada nas diferentes formas de avaliação informal descritas anteriormente.

O João tem uma aparência cuidada, postura eutónica mas inibida, apresentando-se por vezes ansioso.

O João é capaz de focar e manter a atenção nas tarefas completando-as até ao fim, contudo apresenta alguns sinais de impulsividade. O seu comportamento é adequado, por vezes toma iniciativa e dá sugestões.

Na sala explora alguns materiais, preferindo jogos com a bola. É uma criança aparentemente alegre durante a realização das atividades, contudo, nos restantes momentos revela alguma tristeza, nomeadamente durante o seu discurso. Ainda relativamente ao seu discurso, este é dicotómico (sim/não) numa fase inicial, adequando ao longo da sessão. O João comunica por gestos e mímicas adequadamente. Durante o discurso está em permanente movimento e brinca com objetos. Ao longo das tarefas compreende as instruções subjacentes às mesmas.

Ao nível da comunicação não-verbal, a expressão gráfica é adequada à idade, dirige e mantém o contacto ocular, mas diminui quando verbaliza situações causadoras de sofrimento, dirigindo o olhar para baixo.

Relativamente à memória, o João recorda-se das sessões anteriores.

Durante as sessões, não procura o jogo simbólico, respeita todas regras e compreende a duração da sessão.

Quanto à frustração, por vezes não tolera adequadamente, adotando comportamentos impulsivos.

A sua postura é adequada na relação, gerindo adequadamente a distância e tolerando o contacto físico. Aceita a separação dos pais, mas apresenta ambivalência na atitude, sendo que por vezes se mostra afetuoso e noutras se apresenta indiferente.

De acordo com informação referida pelo próprio, a relação com os pais não é adequada devido à sua atitude mais agressiva. Na relação com o terapeuta, o João tem dificuldade em confiar, revelando alguma insegurança ao expor as suas emoções. No entanto, procura o terapeuta como parceiro de jogo.

Relativamente a aspetos psicomotores, o João apresenta uma adequada coordenação de movimentos ao nível dos membros superiores e inferiores, embora possua um maior controlo e precisão nos membros superiores. Quanto à lateralidade, revela preferência manual e pedal dextra.

Em relação à entrevista com os pais, estes referem que as suas principais preocupações são o facto de considerarem o seu filho como sendo muito nervoso e ansioso e o comportamento agressivo dirigido ao irmão, aos pais e pares. Acrescentam que após começar a ser vítima de bullying assistiram a um maior isolamento por parte do João, constituindo então um sinal de alerta. Ambos os pais afirmam que existem oscilações visíveis no seu comportamento, sendo que quando é elogiado pelo seu bom comportamento volta a piorar. Desde sempre dormiu com o avô, no entanto durante um curto período de tempo começou a dormir sozinho, o que entretanto cessou e voltou a dormir acompanhado.

4.2.2. Avaliação Formal

Relativamente à avaliação formal, foram aplicados o DAP, BASC e recorreu-se ao uso da Bateria Psicomotora para a avaliação da tonicidade. A aplicação do primeiro instrumento de avaliação prende-se com a necessidade de obter informação qualitativa acerca do desenho das três figuras mencionadas anteriormente, bem como verificar a integração da imagem e esquema corporal da própria criança. Esta necessidade emerge devido à sua história de vida ligada a contextos de agressividade e considerando as suas consequências, como também pelo facto de ser uma criança com excesso de peso e, portanto, surge a possibilidade da representação mental do seu corpo não ser correta. Desta forma, o DAP foi aplicado em sessão, num momento em que o João demonstrava interesse em realizar um desenho, interessando-se também que a terapeuta sugerisse o tema. A aplicação da BPM relativamente ao fator psicomotor tonicidade prendeu-se com a necessidade de avaliar a extensibilidade, a passividade e a capacidade de descontração neuromuscular voluntária, bem como as diadococinésias e sincinésias. Estes dados tomam especial importância com a introdução das técnicas de relaxação, possibilitando assim a sua comparação tendo em consideração os efeitos terapêuticos destas técnicas. Estas informações permitem também perspetivar a sua organização motora, o seu estado tónico-emocional, o seu estado de atenção, integração sensorial e a sua organização tónico-muscular. Importa referir que se optou apenas por este fator, uma vez que os restantes foram sendo observados, de uma forma geral, ao longo das primeiras sessões, não tendo sido verificadas dificuldades neste âmbito. No que concerne à aplicação da BASC, esta justifica-se pela importância dos contextos familiar e escolar no desenvolvimento da criança e, portanto, trata-se de identificar e compreender a atuação da criança nesses contextos, quer do ponto de vista disfuncional (perfil clínico) quer do ponto de vista adaptativo. Analogamente, importa também compreender a perceção que a criança tem dos seus próprios comportamentos, resultando na aplicação do questionário de autopreenchimento. Desta forma, a identificação de comportamentos concretos adotados e a sua frequência permitem ao terapeuta adequar a intervenção terapêutica de forma a minimizar os comportamentos menos adequados e maximizar aqueles promotores de um desenvolvimento mais saudável, tendo em conta preocupações reveladas pelos pais relativamente a comportamentos do filho. Os inquéritos relativos à BASC foram distribuídos aos pais e professora, através destes.

Importa ainda salientar que os instrumentos utilizados não se encontram padronizados para a população portuguesa e, por esta razão, não será viável elaborar uma comparação de resultados com referência à norma, sendo esta realizada com referência a critério. Assim, serão enfatizados os resultados finais em comparação aos iniciais, considerando a informação recolhida em contexto terapêutico, nas sessões de psicomotricidade e consultas de pedopsiquiatria, e aquela recolhida através dos pais e professora.

Os resultados obtidos na avaliação inicial da BPM relativamente à tonicidade são apresentados abaixo (figura 2).

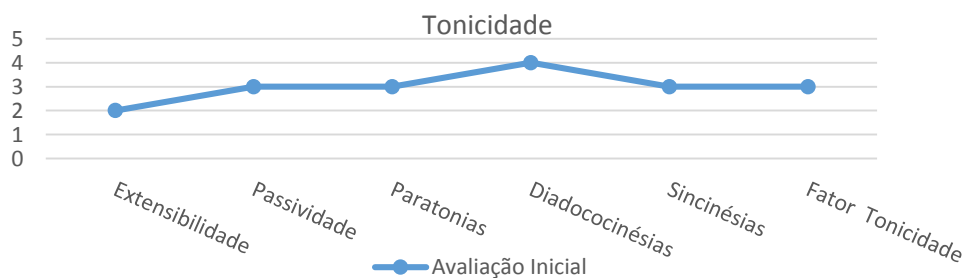


Figura 2 - Avaliação Inicial Bateria Psicomotora - Tonicidade

No que concerne à extensibilidade verificam-se resistências com sinais claros de esforço. Em relação à passividade, o João revela um bom acesso à descontração neuromuscular proximal e distal. Nas tarefas subjacentes à paratonia observa-se um grau adequado de liberdade motora e descontração voluntária, embora inicialmente apresente ligeiras resistências nos membros inferiores. Ao nível das tarefas relacionadas com as diadococinésias, o João revela movimentos harmoniosos e coordenados. Por fim, observam-se ligeiras sincinésias bucais.

Os desenhos relativos à avaliação inicial do DAP encontram-se abaixo, bem como a pontuação obtida nos mesmos.

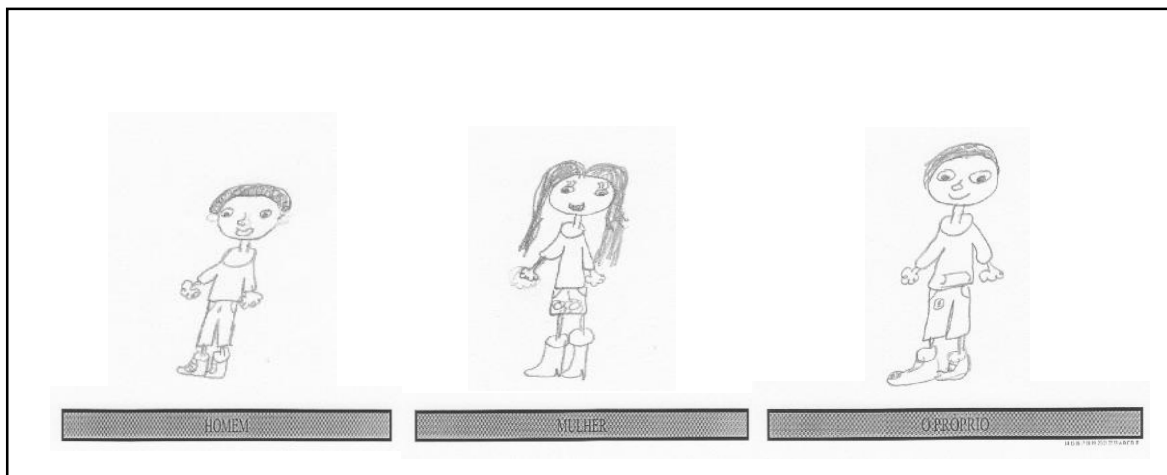


Figura 3 - Avaliação Inicial DAP

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentil	Classificação
Homem	51	116	86	Acima da Média
Mulher	43	102	55	Média
Próprio	44	103	58	Média
Total	138	108	70	Média

Figura 4 - Avaliação Final DAP

Como se pode verificar, a pontuação obtida pelo João encontra-se num valor médio, com exceção do desenho do homem que apresenta uma classificação superior. Importa referir que o nível de motivação nesta tarefa foi bastante elevado, revelando-se no investimento em detalhes nos seus desenhos. De facto os desenhos realizados estão bastante completos e harmoniosos. As diferenças entre géneros são facilmente observáveis pela roupa e seus pormenores (e.g.: desenho de flores na saia, botas de salto alto) e pela face, evidenciando longas pestanas, possibilitando assim uma rápida associação à figura feminina. A figura masculina, curiosamente trata-se da figura mais pequena desenhada pelo João, mas ainda assim apresenta bastantes pormenores como o cabelo encaracolado, pormenores nas calças e calçado. O desenho do próprio apresenta-se como o desenho maior e também ele sorridente e rico em pormenores, nomeadamente o cabelo (penteadado sob o seu lado direito, a camisola e calças desportivas,

tal como detalhes no calçado. Importa referir que esta é a forma habitual como o João se apresenta nas sessões. De uma forma global verifica-se que todos os desenhos revelam um tamanho bastante reduzido, como se pode constatar na figura 4.

Os gráficos abaixo representam os resultados obtidos na aplicação da BASC durante a avaliação inicial. Em primeiro lugar serão apresentados os gráficos relativos ao perfil clínico traçado com base na escala de autoavaliação, seguido da escala preenchida pelos pais e, por fim, pela professora. Posteriormente serão apresentados os gráficos subjacentes ao perfil adaptativo, pela mesma ordem.

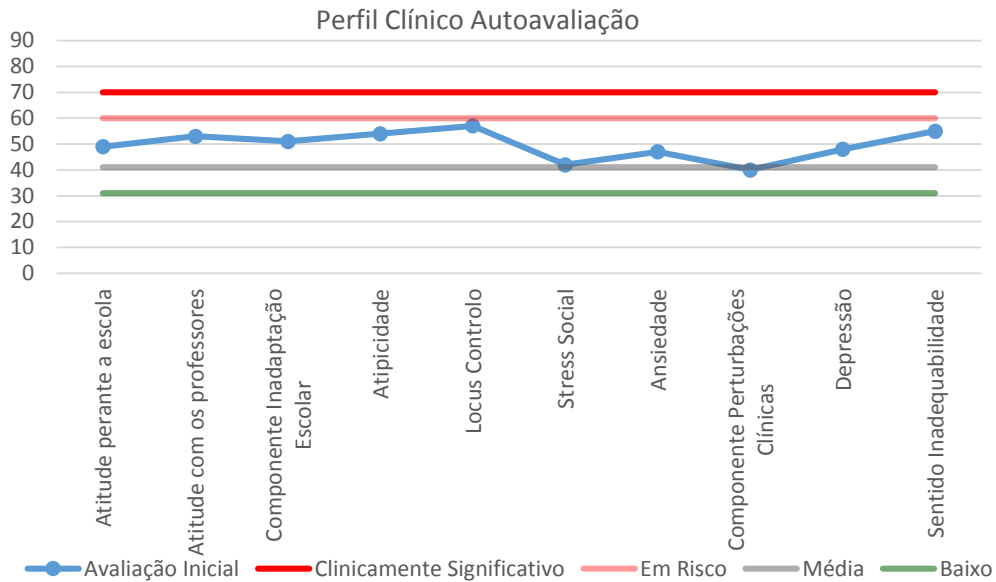


Figura 5 - Avaliação Inicial: Perfil Clínico Autoavaliação

A avaliação inicial relativa ao perfil Clínico da escala destinada à autoavaliação (figura 5) revela valores médios neste âmbito. Na escala relativa ao locus de controlo, o João afirma que os pais controlam muito a sua vida, não consegue parar de fazer asneiras, o que quer parece nunca ser importante, as pessoas continuam chateadas mesmo quando pede desculpa, os pais estão sempre a dizer o que deve fazer e os pais e as pessoas em geral esperam muito de si. Estes dados apontam, tal como se pode observar no gráfico que o locus de controlo é externo, isto é, os outros têm maior poder de decisão do que próprio, refletindo assim o sentimento do João.

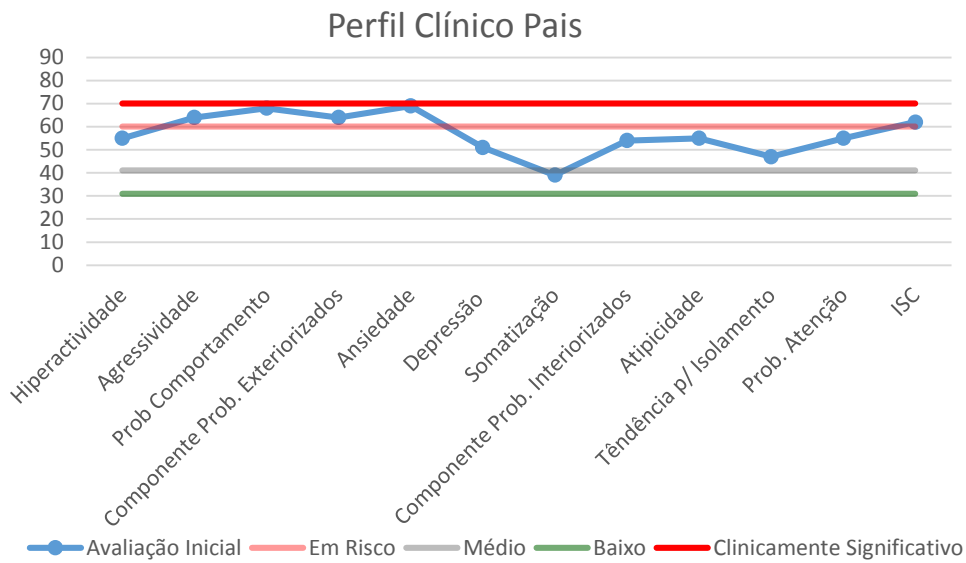


Figura 6 - Avaliação Inicial: Perfil Clínico Pais BASC

A escala preenchida pelos pais durante a avaliação inicial (figura 6) revela valores mais elevados, considerando em risco, para as subescalas relativas à agressividade, problemas de comportamento e ansiedade. Segundo o questionário preenchido pelos pais do João, este é sempre um mau perdedor. É também de descrito que o João adota os seguintes comportamentos de forma frequente: discute com os pais e argumenta quando é contrariado, critica e arrelia os outros.

Ao nível dos problemas de comportamento, é referido pelos pais que o João tem frequentemente amigos que estão metidos em problemas e mostra falta de interesse pelos sentimentos dos outros de forma frequente.

Relativamente à subescala da ansiedade, os pais afirmam que João se preocupa frequentemente com os que os pais e professores pensam. É ainda referido que o João apresenta sempre medo de morrer, de vir a cometer erros e preocupa-se sempre com os trabalhos de casa.

Estes são valores considerados acima da média e que podem ter relevância clínica a comprovar pela observação nas sessões. No entanto, revelam também as principais preocupações dos pais.

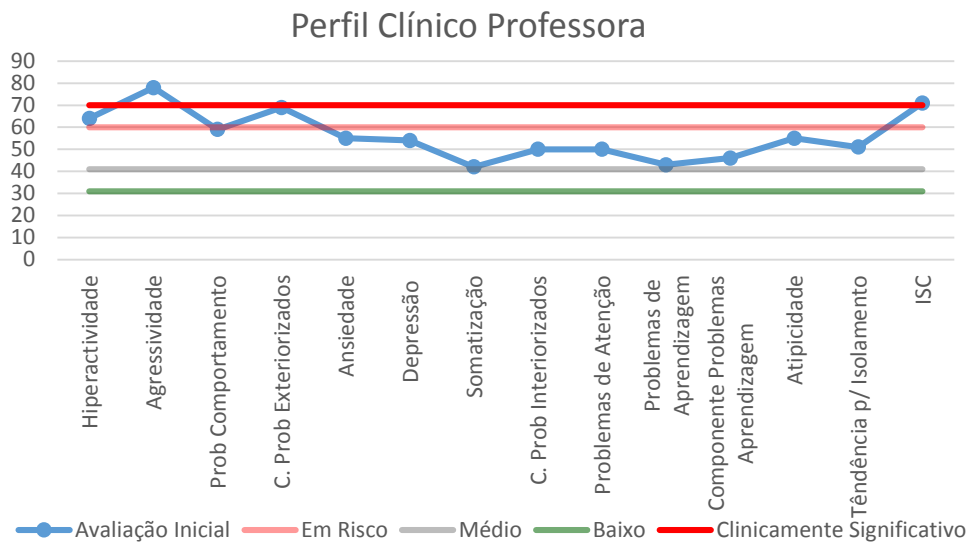


Figura 7 - Avaliação Inicial: Perfil Clínico Professora BASC

O perfil clínico traçado pelas respostas obtidas através do questionário preenchido pela professora (figura 7) revelam que as subescalas relativas à hiperatividade e agressividade.

No que concerne à subescala da agressividade, a professora faz referência a alguns comportamentos que o João adota frequentemente, nomeadamente: argumenta quando é contrariado, ameaça magoar os outros, culpa, dá ordens, critica e magoa, arrelia e insulta as outras crianças.

Na subescala da hiperatividade, a professora refere que o João incomoda frequentemente os colegas quando estão a trabalhar, procura chamar a atenção frequentemente tal como age sem pensar e interrompe os outros quando estão a falar e ainda é excessivamente ativo.

Relativamente ao perfil adaptativo associado às escalas preenchidas pelo próprio, pelos pais e pela professora encontram-se abaixo.

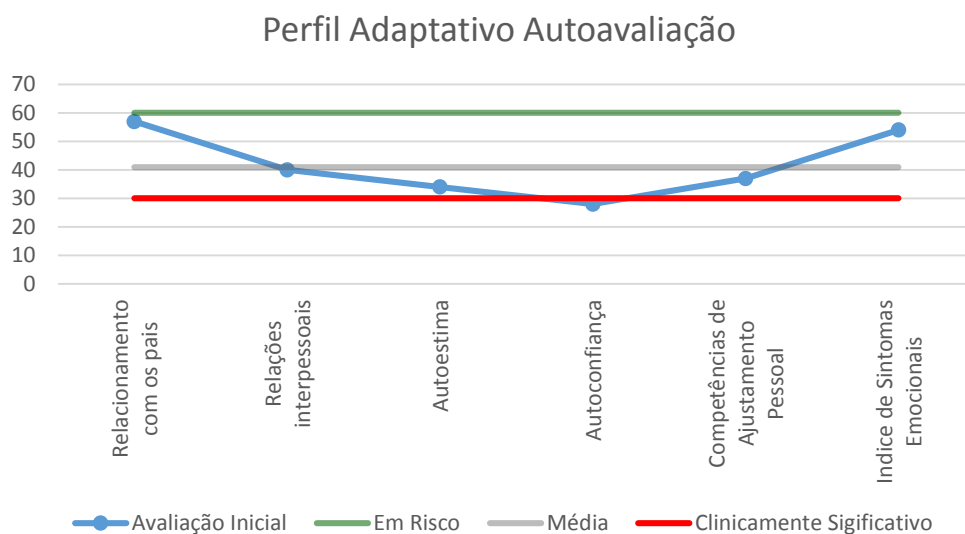


Figura 8 - Avaliação Inicial: Perfil Adaptativo Autoavaliação BASC

O perfil adaptativo traçado de acordo com a escala de autoavaliação (figura 8) evidencia maiores dificuldades nas relações interpessoais, autoestima e autoconfiança.

Relativamente às relações interpessoais, importa referir que o João considera que precisa de ajuda para trabalhar com os outros, os outros não o respeitam e não acha que seja divertido estar consigo. Em relação à subescala da autoestima, o João refere que gostava de ser outra pessoa, ser diferente e refere não ter boa aparência. Na subescala da autoconfiança, não considera que seja criativo, quando está errado não consegue mudar algo para estar certo novamente, habitualmente não é capaz de resolver problemas sozinho, não é bom a tomar decisões e não é bom a mostrar aos outros como se faz algo. No entanto, afirma ser bom nas tarefas escolares, um amigo de confiança, gosta de responder a questões nas aulas e sorri e ri muito.

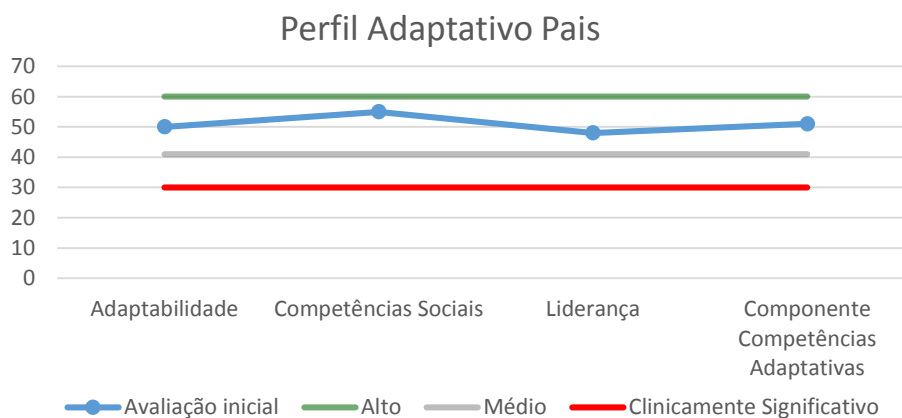


Figura 9 - Avaliação Inicial: Perfil Adaptativo Pais BASC

A escala preenchida pelos pais revela que o perfil adaptativo do João se encontra no nível médio (figura 9), não evidenciando dificuldades a este nível. Estes dados são discrepantes com as informações apontadas na escala de autoavaliação.

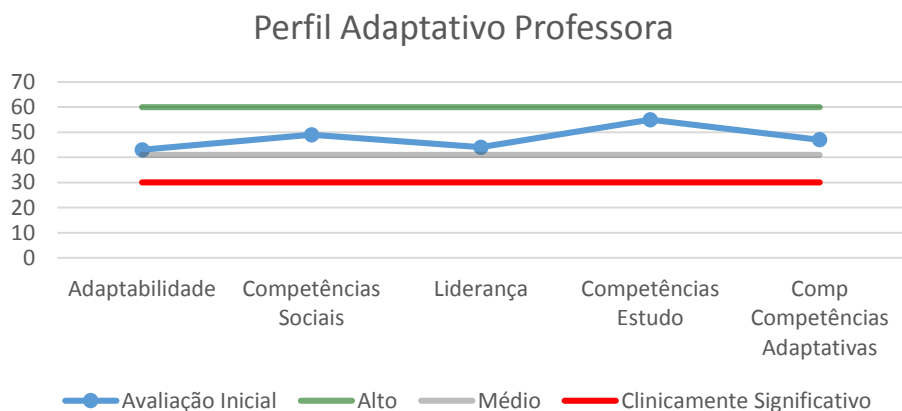


Figura 10 - Avaliação Inicial: Perfil Adaptativo Professora BASC

Finalmente, a escala preenchida pela professora (figura 10) revela também valores médios que não correspondem às dificuldades sinalizadas pelo próprio. Estas dificuldades parecem não ter manifestação nestes contextos, ou por outro lado podem revelar alguma falta de sensibilidade de ambos os contextos em relação a estas mesmas dificuldades.

4.3. Perfil intraindividual

O perfil intraindividual do João foi realizado com base em toda a informação recolhida durante a avaliação inicial, de cariz formal e informal. Desta forma, verifica-se que o João apresenta diversas dificuldades de base emocional que influenciam negativamente o modo como interage com o envolvimento. A aprendizagem social realizada durante o seu desenvolvimento seguiu um modelo de agressividade praticado no contexto familiar prejudicando-o de forma acentuada neste âmbito. Ao mesmo tempo que expressa toda esta hostilidade, é uma criança inibida no agir, praticando e interessando-se apenas no que lhe transmite maior segurança, revelando reduzida curiosidade e vontade de explorar e experimentar. Deste modo, a tabela 4 mostra as áreas fortes e áreas fracas observadas durante a avaliação inicial, como referido anteriormente.

Âmbito	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Socioemocional	<ul style="list-style-type: none">• Respeito pelas Regras e Limites na sessão• Capacidade empática para o adulto• Disponibilidade para aceitar sugestões do outro	<ul style="list-style-type: none">• Agressividade• Ansiedade• Autoestima• Desvalorização da imagem corporal• Autoconfiança• Relações interpessoais• Problemas de comportamento• Capacidade para tomar iniciativa• Espontaneidade• Criatividade
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none">• Competências Escolares• Linguagem Recetiva• Planificação da Ação• Memorização e sequencialização• Focalização e concentração	<ul style="list-style-type: none">• Capacidade de resolução de problemas• Procura de alternativas• Capacidade de antecipação de consequências• Tomada de decisão• Avaliação
Psicomotor	<ul style="list-style-type: none">• Praxia Global• Praxia Fina• Expressão Gráfica• Equilíbrio• Noção do corpo• Lateralidade	<ul style="list-style-type: none">• Hiperatividade• Impulsividade• Inibição

Tabela 4 - Perfil Individual do João

4.4. Planeamento da Intervenção

4.4.1. Objetivos de Intervenção

De acordo com o perfil intraindividual anteriormente elaborado, apresentam-se na tabela 5 os objetivos delineados, nos quais a intervenção terá o seu suporte.

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Âmbito Socioemocional	Aperfeiçoar os padrões de interação com os pares	Identificar e utilizar comportamentos assertivos
		Colocar-se na perspetiva do outro
	Valorizar a autoconfiança e o sentimento de eficácia	Avaliar pistas sociais
		Avaliar o contexto
Âmbito Cognitivo	Melhorar a capacidade de resolução de problemas	Identificar capacidades do próprio
		Avaliar a ação
	Melhorar as funções executivas relacionadas com o controlo inibitório	Ser capaz de antecipar ações
		Tomar iniciativa
Âmbito Psicomotor	Melhorar a consciencialização corporal e a modulação tónica	Identificar e diferenciar zonas corporais de maior e menor tensão
		Identificar sinais de ansiedade
	Desenvolver a capacidade criativa, espontaneidade e de expressão corporal e plástica	Aceder à descontração neuromuscular
		Propor atividades diferentes ou modificadas em relação às atividades realizadas anteriormente
		Expressar-se livre e espontaneamente
		Aceder à representação simbólica facilitando o acesso a conteúdos não verbalizados

Tabela 5 - Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico do João

4.4.2. Estratégias de Intervenção

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta as características específicas deste caso e que se preveem como sendo uma mais-valia durante o processo interventivo, nomeadamente:

- Utilização do reforço positivo e feedback interrogativo;
- Repetição e demonstração de ações e atividades;
- Valorização das atividade espontânea e criatividade;
- Terapeuta enquanto modelo social para a criança;
- Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão;
- Utilização de Role-plays;

- Proporcionar um ambiente seguro e de confiança;
- Intervenção inicial baseada nas áreas fortes com progressão às áreas menos fortes;
- Possibilitar diferentes formas de expressão;
- Proporcionar situações seguras e gratificantes promotoras da criatividade;
- Recurso à pedagogia de sucesso privilegiando um clima de aceitação;
- Valorizar a criança pelos seus êxitos e pelas suas capacidades afetivas, relacionais e criadoras;
- Proporcionar situações-problema que apelem à descoberta, ao pensamento divergente e à adaptabilidade ao envolvimento.

4.4.3. Atividades

A realização de atividades onde se incluem os jogos designados por instrumentais, pelo facto de constituírem um grande interesse por parte do João, adquiriram um importante papel no início das sessões que se prolongaram durante o acompanhamento como fonte de motivação e entusiasmo, onde sempre que possível se devem introduzir objetivos que se consideram necessários para um melhor desenvolvimento da criança.

Progressivamente foram introduzidas técnicas de Relaxação e Consciencialização Corporal, em que o método de relaxação para crianças de Jean Bergès e Marika Bounes foi selecionado por se considerar que seria o mais adequado tendo em conta as características do caso. A relaxação permite criar um espaço para o próprio corpo que permite atenuar a inibição, investir na própria capacidade de pensar, saindo da esfera materna e permitir-se conhecer e sonhar (Bounes, 2010). A relaxação está também indicada em crianças que apresentam sintomas de ansiedade, incluindo a ansiedade de separação (Bergès-Bounes, 2011), uma vez que o João apresenta alguns destes sintomas. No conjunto de indicações estão também incluídas crianças entre os oito e os 10 anos que apresentam um pensamento rígido que pode comprometer não apenas as aprendizagens escolares, como também as relações com os pares (Bergès-Bounes, 2011). A relaxação e a representação mental favorecem a separação maternal, promovendo a triangulação quando esta se encontra afetada (Bergès-Bounes et al., 2008). As técnicas de palpação e mobilização passiva inerentes ao método pretendem alcançar a segurança e prazer sentido através do diálogo tónico-emocional que se foi estabelecendo com a terapeuta. Neste sentido, e tendo em conta a necessidade de companhia durante a noite pela segurança que o toque e presença do outro conferem à sua realidade, considera-se que estas sejam estratégias que promovem um maior bem-estar associado a uma maior consciencialização de si e mentalização e conseqüente incremento da regulação de estados mentais e do comportamento. A imagem corporal é também um aspeto a trabalhar, dado excesso de peso do João e sendo este o principal motivo de gozo por parte das outras crianças, a relação emocional que foi estabelecendo com o seu corpo está longe de ser a desejável. Assim, através das técnicas de relaxação e consciencialização corporal e atividades de cariz motor pretende-se que o João adquira uma melhor relação com o seu corpo ao confrontar-se com as suas potencialidades, tal como no prazer sensoriomotor e no diálogo tónico emocional estabelecido com a terapeuta.

As atividades de expressão corporal e plástica propostas desde o início pretendiam promover a libertação do seu corpo e minimizar os comportamentos inibitórios por parte da criança tal como tinham como objetivo facilitar o acesso a conteúdos não verbalizados mas suscetíveis de serem representados simbolicamente, tal como Ferreira (2002) sugere. Segundo Martins (2001a), os movimentos realizados pelo indivíduo apresentam uma carga emocional positiva ou negativa, agradável ou desagradável, que são impressos na

memória e, deste modo, traçam o grau de investimento do próprio indivíduo na afirmação da sua identidade e no desenvolvimento de processos de interação social. Costa (2008) acrescenta que a psicomotricidade deve intervir de forma a fortalecer o *eu* através de atividades criativas e expressivas, fomentando a expressão da problemática afetiva e dos seus medos.

O treino de competências sociais e o jogo dramático assumiram uma grande importância na dramatização de situações e alternância de papéis de forma a experienciar situações antigas ou passíveis de acontecerem, desenvolvendo e refletindo conjuntamente acerca das próprias situações e estratégias que são suscetíveis de serem utilizadas em contextos reais. Desta forma, pretende-se desenvolver e melhorar competências que promovam a interação social de forma mais adequada, compreendendo a perspetiva do outro, refletindo sobre o que está a acontecer ao invés de agir impulsivamente. Para que tal se verifique, segundo Canha e Neves (2008), é necessário observar e interpretar as diferentes situações para que o indivíduo consiga apropriar-se das expectativas do outro e avaliar a sua resposta perante as ações que realiza. No entanto, as autoras enfatizam ainda o incremento das capacidades de planeamento e estratégias como aspetos relevantes na interação social, promovendo a avaliação de várias possibilidades de ação e optando pela mais adequada. Por último, mas não menos importante, as autoras acrescentam a importância do comportamento social e do contexto neste processo. O comportamento social engloba as ações do indivíduo contemplando a comunicação verbal e não-verbal, complementando-se entre si. A avaliação do contexto permite ao indivíduo enquadrar as suas ações, na medida em que estas devem ser adequadas de acordo com a situação momentânea. A importância da realização de atividades promotoras das competências sociais com crianças com perturbação do comportamento justificam-se pelo facto de estas estarem comprometidas devido à sua história e ambiente familiar que influencia negativamente a sua autoestima (Varela, 2006 in Moutinho, 2012). Este sentimento negativo de si terá certamente influência no interesse e prazer em relacionar-se com os outros.

As atividades propostas perspetivam a ideia de que um maior autoconhecimento e consciencialização de si a par de um maior controlo e regulação dos seus estados internos irão proporcionar avanços importantes em direção a uma melhor e mais adequada relação com os pares e com os adultos que compõem os seus contextos, tal como aumenta a confiança no próprio e o seu sentimento de eficácia. Tal como afirma Fonseca (2007), a psicomotricidade permite tornar consciente a informação proveniente de estados internos e a informação extracorporal, promovendo um diálogo consciente desta informação através do significado do movimento realizado e pela sua posterior integração. Canha e Neves (2007) acrescentam que é imperativo ter consciência das necessidades e interesses próprios e dos outros para se ser socialmente competente. As autoras acrescentam que a competência social é constituída por diversas componentes, sendo o conhecimento que se possui acerca do próprio indivíduo e dos que o rodeiam um ponto fulcral na interação com os outros.

Importa referir que as atividades descritas anteriormente são também mencionadas por Almeida et al. (2005) como sendo objetivos prioritários na intervenção com crianças com alterações do comportamento, nomeadamente a promoção da capacidade de mentalização e simbolização, reforçar a autoestima e reparar a falha narcísica.

4.4.4. Sessão Modelo

As sessões realizadas dividem-se em quatro momentos distintos. Após a entrada na sala procede-se a uma conversa inicial onde se pretende dar espaço à criança para falar sobre algo que considere importante. Frequentemente o que acontecia nesta fase era

a compreensão do estado geral da criança e que situações marcantes aconteceram desde a última sessão. Neste momento são também planejadas em conjunto as atividades a desenvolver durante a sessão. Num segundo momento são realizadas as atividades definidas anteriormente, sendo finalizadas com um momento de retorno à calma como preparação a última fase da sessão. Assim, na fase final realiza-se a atividade de relaxação baseada no método de relaxação para crianças descrito anteriormente.

No final da relaxação, a criança é convidada a refletir sobre as atividades realizadas durante a sessão, com especial ênfase nas atividades de relaxação. Desta forma, é proposto à criança que utilize para o efeito diferentes formas de expressão, expressão verbal ou plástica, através do desenho ou da moldagem de plasticina. Segundo Maximiano (2004), a expressão plástica promove o suporte à palavra, auxiliando na descrição verbal daquilo que foi vivido e sentido. De acordo com a mesma autora, a exteriorização facilita a tomada de consciência e a expressão verbal das sensações e emoções. Além do referido, Vecchiato (2003) afirma que, com crianças entre os oito e 11 anos, o terapeuta deve integrar nas sessões o desenho, o grafismo e o diálogo verbal, dadas as suas capacidades cognitivas nestas idades e possibilitando diferentes formas de comunicação.

No final de cada sessão, sempre que se justificasse, era cedido algum tempo aos pais para que revelassem as suas preocupações ou qualquer acontecimento que considerassem relevante. Este tempo concedido após as sessões é confirmado por Vidigal (2005a), acrescentando que o terapeuta deve apresentar uma postura empática e recetiva, favorecendo a emergência de preocupações e dificuldades sentidas pelos pais. O terapeuta deve também ajudar a compreender o impacto das atitudes dos pais, exigências e ansiedade no desenvolvimento da criança, sem julgar ou culpabilizar (Llinares & Rodríguez, 2003). De facto, as estratégias e tempo de escuta revelaram-se essenciais no desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança com a família, conduzindo a um maior sucesso da intervenção. Periodicamente, eram também marcadas reuniões com os pais, com e sem a criança, para promover a aliança terapêutica e melhorar as competências parentais. Nas reuniões com a criança, o papel da terapeuta era a de mediação entre os pais e a criança, uma vez que o diálogo era muitas vezes difícil de estabelecer pelas atitudes agressivas adotadas principalmente por parte da mãe e do João em resposta a esta. Nas reuniões sem a criança, eram pensadas estratégias em conjunto, refletindo sobre algumas atitudes parentais e procurando recursos para um melhor desempenho parental e ambiente familiar mais favorável.

4.4.5. Calendarização da Intervenção

Novembro-Dezembro	Janeiro-Maio	Maio-Junho
Avaliação Inicial	Jogos Instrumentais	Relaxação Terapêutica
Jogos Instrumentais	Relaxação Terapêutica	Treino de Competências Sociais
Relaxação Terapêutica	Treino de Competências Sociais	Expressão Corporal e Plástica
	Expressão Corporal e Plástica	Avaliação Final

Tabela 6 - Calendarização da Intervenção

4.5. Evolução Terapêutica

Relativamente à intervenção foram realizadas 28 sessões durante as quais se procedeu à avaliação informal e avaliação formal, em dois momentos distintos, inicial e final.

As sessões de psicomotricidade adquiriram periodicidade semanal e carácter individual, mantendo o acompanhamento em consultas de pedopsiquiatria, adquirindo este último um maior intervalo de tempo entre consultas. Tal como neste caso, as sessões individuais justificam-se quando se verifica a existência de um bloqueio relacional na criança, observando-se uma enorme necessidade de descoberta de sensações e dela própria (Rodrigues et al., 2001), e em casos em que existe inibição por parte da criança (Fonseca, 2006).

Na fase inicial, e como descrito anteriormente, a postura do João era reservada, não permitindo o seu acesso por parte da terapeuta. A observação do seu fâcies pouco expressivo associado a um discurso pouco espontâneo e as pernas agitadas deixavam transparecer um lado ansioso que não era possível esconder e um reduzido contacto ocular que revelava alguma timidez e inibição. Desta forma, Costa (2008) afirma que a intervenção psicomotora em crianças que revelam sinais de ansiedade, medos, timidez e inibição deverá fomentar o sentimento de segurança e confiança, melhorando a autonomia da criança, enfatizando a coragem e a capacidade para enfrentar as dificuldades, incentivando-a a alcançar novas conquistas. Também Emck (2004), abordando a temática da ansiedade nas crianças associada a traumas, refere que estas apresentam experiências corporais traumáticas e imagens corporais negativas, sendo que a intervenção psicomotora objetiva a melhoria da imagem corporal, a diminuição do tónus muscular e a estimulação de comportamentos espontâneos através do jogo. As situações de jogo nestas crianças devem cumprir a distância imposta pela criança, onde o terapeuta recorre a mediadores corporais, como a voz, o olhar ou o gesto, ou a materiais, com vista à redução desta distância concomitante com uma maior segurança e confiança no terapeuta.

O seu primeiro sorriso surge quando vê uma bola entre tantos outros objetos da sala, revelando desta forma o seu grande interesse. Importa referir que, ainda assim, o objeto preferido do João era a bola, escolhendo frequentemente realizar atividades que a incluíssem. Talvez a bola representasse um prazer sensório-motor associado à sua utilização, sendo um material macio que proporciona vivências agradáveis muitas vezes de carácter regressivo (Vecchiato, 2003). A bola pode assim representar um substituto simbólico de uma qualquer pessoa com a qual é possível estabelecer uma relação afetiva (Vecchiato, 2003), transmitindo segurança e reciprocidade na sua utilização.

A família era um tema de enorme sensibilidade. De facto, o João só começa a falar sobre a sua família após um mês de intervenção. Após este mês o João começa a expressar o seu sofrimento, a necessidade de fazer birras para conquistar a atenção da família, ainda que negativa. Este facto é confirmado por Llinares e Rodrigues (2003) quando apontam para a agressividade como um recurso comunicativo para chamar a atenção do adulto. E, segundo o próprio esta era a única forma de obter o olhar atento dos pais. Parecia não existir tempo de verdadeira qualidade com a família.

Assim, tornou-se imperiosa a descoberta da sua verdadeira identidade, do que estava atrás da sua máscara reservada mas agressiva.

Ao longo das sessões, percebe-se a existência uma grande fragilidade, uma autoestima reduzida resultado de um excesso de peso devido a um refúgio emocional nos alimentos e devido a uma antiga falha narcísica. Em casa, esta era a sua única fonte de prazer, entre as ameaças e castigos dos pais e uma atenção positiva apenas dirigida ao irmão, fazendo crer que o João seja um mau objeto e o irmão um bom objeto, em relação ao investimento parental. Os momentos mais prazerosos que o João vai descrevendo em casa são quando está a ver televisão ou a jogar algum jogo.

As queixas dos pais relativamente ao seu comportamento eram sistemáticas, expondo todas as suas críticas negativas à sua frente, enquanto os elogios eram realizados num sussurro como se de um segredo se tratasse. Posto isto, numa fase inicial, optou-se pela realização de atividades que fossem de encontro aos interesses da criança e, neste sentido, realizaram-se atividades motoras em que as suas capacidades eram valorizadas e superadas, demonstrando a eficácia das suas ações e reforçando, obviamente, a sua autoestima e sentimento de eficácia. Llinares e Rodríguez (2003), a este respeito, afirmam que nas sessões de psicomotricidade, a criança deve expressar-se tal como é, devendo-se sentir reconhecida pelo adulto sem qualquer emissão de juízos de valor. Este reconhecimento é transmitido pelo olhar atento, voz e atitude corporal do terapeuta, devolvendo à criança uma imagem positiva de si. O adulto representa assim um espelho da criança, onde esta se revê e se sente segura (Llinares & Rodríguez, 2003; Maximiano, 2004; Fonseca, 2007).

A sua fragilidade concretiza-se também na necessidade de companhia durante a noite, a necessidade de sentir o calor do contacto corporal do outro, do avô ou da mãe. Aqui, é possível verificar que o seu processo de individuação não foi realizado de forma eficaz e saudável. O João parece não aceitar a frustração de não poder possuir o total e definitivamente o corpo do adulto (Batista, 2008). Segundo Batista (2008), esta aceitação apenas se concretiza através de substituições simbólicas e da procura e descoberta de outras fontes de prazer. A mesma autora reforça que este novo local de prazer não seria o corpo do outro, mas um espaço comum de ação e comunicação. Desta forma, pretende-se recriar um espaço fusional simbólico que, à distância, enalteça o gesto, a palavra e os objetos como prolongamentos do corpo do outro, mediadores da comunicação (Batista, 2008). O João, inicialmente revelava uma enorme recusa em dormir sozinho, procurando desculpar-se com diversas situações de forma a evitá-lo. O João tinha uma grande dificuldade em verbalizar a natureza dos seus medos, dizendo apenas que “não gosto de estar sozinho à noite, gosto de saber que o avô ou a mãe estão ali ao pé de mim” (sic). Progressivamente, o João começou a dormir algumas noites sozinho, até finalmente se tornar numa rotina. Neste sentido, procurou-se que o João compreendesse a importância de ter o seu espaço e a sua privacidade, perspetivando a sua autonomia, tal como o aumento da autoconfiança para que se sinta mais seguro quando está sozinho durante a noite.

Relativamente aos pais, o João sente uma enorme angústia de abandono, uma grande ansiedade perante a sua possível perda, traduzindo-se num enorme receio em ficar sozinho em qualquer lugar, com exceção da casa e escola. Este medo terá surgido após o João se ter perdido num centro comercial e sucessivas “brincadeiras” por parte da mãe em que o deixava sozinho, aparecendo junto dele decorrido algum tempo. Este facto pode ser resultado de um processo de vinculação insegura ambivalente, onde a criança oscila entre movimentos de aproximação e evitamento da figura de vinculação pela sua inconsistência nas atitudes (Machado, 2009). Desta forma, a criança tem dificuldade em antecipar a sua reação e a sua presença não conforta a criança (Machado, 2009).

O afastamento do pai é evidente, tal como a rivalidade do João relativamente à luta pela conquista da mãe. O João tem a necessidade de a controlar e dar ordens, e até durante a noite quando dorme na cama do casal, ocupando o lugar do pai quando este não está presente. Na realidade, existia uma expulsão do pai da sua vida, fechava todas as portas perante a tentativa de acesso por parte deste. Na verdade, esta rejeição parece culminar na fase edípica, sem que se verifique a sua superação uma vez que o João detém poder e controlo sobre os pais. Em relação à mãe controla os seus horários, realizando vários telefonemas por dia questionando-a sobre onde e com quem está e dormindo na sua cama. Com o pai, o João não revelava qualquer reciprocidade nas conversas por ele iniciadas, nem em qualquer outra atividade. Esta situação é descrita por Ferreira (2002), onde a autora afirma que nestes casos a criança não vive o conflito com o seu rival edípiano

existindo uma confusão entre gerações que afirma a onipotência da criança. Assim, a criança não é mais a criança pequena e impotente, mas o homem que ocupa o lugar físico e psíquico do seu rival adulto. O quarto da criança é o espaço simbólico que representa então as frustrações e angústias da criança em relação aos seus medos e ao facto dos pais partilharem o mesmo quarto e cama. Este espaço deve ser um espaço de conflito interior, onde é possível a reconstituição narcísica, constituindo-se numa fonte de força e desejos próprios, indispensável em todas as etapas de desenvolvimento. Segundo a mesma autora, a permissão da presença do filho na cama do casal pode ser devido a uma culpabilidade dos pais pela sua falha afetiva durante o dia, no entanto devem assumir a função (frustrante) de colocar limites nos desejos onipotentes dos filhos.

A sua insegurança relativa a este corpo que rejeita era a sua superioridade perante as crianças mais novas, mais pequenas, onde aplicava o seu poder e a sua força. No fundo o modelo de interação que foi construído em casa, usando a violência contra as outras crianças e contra os adultos, pois foi o único modelo disponível durante a aprendizagem social e a forma de como se relacionar com os outros (Bandura, 1977). Dadds e Powell (1991 in Matos, 2005) corroboram a característica intergeracional da agressividade, confirmando a existência de uma correlação positiva entre a agressividade associada ao contexto familiar aos comportamentos agressivos da criança. Esta forma de (inter)agir perante os mais fracos foi também o modelo de interação a que o João anteriormente foi sujeito. Antes o João era o mais novo, o mais fraco, aquele que permitia que os outros alcançassem a sua superioridade através da agressão. A sua insegurança sobre o próprio corpo era apresentada aos outros como a sua principal fraqueza, constituindo-se um alvo fácil. Sendo assim, é proposto que nas sessões de psicomotricidade se desenvolvam e recriem situações que se aproximem àquela que é a sua realidade, possibilitando a emergência da reflexão e proporcionando estratégias que nunca antes foram disponibilizadas ao João. Neste caso, a família constitui-se como um modelo desajustado, utilizando de forma recorrente a ameaça, o que de acordo com Matos (2005), condiciona o desenvolvimento da autorregulação e a procura de estratégias adequadas na resolução de problemas. De facto, a família é o primeiro grupo social da criança, sendo que esta adquire competências sociais com base neste modelo e nas suas formas de interação (Fontana, 1988 in Matos, 2005). Importa salientar os jogos de dramatização que se constituem como atividades de particular importância em casos análogos ao apresentado, possibilitando a troca de papéis, onde estes diferentes papéis são vividos e sentidos (Costa, 2008). Nestas atividades, o riso e postura do João destacavam a vergonha de se expor de forma tão expressiva. O seu desinteresse e falta de disponibilidade inicial acabaram por se esbater a partir do momento que aquelas mesmas atividades adquiriram para ele um significado e, também, pela observação direta de resultados positivos aquando a aplicação das estratégias propostas. Desta forma pretendia-se assegurar uma maior capacidade de resolução de conflitos, maior sucesso na interação com os pares e que adotasse de forma progressiva e frequente comportamentos assertivos.

Na terceira sessão propõe-se ao João iniciar relaxação terapêutica, sugestão que aceita, porém é visível alguma dificuldade ao nível da disponibilidade e confiança. De facto, o riso acompanhava cada toque, existindo uma grande resistência em fechar os olhos, evidenciando a insegurança e necessidade de controlo exteroceptivo do espaço envolvente. Progressivamente observou-se um aumento expressivo relativamente à descontração neuromuscular, crescente aumento da confiança com uma maior capacidade em manter os olhos fechados. Inicialmente recorreu-se ao uso de objetos mediadores para não criar uma situação de invasão do seu espaço devido à timidez e inibição que ia demonstrando. Estes objetos eram sentidos como agradáveis antes de a aliança terapêutica e consequente sentimento de confiança estarem completamente estabelecidos. Neste sentido foi possível estabelecer de forma gradual um diálogo tónicoemocional, com menor recurso a objetos mediadores. De facto, Maximiano (2004) afirma que as vivências

corporais em relaxação podem ser mediadas através de objetos ou pelo toque do terapeuta. As estratégias utilizadas durante as atividades de relaxação tiveram como base o método de relaxação para crianças de Jean Bèrges e Marika Bounes, anteriormente descrito. No entanto, este método não foi utilizado na íntegra, considerando assim as características da criança e os aspetos e estratégias que permitiam aceder à descontração neuromuscular, eliminando desta forma tensões indesejáveis, resultando numa maior autorregulação devido a uma maior consciencialização de si próprio e de uma maior escuta interna.

Assim, era solicitado que se colocasse sobre o colchão em decúbito dorsal e permanecesse de olhos fechados ou abertos, conforme se sentisse mais confortável. Posteriormente era induzido um estado de calma, a respiração adotava um ritmo mais lento, concentrando-se desta forma no estado do seu corpo. De seguida, realiza-se a indução de uma imagem não-diretiva calma e tranquila, procedendo-se à palpação e nomeação dos elementos corporais, enfatizando um menor estado de tensão. A mobilização dos segmentos procedia a fase anterior onde se preconizava a sensação de peso associado a um abaixamento tónico. Para finalizar, solicitava-se que apagasse a imagem mental inicial e quando estivesse preparado poderia contrair fortemente as regiões corporais trabalhadas, espreguiçar-se e abrir os olhos. No final, a criança sentava-se no colchão e era solicitado que realizasse uma reflexão acerca do seu estado tónico-emocional antes e depois.

Inicialmente, não se verificavam grandes diferenças entre o seu estado inicial e final, no entanto melhorou de forma progressiva e consistente. De facto, o João salientou o prazer sentido, talvez pela segurança e conforto que o toque do outro transmite e significa na sua realidade insegura.

Ao longo da intervenção procedeu-se ao incentivo da realização das mesmas atividades em casa, as quais o João afirmava que não conseguia realizar sozinho. No entanto, devido à atitude agressiva por parte da mãe e ao afastamento do pai, não existia viabilidade para que os progenitores colaborassem nesta tarefa. Deste modo, foi introduzida a indução verbal de uma imagem que se pretendia tranquila para que esta imagem fosse utilizada de forma autónoma preconizando o alcance de um estado de calma em casa. A observação permitiu comprovar os dados transmitidos pelo João através de desenhos, moldagem da plasticina ou pela verbalização. O João descrevia um bem-estar geral com maior tranquilidade, e que se comprovava também na interação com o progenitor que o aguardava na sala de espera, adotando comportamentos menos impulsivos e mais assertivos, isto é, com menor agressividade. Desta forma, é possível comprovar a eficácia da relaxação, e especificamente das estratégias utilizadas, na regulação de estados tónicos e emocionais do João.

Inicialmente, os jogos eram meramente funcionais, tratava-se apenas de ganhar ou perder, associando uma impulsividade de agir, de uma agressividade contida que se expressava na força exercida sobre a bola. Não existia espaço para outras possibilidades ou exploração. Este facto é comprovado por Damásio (2011) ao afirmar que a tristeza está associada a um modo cognitivo que conduz a uma evocação lenta das imagens, inferências mais limitadas e pouco eficientes. Nestes estados, existe uma concentração excessiva nas mesmas imagens, nomeadamente naquelas que desencadearam a reação emocional negativa. De facto, o estado cognitivo prevalente nestes indivíduos leva a um bloqueio da ação exploratória e inibição motora. Ao longo das sessões foi proposto ao João que tomasse mais a iniciativa através da sugestão de atividades e utilizasse diferentes materiais/objetos. A capacidade de iniciativa pressupõe a autonomia e segurança da criança (Llinares & Rodríguez, 2003). Neste sentido, os autores preconizam que a reduzida capacidade de iniciativa pode estar associada a uma dificuldade ao nível da criatividade, perturbada pelas relações familiares e escolares que frequentemente conduzem a um sentimento de incapacidade. Assim, o terapeuta deve enriquecer de forma criativa os

diferentes contextos lúdicos, conduzindo ao êxito. Os materiais constituíam mediadores que promoviam a libertação de tensões, resultando na expulsão de uma agressividade contida, não verbalizada. As crianças que apresentam sinais de ansiedade, medos, timidez e inibição demonstram ser pouco autônomas e revelam uma baixa tolerância à frustração (Costa, 2008). Neste sentido, atentando no facto de que a agressividade é uma reação natural às frustrações (Lièvre & Staes, 2012), e portanto, enquanto não for possível a sua mentalização por parte da criança, esta deve adquirir outras formas de expressão que não resultem em danos para o próprio ou para os que o rodeiam. Desta forma, sugeriu-se que o João realizasse determinadas ações sobre os objetos com um objetivo determinado (e.g. acertar num alvo) com bastante força e posteriormente com menor força, para que progressivamente se pudesse diminuir a necessidade de ser agressivo passando ao ato num momento impulsivo (Lièvre & Staes, 2012). No entanto, existia a possibilidade de expressar a sua frustração sem qualquer objetivo traçado, permitindo apenas a descarga de tensões para uma posterior maior disponibilidade para as restantes atividades da sessão. Neste caso, a bola continuava a ser o objeto preferido, manifestando a sua agressividade através da força aplicada, mantendo a relação afetiva forte e positiva com a terapeuta, uma vez que nunca apresentou quaisquer sinais de heteroagressividade.

Surge então a necessidade de criar um projeto a dois, um projeto expressivo onde o corpo revela liberdade e vontade em expressar-se. Desta forma, elaborou-se uma lista de músicas em conjunto e, em cada sessão, são escolhidas duas ou três músicas e a forma como vão ser utilizadas. Assim, é possível atingir um prazer sensorio-motor conseguido pela vivência corporal do significado de cada música e ação realizada. Na realidade, estas atividades permitem ultrapassar situações de inibição e isolamento, regular estados de tensão e incrementar a criatividade. Progressivamente, o João libertou-se da prisão que era o seu corpo e aceita novas possibilidades de ação que lhe são propostas até que é o próprio que valoriza a necessidade de fazer de forma diferente, de se utilizarem novos objetos e sentir novos estímulos e sensações. Tal como afirma Costa (2008), deve-se preconizar a utilização de diferentes formas de expressão, verbal, gestual, mímica, gráfica e plástica. Além de que a música em psicomotricidade favorece as atividades motoras, a expressão corporal e plástica, bem como a improvisação (Aragón, 2007). Importa referir que os pais frequentaram um grupo de pais orientado por uma das psicólogas do serviço. Neste grupo, o objetivo era promover a expressão de medos e preocupações, colocar dúvidas e recolher informação acerca dos respetivos casos para uma melhor compreensão. Este método de intervenção permite diminuir a ansiedade dos pais relativamente à problemática dos filhos e permite desenvolver sentimentos e emoções mais positivas que facilitam a relação entre pais e filhos.

4.6. Resultados e Comparação da Avaliação Inicial e Avaliação Final

A análise aos objetivos específicos alcançados permite concluir que estes foram alcançados com satisfação, uma vez que cerca de 81% de objetivos foram adquiridos.

Os objetivos que se consideraram adquiridos foram observados de forma consistente ao longo de diferentes sessões sequenciais. Os objetivos classificados como emergentes referem-se a comportamentos observados de forma inconstante. Importa salientar que não se verificaram objetivos específicos não adquiridos.

Sendo assim, consideram-se como adquiridos 13 (81%) objetivos específicos e 3 (19%) emergentes, num total de 16 delineados. Os objetivos considerados emergentes têm que ver com uma dificuldade ainda presente em colocar-se na perspetiva do outro, identificar sinais de ansiedade, em identificar e diferenciar zonas corporais de maior tensão.

De seguida são apresentados os resultados finais da avaliação, bem como a sua comparação com a avaliação inicial.

4.6.1. BPM

A comparação da avaliação inicial e final em relação ao fator tonicidade revelam melhorias, ainda que inicialmente se verificasse um valor que sugere uma adequada organização tónica. Na figura 11 estão assinaladas as diferenças na pontuação obtida.

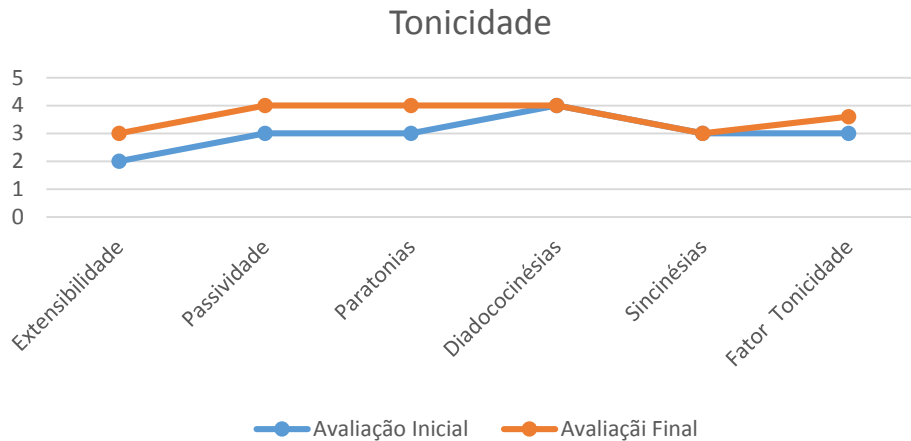


Figura 11 - Comparação da Avaliação Inicial e Final BPM

No que concerne à extensibilidade verificam-se melhorias relativas à resistência registada na avaliação inicial, revelando menos sinais de esforço. Nas tarefas relacionadas com a passividade mantem um adequado acesso à descontração neuromuscular proximal e distal. Nas tarefas subjacentes à paratonia observa-se um grau adequado de liberdade motora e descontração voluntária, sem evidenciar sinais iniciais de resistência, como tinha sido verificado anteriormente. Relativamente às tarefas relacionadas com as diadococinésias, o João mantém movimentos harmoniosos e coordenados. Em último lugar, mantem ligeiras sincinésias bucais.

4.6.2. DAP

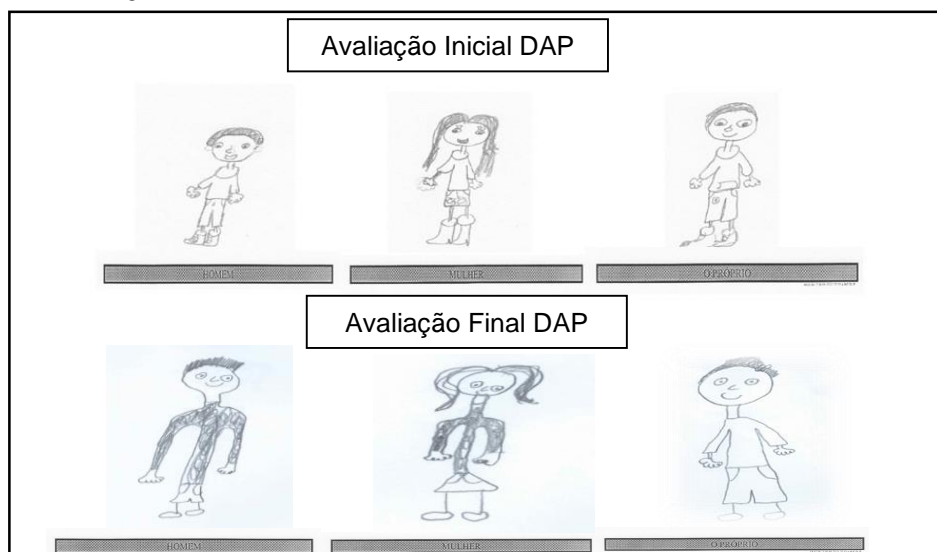


Figura 12 - Comparação Avaliação Inicial e Final DAP

Desenho	Valores Brutos		Valores Standard		Percentil		Classificação	
	Avaliação Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Homem	51	44	116	102	86	55	Acima da Média	Média
Mulher	43	37	102	90	55	25	Média	Média
Próprio	44	42	103	98	58	45	Média	Média
Total	138	123	108	96	70	99	Média	Média

Tabela 7 – Comparação dos Resultados do DAP na Avaliação Inicial e Final

Relativamente ao DAP, através da tabela 7, verifica-se um ligeiro decréscimo nas pontuações finais que parece ser fruto de um menor investimento na tarefa. Importa salientar que o João realizou cada desenho da avaliação final em cerca de um minuto, mesmo dando as instruções de administração do teste e desvalorizando o tempo de duração da tarefa. Quando comparado o tempo investido pela criança na tarefa nos dois momentos de avaliação, sendo que na avaliação inicial demorou cerca de quatro minutos em cada desenho, é notório um menor empenho que parece ser explicado pelo facto de a atividade em questão constituir uma atividade de menor interesse para a criança, tendo em conta que os seus interesses atuais se situam no nível sensório-motor.

De acordo com Sousa (2001), a partir dos nove anos começa a existir uma grande riqueza de pormenores e, de facto, O João demonstra ter uma adequada noção de corpo representando vários desenhos investidos, ricos em pormenores como se pode constatar na figura 12. Contudo, embora seja notória a diminuição da presença de detalhes, existem apreciações qualitativas que devem ser tidas em conta como um aumento da dimensão dos desenhos, uma expressão aparentemente mais adulta e maior preocupação em realizar o desenho das mãos mais aproximado à realidade. No entanto, considerando toda a informação acima apresentada, os resultados obtidos neste instrumento por si só não parecem constituir um agravamento relativamente aos aspetos relativos à somatognosia, uma vez que o João demonstrou anteriormente ter esta capacidade intacta e adequada à sua faixa etária.

4.6.3. BASC

Neste ponto serão apresentados os gráficos que apresentam os resultados obtidos nos inquéritos preenchidos pelos pais, professora e pela criança.

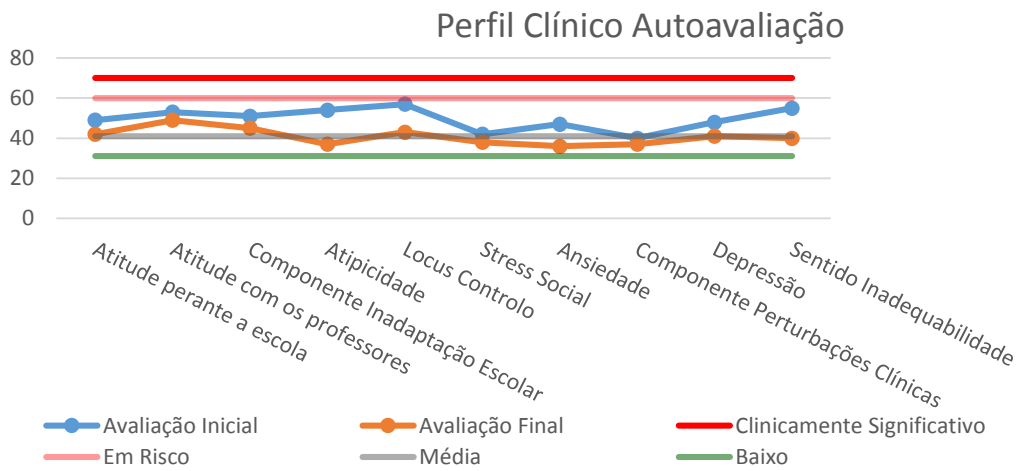


Figura 13 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Clínico Autoavaliação BASC

O gráfico da figura 13 apresenta a comparação entre a avaliação inicial e final na escala de autoavaliação. Neste sentido importa salientar a melhoria acentuada em todas as subescalas revelada pela diminuição das pontuações obtidas.

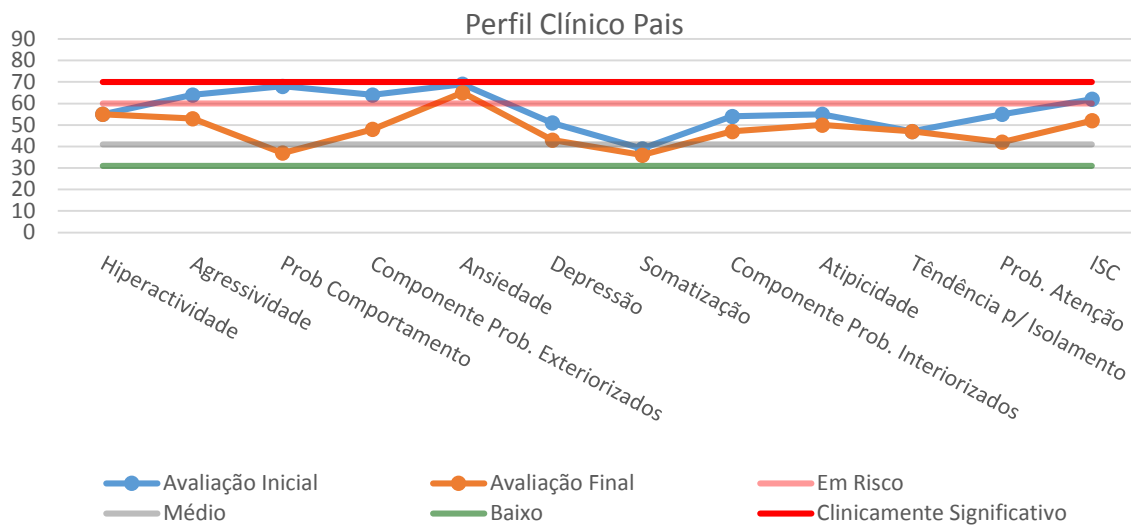


Figura 14- Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Clínico Pais BASC

O perfil clínico resultante da avaliação final realizada pelos pais demonstra, em concordância com o perfil clínico relativo à autoavaliação, uma melhoria global com maior expressão ao nível da agressividade, problemas de comportamento e problemas de atenção. Embora sejam resultados favoráveis, importa referir que as melhorias registadas ao nível das várias componentes dos problemas exteriorizados não se verificou tão acentuada, tendo em conta as queixas comportamentais que os pais foram trazendo ao longo de toda a intervenção. Ainda assim, esta melhoria é corroborada na prática terapêutica.

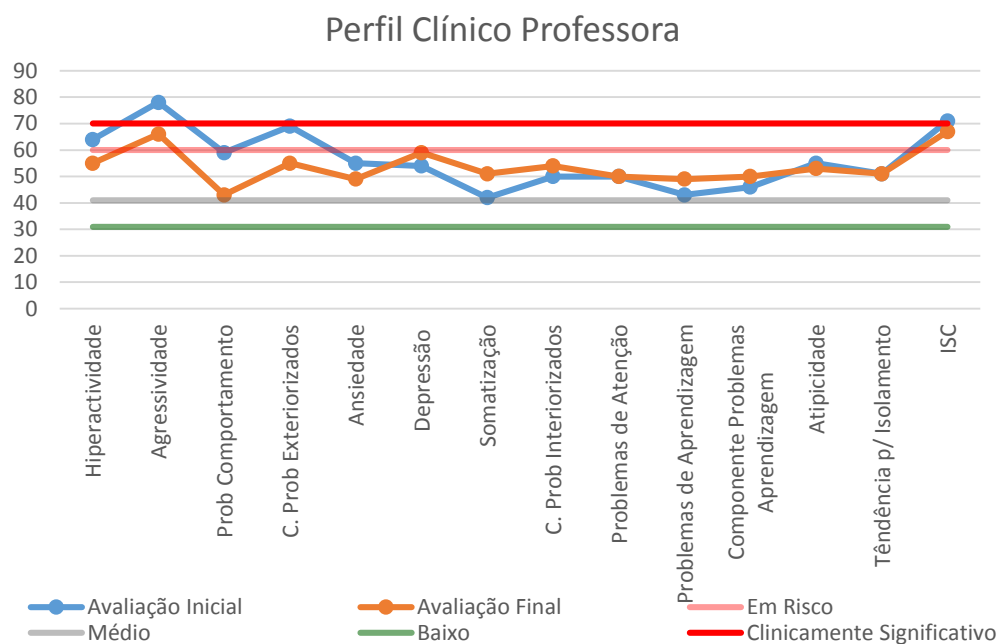


Figura 15 – Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Clínico Professora BASC

O gráfico acima apresentado (figura 15) sugere uma melhoria acentuada nas diversas componentes dos problemas externalizados, embora sejam registados valores elevados no que se refere à agressividade. Nesta subescala, a professora indica que o João culpa, critica e dá ordens frequentemente aos outros. No entanto, enfatiza uma subida dos valores em subescalas dos problemas internalizados, nomeadamente na depressão e somatização. Relativamente à subescala da somatização, a professora salienta que o João sente frequentemente calor. Quanto à subescala da depressão, a professora aponta que o João, refere frequentemente que não tem amigos, ocasionalmente que ninguém o compreende e por vezes fica amuado por longos períodos de tempo quando a sua atividade preferida é cancelada. Estes dados podem sugerir a supressão de um quadro agido em prol de um quadro internalizado, mas ainda assim onde parecem existir escassos sinais de mentalização dos conflitos.

Posto isto, relativamente ao perfil clínico elaborado com referência aos inquéritos preenchidos relativos à BASC, os pais e a professora revelam concordância relativamente a melhorias mais expressivas ao nível dos comportamentos de externalização. No entanto, a professora revela valores mais elevados relativamente a comportamentos agressivos por parte do João. Importa salientar que após o período de intervenção e através de um contacto telefónico realizado, a professora referiu que o comportamento do João melhorou de forma acentuada, tratando-se de um “aluno exemplar” (sic). A subescala da ansiedade é mais elevada no questionário preenchido pelos pais e, segundo a professora, a subescala depressão adquire os valores mais altos. Ainda relativamente à componente da somatização existe uma enorme discrepância nos dois contextos, sendo mais elevada na escola comparativamente ao contexto casa.

Os gráficos relativos aos perfis adaptativos referentes aos diferentes contextos são apresentados de seguida.

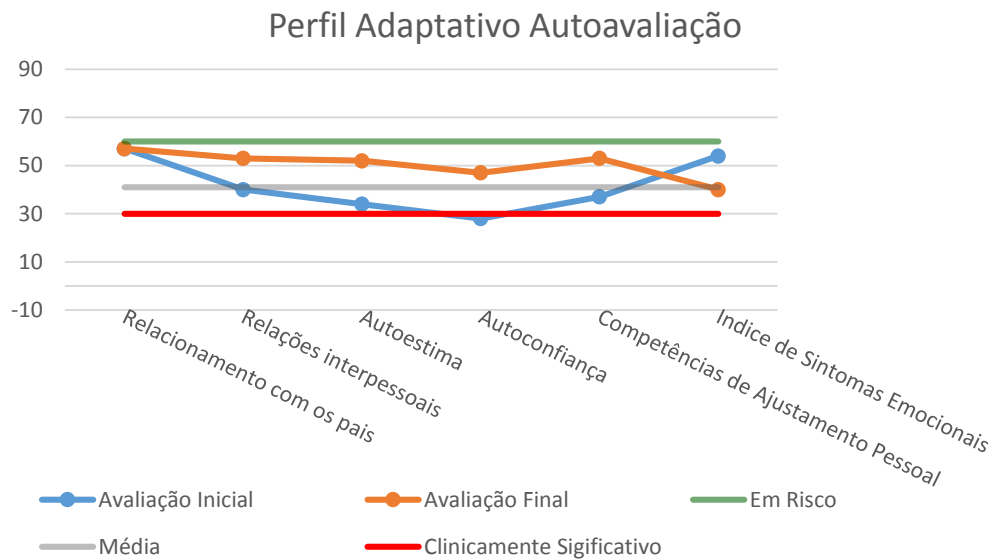


Figura 16 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Adaptativo AAV BASC

A figura 18 demonstra melhorias associadas à adaptabilidade e liderança em contexto escolar, observando-se assim um ligeiro aumento na componente das competências adaptativas. A Professora aponta melhorias nos itens relacionados com adaptação à mudança na sua rotina, ser um bom desportista, parecer ficar contrariado ao ter de dar o seu melhor e estabelecer ligações entre tarefas.

No que respeita ao perfil adaptativo da escala de autoavaliação, este sugere melhorias expressivas nas diferentes subescalas, com maior ênfase na autoestima e autoconfiança. No entanto a subescala referente ao relacionamento com os pais mantém os valores elevados. Neste sentido, parecem existir mecanismos de proteção e defesa em relação à família, nomeadamente aos pais, uma vez que a observação em contexto terapêutico sugere conflitos marcados na relação do João com os pais, predominando um padrão de interação agressivo mas ambivalente, oscilando entre a afetividade e a tristeza, passando por momentos de indiferença.

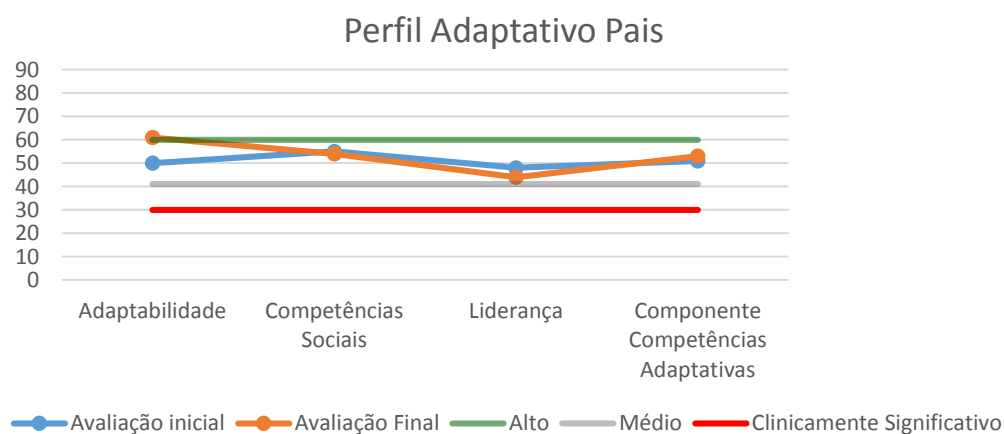


Figura 17 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Adaptativo Pais BASC

De acordo com o gráfico da figura 17 é possível verificar uma melhoria global na componente relativa às competências adaptativas. No entanto, o gráfico demonstra ligeiros decréscimos nas competências sociais e na liderança. Na verdade, e a avaliar pela prática clínica, não parece ter existido um real agravamento destas competências mas uma maior sensibilidade parental para estas questões. Importa salientar o aumento registado nas competências que se referem à adaptabilidade.

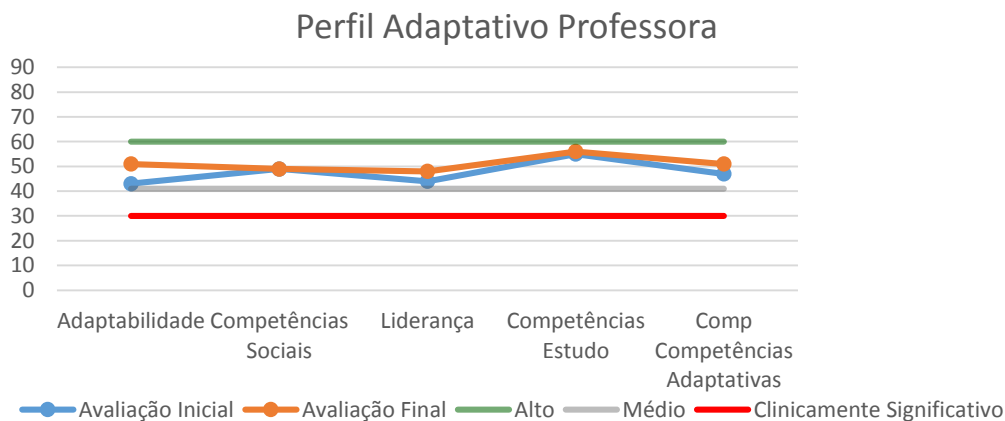


Figura 18 - Comparação Avaliação Inicial e Final: Perfil Adaptativo Professora BASC

O inquérito de autoavaliação revela um aumento bastante acentuado relativamente à maioria das subescalas afetas ao perfil adaptativo. Quanto ao perfil clínico, existe a percepção de melhoria geral, com maior expressão nas subescalas da atipicidade, locus de controlo e ansiedade. Posto isto, no perfil adaptativo o índice de sintomas emocionais diminui de forma acentuada, com exceção do relacionamento com os pais que mantém o valor inicial.

O perfil adaptativo revela melhorias mais expressivas nas questões associadas à adaptabilidade em ambos os contextos.

Em termos gerais, o questionário preenchido pela professora revela resultados superiores em todas as componentes, ao invés, o dos pais apresentam apenas ligeiras melhorias com ligeira redução na capacidade de liderança e competências sociais.

De acordo com a observação formal e informal obtida durante as intervenções, médica e psicomotora, verifica-se que existiram melhorias acentuadas relativamente às áreas comportamental e adaptativa. Desta forma enfatiza-se um maior controlo da impulsividade, maior intencionalidade e antecipação da ação, associados a uma maior libertação do movimento e do próprio corpo que permitiu o incremento do processo criativo.

4.7. Conclusões e recomendações para o projeto Terapêutico

Após o período de intervenção descrito anteriormente, verifica-se uma evolução positiva a nível socioemocional, cognitivo e psicomotor.

Tal como a literatura aponta verifica-se a importância da realização de atividades de expressão corporal e relaxação na estimulação da comunicação e expressão simbólica como facilitadoras da expressão de conflitos internos em crianças com perturbação do comportamento (Galamba et al., 2005). Salienta-se ainda a importância do terapeuta ser percebido como figura de referência, agindo como elemento de contenção e transformação do sofrimento da criança. Neste âmbito, Moutinho (2012) afirma que a intervenção psicomotora em crianças com perturbação do comportamento devem

favorecer o movimento espontâneo através do jogo e pela expressão, num ambiente seguro e contendor. A autora acrescenta que desta forma “as crianças aprendem a transformar as sensações, ações e afetos em pensamentos, projetos e palavras” (p.45).

Posto isto, compreende-se a necessidade de o terapeuta adotar o papel de modelo social e promotor da criatividade, perspetivando a libertação do corpo da criança, dos seus movimentos, da sua preocupação constante em ser reprimido, do medo de agir sobre os objetos. Nestes casos deve ser procurada uma sintonia afetiva para que a criança progressivamente se sinta mais confortável, participando mais ativamente e com maior entusiasmo (Costa, 2008). Neste sentido, é frequente verificar-se uma reduzida capacidade criativa e espontânea, de tal forma que as crianças parecem ficar bloqueadas perante situações novas em que é necessário inovar (Costa, 2008). Lièvre e Staes (2012) acrescentam que apenas num ambiente no qual a criança se sente segura esta conseguirá lidar mais adequadamente com momentos e situações inesperados. O papel do terapeuta consiste em desbloquear e valorizar toda a atividade da criança de modo a que se sinta confiante e com capacidade para responder de forma segura às solicitações externas.

Tal como é corroborado por Costa (2008), nestas crianças o mais importante é desenvolver a autonomia afetiva, incrementar a expressão livre dos afetos e promover a expressão da agressividade de forma simbólica, bem como melhorar a expressão não-verbal de fantasias e sentimentos. Desta forma, a relação afetiva forte e positiva com a terapeuta foi sendo consolidada e revelou que o João tem a capacidade de estabelecer relações sociais positivas quando existe aceitação e confiança por parte do outro, promovendo a sua segurança na relação.

Em relação ao trabalho desenvolvido com os pais verificaram-se melhorias na relação com o filho, pela maior disponibilidade e interações mais positivas, tal como no incremento do tempo de qualidade que passam juntos. No entanto, estas melhorias possuem um carácter cíclico e os pais associam os problemas exclusivamente ao filho, não se colocando em causa relativamente às práticas parentais que utilizam.

O carácter individual da intervenção realizada permitiu o reforço narcísico e a valorização de toda a atividade criativa e espontânea do João criando um ambiente contendor e seguro, onde se sentisse livre para expressar os seus sentimentos e as suas frustrações. Neste caso, este tipo de intervenção foi fundamental no desenvolvimento da criança para que, através das experiências vividas e do aumento da sua autoestima, competências sociais e mentalização fosse possível prosseguir a intervenção para que o João integrasse o grupo, sendo este um dos grandes objetivos iniciais.

Importa garantir o apoio ao João durante a transição de ciclo e preconiza-se a continuação do acompanhamento como suporte às competências trabalhadas e adquiridas. A integração de um grupo terapêutico de forma a aplicar e promover as suas competências ao nível da interação social com os pares de uma forma mais eficaz e real, tal como ultrapassar possíveis situações de inibição. Assim, é possível compreender e avaliar de forma mais direta as estratégias utilizadas pelo João na interação com outras crianças, observando a forma como é canalizada a agressividade e a superação de potenciais conflitos perante situações inesperadas ocorridas em contexto terapêutico. Tendo como referência Moutinho (2011), o grupo terapêutico será para a criança sinónimo de pertença a um grupo, onde a promoção da interação social, a reflexão grupal e cooperação é facilitada e o empenho da criança aumenta no sentido do respeito pelas regras sociais e regulação da sua agressividade. O testemunho do grupo acerca das capacidades da criança, é para Onofre (2004), um importante aspeto na evolução terapêutica da criança, sendo o grupo uma fonte de reforço na melhoria do comportamento.

A valorização da atividade espontânea deve continuar a ser um foco da terapia, na medida em que, segundo Vecchiato (2003), permite a expressão autêntica da criança, demonstrando a sua personalidade e evidência as problemáticas que a acompanham.

As técnicas de relaxação, pelos seus benefícios ao nível da autorregulação e mentalização de processos internos e externos com resultados positivos já comprovados na intervenção com o João, devem constituir uma prioridade ao longo da intervenção. No entanto sugere-se uma alteração da técnica utilizada visto o João estar a entrar no período da pré-adolescência, onde as técnicas de palpação e mobilização segmentar poderão ter um impacto contrário ao esperado, provocando alguns constrangimentos. Deste modo, a minha sugestão recai sobre o método de relaxação progressiva de Jacobson. O objetivo deste método consiste em dotar o sujeito da capacidade para relaxar recorrendo a exercícios de (des)contração de diferentes grupos musculares (Aragón, 2007). Este método suporta alguma continuidade relativamente à mobilização segmentar e apresenta a vantagem de poder ser reproduzido noutros contextos sem a dependência de outra pessoa. O método em causa pretende diminuir a irritabilidade reflexa, promover a evolução de um estado de repouso e de calma mantida de forma automática, promover a capacidade de resolver de forma eficiente e controlada problemas inesperados geradores de stresse, facilitando o equilíbrio pessoal e a descoberta de capacidades corporais e relacionais.

O acompanhamento aos pais deve ser mantido de uma forma regular devido às suas dificuldades de interação com o filho que resultam num grande sofrimento para todos os elementos. De facto, são pais cuja capacidade afetiva está alterada, recorrendo muitas vezes a estratégias agressivas como forma de punição. Neste sentido, deve ser dada continuação ao trabalho realizado neste âmbito de forma a facultar e incentivar os pais a utilizarem estratégias mais adequadas, como o reforço positivo das capacidades e ações da criança, promover um maior tempo de qualidade de interação entre os vários elementos da família nuclear e promover uma maior compreensão das necessidades reais da criança para que correspondam de uma forma mais eficaz.

Desta forma, todo o processo de intervenção realizado seria continuado, prevendo-se enormes benefícios para o seu desenvolvimento.

5. Atividades Complementares de Formação

5.1. Atividade formativa no âmbito do núcleo de estágio

As reuniões do núcleo de estágio decorreram à segunda-feira durante o ano letivo 2012/2013. Neste âmbito foram apresentados trabalhos sobre diversos temas, tendo em conta as necessidades de cada aluna. A apresentação de estudos de caso acompanhados no local de estágio e a partilha de experiências e reflexão conjunta foram também abordadas nestas reuniões.

Entre os vários momentos vividos no núcleo de estágio salientam-se a apresentação e discussão dos seguintes temas:

- “Estádios de desenvolvimento e patologias associadas”;
- “Violência Interparental” por uma colega do núcleo de estágio;
- Estudo de caso de uma criança com 9 anos com Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções;
- Estudo de caso de uma criança de 5 anos com Perturbação da Oposição e Perturbação Mista do Comportamento e das Emoções;
- Estudo de caso de uma criança com 8 anos com Perturbação Reativa da Vinculação;
- Estudos de caso apresentados por colegas do núcleo de estágio;
- Critérios e normas de aplicação da Grelha de Observação Comportamental;
- Elaboração de um artigo sobre violência (ainda não terminado);

- Dúvidas acerca de questões levantadas durante a realização das atividades no local de estágio.

As atividades desenvolvidas durante as reuniões do núcleo de estágio permitiram a partilha de conhecimentos e experiências entre as estagiárias e com o próprio orientador, revelando-se como fulcrais na tomada de consciência das ações do próprio e uma reflexão acerca das experiências que ali era contadas. O desenvolvimento do pensamento reflexivo foi uma constante, beneficiando o pensamento divergente e a procura incessante de novas soluções e oportunidades. As dificuldades partilhadas eram atentamente escutadas por todos os elementos, sendo que cada um tinha sempre algo a dizer e a acrescentar. As apresentações realizadas permitiram a emergência de reflexões sobre os mais diversificados temas, tal como adquirir uma maior segurança no trabalho a desenvolver com as crianças que acompanhava, bem como na troca de experiências com outros profissionais.

5.2. Formação interna do SPSMIA

As reuniões de equipa do SPSMIA foram sem dúvida momentos de grande aprendizagem e reflexão. De facto, tal como afirma Costa (2008), estas reuniões constituíram-se como um eixo e um suporte para todos os profissionais e para os alunos que tanto aprendem com a experiência e mérito concedido a todos os elementos constituintes. As reuniões semanais permitiram constatar a importância da troca de experiências, perspetivas de diferentes pessoas e áreas de intervenção. No decorrer do estágio foram inúmeras as reuniões onde se debateram casos clínicos, diagnósticos e medidas de intervenção mais ajustadas a cada caso.

Nestas reuniões foi também possível assistir a apresentações de casos realizados pelos profissionais que compõem a equipa, exposição de pósteres e casos pelas internas de pedopsiquiatria e ainda apresentações elaboradas pelos alunos do 6º ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Mensalmente são realizadas reuniões com o Serviço de Neuropediatria do HSFJ sendo possível assistir à discussão de casos comuns a ambos os serviços, constituindo-se em verdadeiros momentos de partilha de saberes fundamentais para a compreensão dos casos discutidos.

De forma análoga às reuniões com o Serviço de Neuropediatria ocorriam também com periodicidade mensal reuniões com o Serviço de Pediatria do Desenvolvimento do HSFJ. O objetivo e ordem de trabalhos das reuniões mencionadas aconteciam de forma semelhante ao referido com o serviço de Neuropediatria.

Durante o estágio foi também possível assistir de perto ao trabalho realizado por outros profissionais, nomeadamente assistindo a consultas médicas da especialidade realizada pelas internas, mas especificamente a primeiras consultas. Nestas situações, observava como sujeito passivo as consultas mas após a sua conclusão existia a possibilidade de refletir e discutir em conjunto com a pedopsiquiatra o que havia sucedido na consulta.

As discussões regulares com os diferentes profissionais acerca de experiências e conhecimentos decorrentes da prática profissional foram também um elemento importante na minha formação no SPSMIA.

5.3. Formação externa proporcionada pelo SPSMIA e pelo HSFJ

Relativamente à formação externa proporcionada pelo SPSMIA, esta revelou-se fundamental para a compreensão da articulação do serviço com outras estruturas da comunidade e do próprio hospital.

Neste sentido foi possível assistir e participar em reuniões realizadas nas escolas sobre casos acompanhados no serviço. Estas reuniões tinham como principal objetivo definir o plano pedagógico-terapêutico englobando a perspectiva de todos os técnicos afetos ao caso, delineando uma intervenção mais completa em casos específicos.

Importa referir a participação na formação no serviço de Consultas Externas do HSFx sobre “Comportamentos no sono e na alimentação na criança dos 0 aos 3 anos” realizada pela enfermeira especialista do SPSMIA, na qual foi possível ter um papel ativo na partilha de experiências e informações.

5.4. Apresentações e Publicações em Congressos

- Martins, R.; Santos, A.; Periquito, F. & Fonseca, A. (2013). Psicomotricidade e Violência: Fundamentos e Resposta Terapêutica. Comunicação Oral apresentada no I Congresso sobre Comportamentos de Saúde Infanto-juvenis, Viseu, Portugal.
- Martins, R.; Santos, A.; Periquito, F. & Fonseca, A. (2013). Psicomotricidade e Violência: Fundamentos e Resposta Terapêutica. Atención Primaria. Vol. 45, Especial Congreso I, p.97.
- Periquito, F.; Teixeira, R.; Martins, R. & Martins, L. (2014, março). Saúde Mental Infantil – Um estudo de Caso. Poster apresentado nas Jornadas Internacionais de Psicomotricidade, Évora, Portugal.

A apresentação pública da comunicação, oportunidade aproveitada pelas estagiárias, revelou-se um desafio muito interessante do ponto de vista pessoal e profissional. A expectativa era enorme mas algum receio relativamente à apresentação ao público era sentido. No entanto, o simulacro realizado no contexto das reuniões de núcleo de estágio foi um momento importante como reforço da segurança e dos conhecimentos que iriam ser expostos.

A publicação do póster é uma excelente oportunidade para divulgar o trabalho desenvolvido em psicomotricidade, evocando as principais técnicas e estratégias utilizadas em função das características das crianças e família envolvidas terapêuticamente. É um momento importante de discussão e reflexão com outros profissionais acerca de todo o trabalho desenvolvido.

5.5. Conferências, Congressos e Formações

- Participação no I Congresso sobre Comportamentos de Saúde Infanto-juvenis.
- Participação nas III Jornadas do Centro de Desenvolvimento Infantil Estimulopraxis “Investigação e Intervenção nas Perturbações do Desenvolvimento”
- Participação na VII Conferência da Associação Portuguesa de Psicoterapia Emocional – Psicoterapia Bonding – “Contributos de Coimbra de Matos para a Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise”
- Participação na Conferência Internacional Valuing Baby and Family Passion Towards a Science of Happiness
- Participação no seminário “O Impacto da Crise nas Crianças e Jovens: Deficiência, Doença, Divórcio, desemprego” realizado pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lisboa Ocidental
- Participação na Conferência “João dos Santos no século XXI: Saúde, Educação, Cultura, Sociedade
- Formação “Autismo, hoje” acerca de práticas terapêuticas com crianças com PEA, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

IV. Dificuldades e Limitações

As principais dificuldades sentidas durante o estágio relacionaram-se com o facto de possuir uma reduzida experiência de intervenção com crianças. Este facto inicialmente constituiu-se numa limitação ao nível da relação entre conceitos teóricos e a sua aplicação na prática. No entanto, provocou uma maior iniciativa na procura de nova informação e a revisão de conteúdos lecionados durante a licenciatura e mestrado de forma a desempenhar melhor a minha função enquanto terapeuta. A procura de estudos de caso já realizados tal como a elaboração de questões aos orientadores e aos restantes profissionais da equipa foram também uma importante fonte de informação. Torna-se também relevante compreender o processo de desenvolvimento de crianças saudáveis de forma a guiar o processo de intervenção.

Em relação à prática e suas condições, o fraco isolamento de som da sala por vezes constituiu um entrave em diversas sessões pelo ruído realizado na sala de espera que prejudicava o normal decorrer das sessões. Acrescentando também que por vezes o que acontecia nas sessões acabava por ser ouvido no exterior, existindo ocasionalmente confrontações dos pais à criança pelo que terão escutado. Nestes casos, cabe aos técnicos proteger a criança no sentido de manter em segurança as experiências que aconteceram na sessão.

Um fator que dificulta e limita a atividade é a adesão dos pais ao projeto terapêutico traçado. De facto, os pais constituem-se elementos de especial importância durante todo o processo, embora a aliança terapêutica nem sempre seja uma conquista fácil. Talvez pela reduzida disponibilidade e confiança no técnico, principalmente quando a família já foi acompanhada por inúmeros profissionais, ou pela discrepância relativamente às áreas prioritárias a serem trabalhadas. Neste sentido, é fulcral compreender quais as razões que conduzem a uma fraca adesão ao projeto terapêutico, o que nem sempre é possível devido ao abandono.

Uma outra dificuldade sentida foi a gestão do tempo despendido aos pais pela sua necessidade de falar e contar aspetos quotidianos da criança. Antes ou depois da sessão, os pais abordavam-me de forma a contar o que acontecia durante a semana que tinha passado. Cabe assim ao terapeuta tentar gerir da melhor forma, empaticamente, o tempo e as informações a serem transmitidas nestes momentos. Por outro lado, é evidente a necessidade dos pais em receberem a opinião e estratégias do técnico e que estes escutem as suas preocupações e angústias. Na minha opinião, estes são momentos de partilha de informação e que reforçam a aliança terapêutica com os familiares da criança em causa. Caso exista uma enorme necessidade em usufruir de mais tempo do que o possível despendido no momento, deve ser marcada uma reunião com os pais sem a criança.

Uma limitação relacionada com a avaliação teve que ver com a reduzida responsabilidade parental em relação aos inquéritos da BASC, uma vez que nalguns casos estes não foram devolvidos. Acrescentando ainda o facto de que, neste caso, os pais eram os mediadores com os professores e, portanto, algumas escalas relativas aos professores também não foram entregues, prejudicando assim a elaboração do projeto terapêutico e a comparação entre a avaliação inicial e final.

V. Conclusão

Em jeito de conclusão, é necessário reconhecer a intervenção psicomotora como uma mais-valia num serviço de saúde mental da infância e da adolescência. É possível afirmar que nos casos apresentados a intervenção psicomotora se revelou fulcral pela sua intervenção através da simbolização direta das ações que revelam fantasmas inconscientes de conflitos precoces não resolvidos, uma vez que a linguagem verbal apresenta alguns limites terapêuticos (Batista, 2008). Em todos eles foi possível verificar evoluções positivas, mais ou menos acentuadas tendo em conta todo o envolvimento e história de vida de cada caso.

Este reconhecimento, relativo à psicomotricidade deve ser realizado com base nas técnicas e conhecimentos utilizados pelo psicomotricista na sua prática com as crianças e jovens com psicopatologia como também pela atitude que o próprio terapeuta adota nas sessões que realiza.

Este ano de estágio permitiu-me compreender o significado de atitude psicomotora. A atitude psicomotora, segundo Boscaini (2004), assenta na perspetiva de analisar e situar o corpo nas suas vivências, na relação, integrando-o a nível instrumental e expressivo. Para tal, importa assumir uma atitude de olhar e de escuta, não meramente funcional mas emocional e relacional (Boscaini, 2004; Llauradó, 2008). Durante as sessões, percebi a importância de estabelecer uma relação com a criança e a implicação da disponibilidade e aceitação por parte do terapeuta, no fundo observar a criança para além da sua patologia e localizar a sua essência. Tantas vezes é descrita nos livros, mas só no contato com as crianças é possível sentir. A atitude psicomotora remete-nos também para o conceito de autenticidade, sendo este um ponto-chave na relação com a criança, estar de corpo e alma na sessão demonstrando à criança que aquele espaço é seu, seguro e onde se pode revelar. Sobre autenticidade fala-nos também Batista (2008), afirmando que a autenticidade do diálogo tónico se constitui o pilar da intervenção psicomotora. A autora defende que o psicomotricista deve abandonar as suas defesas que protegem a sua vulnerabilidade afetiva, disponibilizando o seu corpo, emprestá-lo e deixar-se guiar pelas vivências afetivas com o outro. No entanto, "(...) isto tudo exige autoconhecimento, ousadia e acima de tudo muita confiança e coragem" (Batista, 2008, p.108). Tudo isto, inicialmente era mais difícil, devido à preocupação em "fazer bem" ou pensar no que é necessário fazer a seguir. E, neste sentido, é mais complicado realizar toda essa gestão do que apenas estar e desfrutar do que a criança tem para oferecer. Assim, ao longo do tempo, foi progressivamente sendo mais fácil estar com a criança de uma forma mais disponível e autêntica, pela maior capacidade de antecipação de atividades a realizar, pelo maior conhecimento das características da criança e pelo maior conhecimento acerca de mim mesma e das minhas capacidades.

A autenticidade e atitude psicomotora que os autores referidos nos descrevem é algo que deve ser consciente e estar presente no terapeuta. Mas também é algo que pode e deve ser trabalhado à medida que aumentamos o conhecimento sobre nós próprios, tal como referem Llinares e Rodríguez (2003). A implicação do terapeuta nas sessões é enorme e, parece óbvio que em questões de cariz profissional, mas também pessoal. A nível profissional, as questões prendem-se com as decisões tomadas, se estas foram as mais acertadas tendo em conta as características da criança, a situação ocorrida, o contexto familiar, ou seja, tendo em conta toda a história de vida da criança. A nível pessoal, as questões colocadas centram-se muitas vezes nas características pessoais e de personalidade do terapeuta. Questões acerca da sua disponibilidade emocional e afetiva para com a criança, vivências do próprio terapeuta que são evocadas, emergindo conflitos que estavam arquivados numa região mais inconsciente. Aqui, emerge o conceito de contratransferência, sublinhando a necessidade de que os conflitos do terapeuta sejam minimizados, isto é, reduzindo o seu impacto na intervenção que realizamos. Todas estas

situações são vividas intensamente e nem sempre é fácil lidar com as exigências da prática profissional. Assim, considero que são dificuldades e limitações que acontecem necessariamente quando se elaboram reflexões acerca do trabalho desenvolvido num ano tão importante como o de realização do estágio. Refletir sobre o trabalho realizado é um processo que deve ser realizado de forma frequente, e tal como Linares e Rodríguez mais uma vez aponta, o terapeuta deve escutar-se a si próprio, tomar consciência de si ao longo da sessão e analisar as suas atitudes. Apenas desta forma pode adequar a sua postura, disponibilidade, ações e respostas que devolve à criança e compreender as suas próprias dificuldades.

Este foi um ano de muitas aprendizagens a nível profissional e pessoal e de algumas transformações. Foi um percurso riquíssimo que me permite ser uma melhor profissional no futuro e proporcionar um melhor futuro a todos aqueles que se cruzarem nesta minha caminhada.

Aprendi a olhar, a escutar, a refletir com uma maturidade que antes não existia. Aprendi a questionar e a procurar respostas, em mim e nos outros.

Desta forma, considero que muitos objetivos do RACP foram alcançados. Muitos conhecimentos foram adquiridos e cimentados com a prática, desde as patologias, sinais e sintomas, planeamento e gestão da intervenção, modelos, técnicas e estratégias de intervenção, objetivando sempre o conceito de pessoa.

Ao longo deste ano de estágio procurei desenvolver um espírito crítico e reflexivo e de inovação, promovendo a compreensão e reconhecimento da psicomotricidade como meio de intervenção válido e fulcral nas crianças e jovens com problemas de saúde mental e contribuindo para uma melhor intervenção em cada caso. Importa também referir o material que fui elaborando como forma de apoio às sessões, facilitando e promovendo as dificuldades de cada criança e maximizando as suas competências e interesses.

Como fatores facilitadores identifico os orientadores pelo apoio e conhecimento que me transmitiram em todos os momentos bem como a receção e integração de toda a equipa do SPSMIA. Importando também referir a partilha de conhecimentos e experiências com os colegas de curso, momentos estes que proporcionaram uma maior facilidade para encarar os desafios e ultrapassar as adversidades com maior eficiência.

Em todos os momentos demonstrei disponibilidade para colaborar com o serviço em situações que pudessem, concomitantemente, aumentar os meus conhecimentos na área. Desta forma, colaborei em processos de avaliação de crianças, reuniões de articulação com escola e outros profissionais externos ao serviço mas envolvidos terapêuticamente nos casos.

Importa referir que toda a atividade formativa realizada, desde as reuniões de núcleo de estágio, as reuniões do SPSMIA, as longas conversas com a orientadora local, as apresentações realizadas contribuíram para desenvolver e cimentar conhecimentos teóricos e da prática profissional.

Posso concluir que foi um ano completo, onde me redescobri pessoalmente e me identifiquei profissionalmente.

VI. Referências Bibliográficas

- AACAP. (1999). *Mental Health: A report of the surgeon general*. Nova Iorque: Nova Science Publishers.
- AACAP. (2011a). *Oppositional Defiant Disorder*. Obtido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Children_With_Oppositional_Defiant_Disorder_72.aspx
- AACAP. (2011b). *Reactive Attachment Disorder*. Obtido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Reactive_Attachment_Disorder_85.aspx
- AACAP. (2013a). *Asperger's Disorder*. Obtido de American Academy of Children And Adolescent Psychiatry: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Aspergers_Disorder_69.aspx
- AACAP. (2013b). *Conduct Disorder*. Obtido de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Bullying_80.aspx
- Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, 56-64.
- Almeida, J., Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M. (2005). Grupos psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento. Em M. Vidigal, & et al., *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 237-296). Lisboa: Trilhos Editora.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones .
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2013). *Psicomotricidade - Práticas Profissionais*. Obtido de <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Aucouturier, B., & Lapierre, A. (1986). *Bruno: Psicomotricidade e Terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baker, L., Cunningham, A., & Male, C. (2002). *Peer-to-Peer Aggression in Residential Settings*. London: Centre for Children and Families in the Justice System.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Batista, M. (2008). A comunicação e, psicomotricidade relacional: convergência entre emoção e motricidade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 105-110.
- Berger, M. (2001). *A Criança Instável*. Lisboa: Climepsi.
- Bergès, J., & Bounes, M. (1974). *La Relaxation Thérapeutique chez L'Enfant*. Paris: Masson.
- Bergès-Bounes, M. (2011). Aprendizagem, corpo e relaxamento. *Ricerche e Studi in Psichomotricità*, 19 (2), 11-14.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A., & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: corps, langage, sujet: Méthode Jean Bergès*. Paris: Elsevier Masson. .
- Bettelheim, B. (2007). *A Psicanálise dos Contos de Fadas*. São Paulo: Paz e Terra.
- Bolsoni-Silva, A., & Marturano, E. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7, (2), 227-235.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora. *A Psicomotricidade*, 53-65.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. Em J. Fernandes, & P. Gutierrez Filho, *Psicomotricidade - Abordagens Emergentes* (pp. 132-162). Barueri: Manole.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bounes, M. (2011). Aprendizagem, corpo e relaxamento. *Richerche e studi in Psichomotricità*, n.2, 11-14.
- Branco, M. E. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Brent, D., & Weersing, R. (2007). Depressive Disorders. Em A. Martin, & F. Volkmar, *Lewis's Child and Adolescent Psychiatric* (4ª Edition ed., pp. 503-513). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brofenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Canha, L., & Neves, S. (2008). *Promoção de competências Pessoais e Sociais*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré-escolar*. Dissertação apresentada à Universidade da Madeira com vista à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação. Obtido de
-

<http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/427/1/MestradoL%C3%ADdiaCardoso.pdf>

Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.

Carvalhosa, S., & Matos, M. (2005). Provocação entre pares em idade escolar. Em M. Matos, *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 103-114). Lisboa: FMH Edições.

Comissão Nacional para a Saúde Mental [CNSM], & Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2012). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2012). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2009). *Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança*. Lisboa: Trilhos Editora.

Cruz, M., & Lobo, P. (2005). A Depressão na Criança. Em M. J. Vidigal, *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 107-138). Lisboa: Trilhos Editora.

Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Decreto-lei nº 304/2009 de 22 de outubro de 2009. *Diário da República*, 1ª Série, Nº205.

Decreto-lei Nº3/2008 de 7 de janeiro de 2008. *Diário da República*, 1ª Série, Nº4.

Decreto-Lei nº35/99. *Diário da República*, 1ª Série A, Nº30.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal - Saúde Mental em Números*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde . (2011). *Mastratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.

Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. *A Psicomotricidade*, 67-76.

- European Forum of Psychomotricity. (2013). Obtido em 10 de Fevereiro de 2013, de European Forum of Psychomotricity: <http://psychomot.org/>
- Ferreira, M., & Marturano, E. (2002). Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 35-44.
- Ferreira, T. (2002). *Em Defesa da Criança*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Fonseca, V. (1978). *Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita*. Lisboa: CDI/Inst.A.A. Costa Ferreira.
- Fonseca, V. (2006). *terapia psicomotora: estudo de casos* (5ª Edição ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora* (2ª Edição). Lisboa: Ancora Editora.
- Gleason, M., & Zeanah, C. (2007). Reactive Attachment Disorder. Em A. Martin, & F. Volkmar, *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry* (4ª Edition ed., pp. 711-719). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Griffiths, R. (1984). *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2 anos)*.
- Griffiths, R. (1986). *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (2-8 anos)*.
- Hans, S., Auerbach, J., Styr, B., & Marcus, J. (2004). Offspring of Parents With Schizophrenia: Mental Disorders During Childhood and Adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (2), pp. 303-315. Obtido de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/2/303.full.pdf>
- Harrington, R. (2002). Affective Disorders. Em M. Rutter, & E. Taylor, *Child and Adolescent Psychiatry (4th Edition)*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Health Organization & International Society For Prevention of Child Abuse and Neglect [WHO & ISPCAN]. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. France: WHO Press.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., & Pauli, A. (2008). *Health Consequences of Violence*. Berlin: Robert Koch InstitutWorld.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle: IHME.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 73-86. Doi: 10.1016/j.neurenf.2007.03.005.

- Kahl, Y., & Jungbauer, J. (2013). Challenges and Coping Strategies of Children With parents affected by Schizophrenia: Results from an In-Depth Interview Study. *Child and Adolescent Social Work Journal*. doi:10.1007/s10560-013-0316-2
- Kendall, P. (2000). *Childhood Disorders*. New York: Psychology Press.
- Lapierre, A. (2008). El juego. Expresión primera del inconsciente. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y Técnicas Corporales*, Nº 31, 8 (3), 37-42.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica - Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Lei nº2118 de 3 de abril de 1963. *Diário do Governo*, 1ª Série, nº79.
- Lei nº36/98 de 24 de julho. *Diário da República*, 1ª Série- A, nº169.
- Lièvre, B., & Staes, L. (1992). *La psychomotricité au service de l'enfant*. Paris: Belin.
- Lièvre, B., & Staes, L. (2012). *La Psychomotricité au service de l'enfant, de l' adolescent et de l'adulte*. Bruxelles: de boeck.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Llauradó, C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62 (22,2), 123-154.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidad y Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Lopes, J. (2006). *Competências sociais : aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem* (1ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Machado, T. (2009). Vinculação aos pais: retorno às origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII (1), 139-156.
- Maia, G. (2011). O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocident. *Jornal do Centro*, 60, 4-5.
- Maldonado, D., & Williams, L. (2005). O Comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 353-362.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (21), 85-94. Obtido de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312003000100011&script=sci_arttext

- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental. Em V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade. Em V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2009). Il dialogo tonico-emozionale e l'attività senso-motoria - Fondamenti nella costruzione dell'identità. *Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 11-17.
- Martins, R., Simões, C., & Brandão, T. (2012). *Regulamento da Unidade Curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, 2ºAno*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M. (2005). Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola. Em M. Matos, *Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 289-364). Lisboa: FMH Edições.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos*, 1, (2), 69-76. Obtido de <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/60>
- Ministério da Saúde. (s.d.). *Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2013, de <http://www.chlo.min-saude.pt/>
- Moutinho, G. (2012). A Psicomotricidade na transformação do agir. Em J. Fernandes, & P. Gutierrez, *Psicomotricidade - Abordagens Emergentes* (pp. 45-57). Barueri: Manole.
- Mowbray, C., Bybee, D., Oyserman, D., MacFarlane, P., & Bowersox, N. (2006). Psychosocial Outcomes for Adult Children of Parents with Severe Mental Illnesses: Demographic and Clinical History Predictors. *Health & Social Work*, 30 (2), 99-108. Obtido de http://sitemaker.umich.edu/daphna.oyserman/files/psychosocial_outcomes_for_adult_children.pdf
- Naglieri, J. (1988). *Manual of DAP - Draw a Person: A Quantitative Scoring System*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich.
- Neto, A. (2005). Bullying - Comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 5, 81, 164-172.
- Onofre, P. (2004). *A Criança.....e a sua Psicomotricidade*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 507-518.
- Pinheiro, F. (2006). *Violência Intrafamiliar e envolvimento em bullying no ensino fundamental*. Dissertação apresentada à Universidade Federam de São Carlos com vista à obtenção do grau Mestre em Educação Especial.

- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 47-52.
- Raynaud, J., Danner, C., & Inigo, J. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 113-119. doi:10.1016/j.neurenf.2007.02.002.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Manual of Basc - Behavior Assessment System for children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 114-119. Doi: 10.1016/j.amp.2007.12.021.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). *Recursos Y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Selmi, F. (Decembre de 2011). Therapie psychomotrice en pedopsychiatrie et valeur therapeutique des liens. *Relience Psychomotrice*, 8, 11-21.
- Sousa, A. (2001). Escala de Observação Somatognósia. Em V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 133-157). Lisboa: Edições FMH.
- Vecchiato, M. (2003). *A Terapia Psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Vidigal, M. J. (2005a). Uma Modalidade de Intervenção na Família. Em M. Vidigal, & et al., *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 299-318). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M., & et al. (2005b). Núcleo de terapia Intensiva. Em M. J. Vidigal, *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 41-70). Lisboa: Trilhos Editora.
- Wallon, H. (1979). *Do Acto ao Pensamento*. Lisboa: Moraes Editores.
- Wan, M., & Green, J. (2009). The Impact of Maternal Psychopathology on Child-Mother Attachment. *Archive of Women's Mental Health*, 12, 123-134. doi:10.1007/s00737-009-0066-5
- Winnicott, D. (2002). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- World Health Organization. (2000). *The World health report 2000 : health systems : improving performance*. Genebra.
- World Health Organization. (2007). Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>
-

World Health Organization. (2008). *Policies and Practices for Mental Health in Europe*. Copenhaga: WHO Regional Pffice for Europe.

World Health Organization. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems [ICD-10] (2ª Edition ed.)*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2010). *Violence prevention: the evidence*. Malta: WHO Press. Obtido em 20 de maio de 2013, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77936/1/9789241500845_eng.pdf