



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## **A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantil e Juvenil no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça**

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

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Vogais:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Glória Maria Ramos Pereira

2019

Se sou capaz de perceber o outro através do seu corpo e das suas produções corporais, é porque a minha organização biológica é igual à sua, o que me permite, por referência ao meu próprio corpo, sentir o que ele sente, o que não pode ser definida por intermédio das palavras.

(Lapierre & Aucouturier, 1984)

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradeço aos orientadores que me acompanharam nesta viagem: Professor Doutor Rui Martins, pela sua disponibilidade, escuta atenta nos momentos mais difíceis e desafiantes deste estágio, pela transmissão de conhecimentos, motivação e críticas construtivas que me permitiram refletir, inovar e esclarecer todas as minhas dúvidas. À Doutora Gabriela Saldanha, Diretora do Serviço de Pedopsiquiatria, pela sua prontidão, carinho, colaboração na integração da Psicomotricidade no serviço durante este ano letivo e pela partilha de experiências.

À equipa que compõe o Serviço de Pedopsiquiatria pela sua amizade e partilha de vivências, tendo-me recebido de braços abertos e facilitado o processo de inclusão, bem como pela confiança que depositaram em mim.

A todas as crianças e jovens que acompanhei durante este período, que proporcionaram uma enorme aprendizagem, vontade de procurar e saber mais, para além da ligação especial que foi criada e que dificilmente será apagada.

Às minhas colegas de estágio: Constança, Ariana, Mariana, Estelle e Sónia pelos momentos de partilha, discussão e trabalho conjunto realizado ao longo de todo o ano letivo.

Às minhas colegas e amigas que me acompanham desde a licenciatura e da qual sem elas não era possível chegar até aqui: Ana Maria, Cristina, Lúcia e Tatiana.

Por último, mas não menos importante, à minha família, namorado, treinador e amigos, por serem os meus pilares, por estarem sempre ao meu lado e me acompanharem incondicionalmente independentemente da distância física que possam ter estado, e por saberem sempre me confortar com as suas palavras e amor verdadeiros nos momentos mais complicados desta etapa tão importante para mim.

**A todos eles, o meu muito obrigada!**

## **Resumo**

O presente relatório apresenta as Atividades de Estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado de Reabilitação Psicomotora – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, pela Faculdade de Motricidade Humana no ano letivo 2017/2018. O estágio realizou-se no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça-Funchal, no contexto de saúde mental infantil e juvenil. O seu desenvolvimento deu-se essencialmente em três eixos: ao nível da prática psicomotora de âmbito reeducativo e terapêutico; na relação com outros profissionais, com a participação em reuniões clínicas realizadas pela equipa multidisciplinar de Pedopsiquiatria; e através da intervenção complementar com a família, a escola e a comunidade. Ao longo do estágio foram acompanhadas 9 crianças individualmente e 6 adolescentes em grupo, através de sessões semanais de 50 minutos.

O relatório é composto por uma componente teórica sobre a saúde mental, Psicomotricidade, metodologias de intervenção, contando ainda com uma descrição da entidade acolhedora. Numa segunda parte são apresentados dois estudos-de-caso enquanto modelos exemplificativos da intervenção desenvolvida e que comprovam os efeitos benéficos da intervenção terapêutica a nível psicomotor, emocional e das competências sociais. Por fim, encontram-se descritas as atividades de formação complementares desenvolvidas, bem como uma reflexão acerca do estágio curricular em termos pessoais e profissionais.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade; Saúde Mental; Hospital Dr. Nélio Mendonça; Pedopsiquiatria; Equipa Multidisciplinar; Estudos-de-Caso; Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção; Ansiedade; Depressão; Perturbações da Vinculação.

## **Abstract**

This report serves to present the internship activities carried out within the Master's Degree of Psychomotor Rehabilitation - Branch of Advancement of Professional Competencies, by the Human Kinetics Faculty in the school year 2017/2018. This internship took place at Child Psychiatry Service, in Dr. Nélio Mendonça Hospital - Funchal, in the field of child and juvenile mental health. Its development took place essentially in three axes: at the psychomotor practice level, in reeducative and therapeutic scope; in the relation with other professionals, with participation in clinical meetings held by multidisciplinary team of Child Psychiatry; and through complementary intervention with family, school and community. During internship, 9 children were accompanied individually and 6 adolescents in group, through weekly sessions of 50 minutes.

The report is composed by a theoretical component about mental health, psychomotor therapy, intervention methodologies and a description of the hosting entity. In the second part, two study-cases will be presented, as exemplary models of the intervention developed that prove the beneficial effects of therapeutic intervention at the psychomotor, emotional and social skills level. Finally, the developments of the complementary training activities are described, as well as a reflection about the curricular internship in personal and professional terms.

**Keywords:** Psychomotor Therapy; Mental Health; Dr. Nélio Mendonça Hospital; Child Psychiatry; Multidisciplinary Team; Study-Cases; Attention deficit hyperactivity disorder; Anxiety; Depression; Attachment Disorders.

# Índice

I. Introdução .....	1
II. Enquadramento da Prática Profissional .....	2
1. Saúde Mental .....	2
1.1. Definições e Estatísticas .....	2
1.2. Enquadramento legal da Saúde Mental em Portugal.....	3
1.3. A Saúde Mental Infantil e Juvenil na RAM.....	4
1.4. A Saúde Mental com enfoque na Infância e Adolescência .....	5
2. A Psicomotricidade .....	6
2.1. Definição .....	6
2.2. Psicomotricidade na Infância e Adolescência.....	7
2.3. Psicomotricidade com incidência Relacional .....	8
2.4. Psicomotricidade com incidência Instrumental .....	9
3. Metodologias de Intervenção .....	10
3.1. O Jogo .....	10
3.2. Terapias Expressivas .....	11
3.3. Relaxação Terapêutica .....	12
III. Enquadramento Institucional Formal .....	14
4. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, E. P. E.) .....	14
4.1. Departamento de Saúde Mental.....	15
4.2. Serviço de Pedopsiquiatria do HNM.....	16
4.2.1. Descrição sucinta do espaço físico (consultas externas).....	16
4.2.2. Descrição sucinta do regime de internamento.....	17
4.3. Contexto funcional e valências de intervenção.....	17
IV. Realização da Prática Profissional .....	18
5. Descrição sucinta do modelo de Funcionamento da Psicomotricidade no Serviço de Pedopsiquiatria do HNM .....	18
5.1. Sessões individuais e de grupo desenvolvidas no estágio.....	19
5.1.1. ... com as crianças.....	19
5.1.2. ... com os adolescentes .....	20
5.2. A sessão-tipo .....	22
5.3. Caracterização dos recursos físicos e materiais utilizados na intervenção .....	23
5.4. Relação com outros profissionais e com a comunidade .....	25
6. Descrição e organização do estágio .....	26
6.1. Fase de Observação .....	26
6.2. Fase de Intervenção Autónoma.....	27
6.3. Calendarização das atividades.....	27

6.4.	Horário de estágio .....	28
7.	Processo de avaliação e intervenção.....	29
7.1.	Avaliação .....	29
7.2.	Caracterização geral da população atendida na Psicomotricidade .....	30
7.3.	Descrição das perturbações e psicopatologias mais prevalentes.....	32
7.3.1.	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) .....	32
7.3.2.	Perturbações da Ansiedade .....	34
7.3.3.	Perturbações Depressivas .....	35
7.3.4.	Perturbações da Vinculação.....	36
7.4.	Resultados gerais da Intervenção .....	38
7.5.	Estudos de caso.....	40
7.5.1.	Estudo de caso 1 .....	41
a)	Motivo/encaminhamento, dados de identificação e diagnóstico médico.....	41
b)	Caracterização inicial .....	41
c)	Avaliação em Psicomotricidade .....	44
d)	Perfil Intraindividual .....	51
a)	Fatores de Risco e Fatores de Proteção .....	51
b)	Hipóteses explicativas .....	51
c)	Objetivos Gerais e Específicos.....	54
d)	Programa Pedagógico-Terapêutico .....	56
e)	Progressão terapêutica .....	57
f)	Avaliação final .....	63
g)	Conclusão/Discussão.....	68
7.5.2.	Estudo de caso 2 .....	70
a)	Motivo/encaminhamento, dados de identificação e diagnóstico médico.....	70
b)	Caracterização inicial .....	70
c)	Avaliação em Psicomotricidade.....	74
d)	Perfil Intraindividual .....	78
e)	Fatores de Risco e Fatores de Proteção .....	78
f)	Hipóteses explicativas .....	79
g)	Objetivos Gerais e Específicos.....	82
h)	Programa Pedagógico-Terapêutico .....	83
i)	Progressão terapêutica .....	84
j)	Avaliação final .....	88
k)	Conclusão/Discussão.....	90
V.	Atividades complementares de formação.....	91

1. Reuniões semanais com o núcleo de estágio .....	91
2. Iniciativas de Formação Adicional e Apresentações Públicas .....	92
2.1. Seminário “Pensar Positivo e Saúde Mental” .....	92
2.2. Conferência sobre o Neurodesenvolvimento .....	92
2.3. Ação de formação apresentada à equipa de Pedopsiquiatria pela estagiária .....	93
2.4. XXIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência .....	93
2.5. Semana da Reabilitação Psicomotora .....	93
2.6. Dia Mundial da Criança no HNM .....	93
2.7. Divulgação da Psicomotricidade com a elaboração de panfletos .....	94
VI. Dificuldades e Limitações .....	94
VII. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro .....	97
VIII. Referências Bibliográficas .....	101

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Cronograma das atividades de estágio .....	28
Tabela 2 - Horário referente à fase de observação .....	28
Tabela 3 - Horário inerente à fase de intervenção autônoma .....	29
Tabela 4 - Número de encaminhamentos e de acompanhamentos, género das crianças e jovens .....	31
Tabela 5 – Quadro-resumo da população atendida .....	32
Tabela 6 - Evolução geral da população atendida (crianças) .....	39
Tabela 7 - Evolução da população atendida (adolescentes) .....	40
Tabela 8 - Pontuações obtidas (DAP) - Avaliação inicial, João .....	48
Tabela 9 - Perfil Intraindividual, João .....	51
Tabela 10 - Fatores de risco e de proteção, João .....	51
Tabela 11 - Objetivos Gerais (Domínio Emocional/Afetivo, João) .....	54
Tabela 12 - Objetivos Gerais (Domínio Psicomotor, João).....	55
Tabela 13 - Objetivos Gerais (Domínio Cognitivo, João).....	55
Tabela 14 - Objetivos Gerais (Domínio Competências Sociais, João).....	56
Tabela 15 - Análise comparativa da avaliação inicial e final do DAP, João .....	67
Tabela 16 - Perfil intraindividual, Maria .....	78
Tabela 17 - Fatores de risco e de proteção, Maria .....	78
Tabela 18 - Objetivos Gerais (Domínio Psicomotor, Maria).....	82
Tabela 19 - Objetivos Gerais (Domínio Emocional, Maria).....	82
Tabela 20 - Objetivos Gerais (Domínio Competências Sociais, Maria) .....	83

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Perfil Clínico do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial .....	49
Gráfico 2 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial.....	49
Gráfico 3 - Perfil Clínico do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial .....	50
Gráfico 4 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial .....	50
Gráfico 5 - Perfil Clínico do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final.....	63
Gráfico 6 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final.....	63
Gráfico 7 - Perfil Clínico do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final .....	64
Gráfico 8 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final .....	64
Gráfico 9 - BDI, Maria - Avaliação Inicial.....	77
Gráfico 10 - BAI, Maria - Avaliação Inicial .....	77
Gráfico 11 - BHS, Maria - Avaliação Inicial .....	78
Gráfico 12 - BDI, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final .....	89
Gráfico 13 - BAI, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final.....	89
Gráfico 14 - BHS, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final .....	90

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Receção do Edifício das consultas externas.....	16
Figura 2 - Corredor de acesso aos gabinetes psicoterapêuticos, copas, sala de reuniões e casas-de-banho.....	16
Figura 3 - Ala-de-espera para atendimento.....	16
Figura 4 - Ginásio do CDC.....	24
Figura 5 – Genograma (João).....	43
Figura 6 - Homem (DAP - Avaliação inicial), João.....	48
Figura 7 - Mulher (DAP - Avaliação inicial), João.....	48
Figura 8 - O Próprio (DAP - Avaliação inicial), João.....	48
Figura 9 - DAP (João) - Avaliação final.....	67
Figura 10 - DAP (João) - Avaliação Intermédia, 12 <sup>a</sup> sessão.....	67
Figura 11 – Genograma (Maria).....	71
Figura 12 - Esquema de tensões, Maria - Avaliação Inicial.....	75
Figura 13 - Esquema de tensões, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final.....	88

## **Lista de Abreviaturas**

**APA** – American Psychiatric Association

**APP** – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

**CDC** – Centro de Desenvolvimento da Criança

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**D\_L** – Decreto-Lei

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**HNM** – Hospital Dr. Nélio Mendonça

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**RACP** – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

**RAM** – Região Autónoma da Madeira

**SESARAM, E.P.E.** - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**WHO** – World Health Organization

## I. Introdução

O presente relatório tem como objetivo descrever a realização do Estágio Profissionalizante que decorreu durante o ano letivo 2017/2018, no âmbito do 2.º ano de mestrado do curso de Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. A realização deste estágio constitui-se como opção integrada pelo Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), publicado legalmente pelo Diário da República no Despacho n.º 13443/2014.

Os objetivos gerais do RACP passam por (Martins, Simões e Brandão, 2016): estimular nos formandos o domínio do conhecimento aprofundado da Reabilitação Psicomotora nas múltiplas vertentes científicas e metodológicas, promovendo uma competência reflexiva; desenvolver a capacidade de planeamento e coordenação de serviços ou programas de Reabilitação Psicomotora; aprimorar a capacidade de inovação, conceção e implementação de conhecimentos e práticas que visem o enquadramento profissional e científico da área; e melhorar nos alunos a capacidade crítica-reflexiva com vista a integração em projetos de investigação em equipas multidisciplinares ou centros de investigação.

O Estágio Profissionalizante realizou-se no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça-Funchal (HNM), no âmbito da saúde mental infantil e juvenil que integra o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) e cuja Terapia Psicomotora é atualmente inexistente. A Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou Pedopsiquiatria é uma especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diversificadas na área da saúde mental à população de idade pediátrica, i.e., inferior aos 18 anos (Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde [CNSM & ACSS], 2018). Neste estágio foram acompanhadas crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos.

Este relatório tem a seguinte organização: a primeira parte corresponde ao enquadramento da prática profissional, constituído por uma componente teórica relativa à saúde mental, à Psicomotricidade e às metodologias de intervenção utilizadas no estágio. A segunda parte diz respeito ao enquadramento institucional formal, na qual é feita uma descrição da entidade acolhedora e a sua dinâmica organizativa. Posteriormente é descrita a realização da prática profissional com explicitação do modelo de funcionamento da Psicomotricidade no HNM, a sua organização e processo de avaliação e intervenção das quais se dá a conhecer dois estudos de caso. Por fim são apresentadas as atividades complementares de formação, as dificuldades e

limitações sentidas no estágio, terminando com uma conclusão e perspectivas para o futuro.

## **II. Enquadramento da Prática Profissional**

Este capítulo tem como objetivo abordar domínios relevantes para este estágio. Inicia-se com uma revisão da literatura sobre a saúde mental, na qual é explorado o seu conceito, apresentadas algumas estatísticas, códigos legais em Portugal e por fim, é abordada a saúde mental na Região Autónoma da Madeira (RAM) e a saúde mental com enfoque na infância e adolescência. Em seguida, é feita uma abordagem à Psicomotricidade, na qual é explicado o seu conceito, apresentadas algumas considerações acerca da Psicomotricidade na Infância e Adolescência e por último é descrita a distinção entre a Psicomotricidade com incidência relacional e instrumental. Este capítulo finaliza com a descrição das metodologias de intervenção utilizadas durante o estágio.

### **1. Saúde Mental**

#### **1.1. Definições e Estatísticas**

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2014), a saúde mental não se trata meramente da ausência de uma doença ou enfermidade. Existe uma dimensão positiva da saúde mental, que enfatiza a saúde como um estado completo de bem-estar físico, emocional e social, em que o indivíduo é capaz de perceber o seu próprio potencial, lidar com as tensões da vida e trabalhar de forma produtiva contribuindo para a sua comunidade (WHO, 2014).

A saúde mental, tal como outros aspetos da saúde, é afetada por um conjunto de determinantes, sendo eles os atributos individuais, fatores sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais (WHO, 2013).

A perturbação mental resulta de uma combinação anormal de pensamentos, emoções e comportamentos (American Psychiatric Association [APA], 2013; WHO, 2018a). Estes défices, clinicamente significativos, geram disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais que servem de base para o funcionamento mental, afetando as atividades sociais e profissionais da vida do indivíduo (APA, 2013).

A nível mundial contabiliza-se cerca de 20% de crianças e adolescentes com perturbações mentais, sendo que aproximadamente metade dessas perturbações tem início antes dos 14 anos de idade (WHO, 2018b). Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017a) registou o aumento de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários entre 2011 e 2016,

nomeadamente as perturbações da ansiedade, perturbações depressivas e demências, sendo que estes resultados tendem a aumentar até 2020.

Os dados atrás representados destacam a emergência para o aumento dos cuidados e serviços na área da saúde mental para as crianças, adolescentes e adultos (DGS, 2017), sendo fundamental a adoção de estratégias abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação com início em idades precoces (WHO, 2013).

## **1.2. Enquadramento legal da Saúde Mental em Portugal**

O modelo organizativo da prestação de cuidados de saúde mental em Portugal tem sofrido várias reestruturações e evoluído a partir de meados da década de 60. Inicialmente, com a criação dos primeiros centros de saúde mental com a lei n.º 2118 de 1963 e a lei n.º 46102 de 1964, e mais tarde, com a extinção desses mesmos centros e a integração dos cuidados de saúde mental nos Hospitais, sendo criados os Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência sob vigência do Decreto-lei n.º 127/92.

Este último decreto causou disfuncionalidades na dinâmica organizativa por não possuir um modelo legal que fosse coerente, e também porque as funções técnico-normativas não iam ao encontro com a divisão do país por regiões (D\_L 35/99). Tal facto fez com que houvesse uma revisão do modelo de organização dos serviços de saúde mental, em meados da década de 90, segundo as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) (D\_L 35/99). A Lei de Saúde Mental n.º 36/98, de 24 de Julho, conjuntamente com o Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro vierem assim estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental, tendo havido uma articulação funcional com as áreas da educação, do emprego e da ação social. Segundo estas leis, os cuidados de saúde mental são prestados pelo SNS ou sob fiscalização do Estado, por entidades privadas, de acordo os termos legais estabelecidos.

Em 2006 é criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental que teria como função o estudo da situação nacional ao nível da prestação de cuidados de saúde mental e o desenvolvimento de um plano de ação para a melhoria dos mesmos (D\_L 304/2009). O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 foi consequentemente aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 dando-se origem à Coordenação Nacional para a Saúde Mental, com a responsabilidade de orientar a sua implementação (D\_L 304/2009).

O Plano Nacional juntamente com a lei n.º 36/98 levou à publicação da lei n.º 304/2009, alterado posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 22/2011 e mais recentemente pela lei n.º 136/2015. Estas leis ditam a criação de estruturas multidisciplinares de

cuidados continuados integrados de saúde mental, com o objetivo de atender pessoas com doença mental grave, com incapacidade psicossocial ou em situação de dependência. Ainda segundo estes decretos-leis, essas unidades estariam habilitadas para atender aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação, através de apoio domiciliário, sócio-ocupacional e/ou através de unidades residenciais.

No Relatório de Avaliação do Plano Nacional (Serviço Nacional de Saúde [SNS] 2017) é alertada a reorganização dos serviços de saúde mental da infância e adolescência na qual é recomendado o reforço de profissionais de saúde mental de diferentes especialidades para que exista um trabalho multidisciplinar no atendimento às diferentes problemáticas (SNS, 2017). Nesta perspetiva, destaca-se a necessidade da integração de psicomotricistas em equipas de saúde mental, tal como descrito nas “*Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*” pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Entre 2011 e 2016 registou-se a existência de apenas 6 psicomotricistas em equipas multidisciplinares nos Serviços/Unidades de Pedopsiquiatria, por região de saúde (CNSM & ACSS, 2018). Este número de profissionais é bastante reduzido, na qual se verifica um rácio deficitário tendo em conta a população atendida nestas mesmas unidades (CNSM & ACSS, 2018).

Neste mesmo relatório é ainda enfatizado o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção de saúde mental ao longo do ciclo de vida, em casa, nas escolas e no trabalho, ao nível da prevenção do suicídio e luta contra o estigma e discriminação, através de um modelo que integra os conceitos de saúde mental positiva, bem-estar e recuperação (CNSM & ACSS, 2018).

### **1.3. A Saúde Mental Infantil e Juvenil na RAM**

São escassos os estudos acerca da saúde mental infantil e juvenil na RAM. Dos dados que foi possível se obter encontramos a investigação realizada por Freitas et al. em 2003/2004 (cit. in CNSM & ACSS, 2018) na qual os autores obtiveram uma prevalência de 7,52% ( $\pm 2,3$  – intervalo de confiança de 95%) de sintomas depressivos em 505 pré-adolescentes e adolescentes que frequentavam o 3.º ciclo de escolaridade no Funchal, com maior predomínio no sexo feminino.

Em 2017 realizaram-se 4 047 consultas de Pedopsiquiatria no HNM e foram tratados 111 doentes no internamento diferenciado para crianças e jovens. A maioria destes internamentos relacionam-se com a depressão e ansiedade, sendo que a fobia à escola e a ansiedade social são as problemáticas mais comuns nas crianças e jovens. Os internamentos são mais comuns no final do ano letivo (altura de exames), menos

frequente nas crianças (contudo quando ocorrem, afetam especialmente o sexo masculino) e mais frequentes na adolescência (afetando maioritariamente adolescentes do sexo feminino – Jornal da Madeira cit. in Instituto de Administração da Saúde, 2016).

A elaboração de políticas e ações eficazes ao nível da prevenção, promoção e intervenção na saúde mental infantil e juvenil da RAM é, pois, emergente. Desde 2002 foram lançadas um conjunto de medidas estratégicas que contemplaram o plano regional de saúde. Estas visavam melhorar os cuidados de saúde mental com a criação de um conselho regional multidisciplinar para a saúde mental, a inserção de equipas multidisciplinares na comunidade, a promoção da formação no âmbito da saúde mental e a elaboração de um manual de boas práticas de saúde mental (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais [SRAS], 2003).

Entre 2004 e 2010 estas iniciativas vieram sendo desenvolvidas na região, com a crescente elaboração de protocolos de intervenção na comunidade, formações sobre a saúde mental e a criação do manual anteriormente referido (SRAS, 2012).

#### **1.4. A Saúde Mental com enfoque na Infância e Adolescência**

A saúde mental na infância e adolescência enfatiza aspetos relacionados com o ter um senso de identidade positivo, a capacidade para gerir pensamentos, emoções, construir relações pessoais e a aptidão para aprender e adquirir uma educação, possibilitando a participação ativa na sociedade (WHO, 2005; WHO, 2013).

Os problemas de saúde mental na infância e adolescência são frequentes e podem afetar o desenvolvimento e autonomia na fase adulta (Santos, 2015). Algumas das problemáticas podem inclusivamente ter uma evolução crónica, com efeitos negativos a nível familiar, educativo e social (Santos, 2015), estando suscetíveis muitas vezes ao estigma e à discriminação (WHO, 2005).

Clarificando e reforçando a importância de se intervir precocemente, a OMS apresenta três razões essenciais (WHO, 2005): 1) existem perturbações mentais que ocorrem em certas fases do desenvolvimento da criança e do adolescente, pelo que triagens e intervenções precoces direcionados para os estágios em que estas são mais prováveis de aparecer, poderão amenizar o seu impacto negativo; 2) a continuidade das perturbações mentais na fase adulta requer intervenções em faixas etárias mais baixas, de forma a prevenir ou amenizar os comprometimentos a longo prazo; 3) intervenções eficientes melhoram a saúde mental dos indivíduos e suas famílias e reduzem os custos para os sistemas de saúde e comunidades.

O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco na infância e adolescência, bem com a implementação atempada de estratégias terapêuticas devem constituir-se assim como uma prioridade (DGS, 2013; WHO, 2005). Devem ser privilegiadas as

intervenções psicossociais e outras não-farmacológicas, evitando a institucionalização e a medicalização (WHO, 2013).

Conhecida esta abordagem sobre a saúde mental, compreende-se a importância das intervenções na infância e adolescência. A Psicomotricidade representa assim uma valência terapêutica fundamental em equipas multidisciplinares de saúde mental, sendo caracterizada em seguida.

## **2. A Psicomotricidade**

### **2.1. Definição**

Com base numa visão holística do ser humano e na relação entre mente-corpo, a Psicomotricidade abrange as interações físicas, emocionais, simbólicas e cognitivas na capacidade de ser e de agir do indivíduo, segundo o contexto biopsicossocial que está inserido (Fórum Europeu da Psicomotricidade ([FEP], 2012). O seu quadro científico é constituído pelas ciências médicas, psicológicas, neuropsicológicas e pedagógicas (FEP, 2012). Nas palavras de Boscaini (2004) & Martins (2001a), a Psicomotricidade serve como “ponte de ligação” entre a sensação, emoção e pensamento, expressando a ação corporal que liga o corpo agido e o corpo pensante.

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2017) define este conceito como uma abordagem terapêutica que atua em questões de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e a nível psicoafectivo, tendo por isso uma função preventiva, reabilitativa e/ou terapêutica. Além disso, aplica-se a todas as faixas etárias, utilizando metodologias diferenciadas tais como técnicas de relaxação terapêutica e de consciencialização corporal, técnicas de educação e reeducação gnoso-prática, técnicas expressivas e lúdico-terapêuticas, técnicas de recreação terapêutica e atividade motora adaptada.

Segundo Boscaini & Saint-Cast (2010), os distúrbios psicomotores estão sempre ligados a uma perturbação funcional e expressional. Estes distúrbios correspondem a situações sintomáticas, corporais ou comportamentais que afetam o funcionamento do sujeito cujas causas podem ser variadas (neurológicas, psicológicas, relacionais e psíquicas – Baranes, 2010). A sua presença afeta o potencial do indivíduo ao nível da cognição, da criatividade ou dos meios de expressão e comunicação que normalmente se canalizam através do corpo: um corpo sensível, um corpo em movimento, um corpo em relação (Baranes, 2010).

A Psicomotricidade visa reduzir estes distúrbios, não por estímulos condicionantes ou circunscritos, mas no sentido de permitir que o indivíduo desenvolva o seu equilíbrio psicocorporal e novas formas para se expressar e agir (Boscaini & Saint-Cast, 2010). Martins (2010) corrobora ao referir que a prática psicomotora dirige-se ao indivíduo que

se sente mal no seu corpo, que tem dificuldades de comunicação com o mundo exterior, encontrando no agir, na experimentação e no investimento corporal novas formas para afirmar a sua presença no mundo.

Neste estágio curricular, o modelo de intervenção em Psicomotricidade assumiu a vertente reeducativa e terapêutica. Ou seja, a intervenção psicomotora destinou-se a situações clínicas cuja dinâmica de desenvolvimento e de aprendizagem se encontravam comprometidas, assim como em situações de âmbito psicoafetivo que interferiam com a adaptabilidade do sujeito (APP, 2011).

## **2.2. Psicomotricidade na Infância e Adolescência**

No espaço terapêutico, o psicomotricista deve proporcionar experiências corporais em que o sujeito possa vivenciar as funções tónico-afetivas e cognitivas, identificando em si mesmo o tempo, o espaço, a comunicação e a relação com o outro tendo em conta a funcionalidade do corpo (Novais, 2004; Morais, Novais & Mateus, 2005). Neste sentido, o psicomotricista orienta as suas sessões para a partilha de experiências positivas e prazerosas (Bouscary, 2017). A compreensão da expressividade tónico-emocional do outro é importante e o psicomotricista deve procurar dar sentido aos sinais não-verbais. Para tal, é fundamental que conheça a sua própria expressividade corporal para melhor compreender a expressividade psicomotora do outro (Guimarães, Frazão, Melo, Duarte e Toledo, 2016).

Na infância, torna-se fundamental acolher a criança como ela é na sua agitação motora, impulsos agressivos, recusas e inibições, essencial à sua própria mudança (Aucouturier, 2017). A qualidade da interação estabelecida é determinante na medida em que esta poderá utilizar o adulto como figura de proximidade e refúgio de ameaça (Ramelli, 2007). Em determinados casos, a função tónica é a única via que possibilita que a criança se expresse emocionalmente, cabendo assim ao psicomotricista, assumir um papel de mediador facilitador da experimentação de determinados estados corporais (Martins, 2015). Ou seja, torna-se crucial o estabelecimento de uma vinculação segura, de confiança no psicomotricista com intuito de a criança progressivamente, integrar o mundo como seguro e desejável, (Martins, 2015).

Na adolescência, o corpo ganha uma dimensão importante uma vez que se altera com a puberdade, surgindo questões e ansiedades na qual o esquema e imagem corporal vão sofrendo reformulações (Ballouard, 2011). Nesta fase as relações sociais evoluem, i.e., o relacionamento com os pais diminui em favor de uma maior proximidade com os pares (Larminat, 2013), existindo uma certa ambivalência porque há um desejo de suporte parental e, ao mesmo tempo, de diferenciação e autonomia (Ballouard, 2011). Na mediação corporal em que o toque, o contacto e as representações do corpo

se encontram em jogo, o psicomotricista deve ser capaz de se questionar, refletir sobre a distância relacional, de forma a escolher as melhores mediações terapêuticas e então decidir, se a intervenção é individual ou grupal.

A ligação entre experiências concretas e interiorização da vivência corporal permite uma reestruturação da comunicação e organização do pensamento que se pode efetuar através de uma Psicomotricidade com incidência relacional ou instrumental (Martins, 2001a). Esta divisão serve apenas para destacar a predominância do tipo de intervenção, uma vez que, numa intervenção psicomotora, a componente instrumental é inseparável da relacional, estando ambas presentes ao longo de todo o trabalho com o indivíduo (Martins, 2001a).

### **2.3. Psicomotricidade com incidência Relacional**

A Psicomotricidade com incidência relacional foi estruturada metodologicamente por André Lapierre, educador francês, na década de setenta. Oferece um ambiente potencializador das competências e habilidades de comunicação, aprendizagem e socialização (Costa, 2008).

As ligações afetivas precoces entre mãe-bebé formam o primeiro sustentáculo do esboço do “EU”, através do diálogo tónico-emocional que é estabelecido e que vai dar início à organização da identidade (Costa 2003; Costa, 2008; Martins, 2015). Quando existem défices a este nível, a terapia psicomotora com incidência relacional constitui-se como um recurso privilegiado, sendo que as novas experiências sociais e relacionais que a criança vivencia coloca em jogo a plasticidade neural, melhorando a sua capacidade de adaptação (Martins, 2015).

Para Thiebo (2008), a Psicomotricidade com incidência relacional pretende reestruturar a base da arquitetura psicomotora, promover a individuação e as interações positivas, com enfoque no diálogo tónico-emocional, *holding* psicomotor e espacialização. O diálogo tónico-emocional, por sua vez, pode ser estabelecido através da diferença, da novidade, da rutura, da oposição (Thiebo, 2008), através da presença ou ausência do outro, da dinâmica de aproximação/afastamento, das posturas, dos gestos, com intuito de reestruturar os processos inadequados decorrentes das primeiras fases de ontogénese e que levaram a problemas de individuação e de afirmação de identidade (Martins, 2015).

De acordo com Thiebo (2008), a comunicação tónica primária entre mãe-bebé modela a capacidade de o ser humano ter empatia com os outros, sendo que essa habilidade permanece baseada na sensibilidade vibratória emocional à medida que crescemos. Torna-se então fundamental que o psicomotricista, no seu compromisso relacional, mobilize as suas habilidades para sentir e comunicar emocionalmente

(Thiebo, 2008). Quando a vinculação estabelecida com a criança é segura, permite resolver conflitos, regular as emoções e comportamentos, promovendo a capacidade de mentalização e melhorando o desempenho das funções executivas (Martins, 2015).

O psicomotricista é agente ativo neste processo, com identidade corporal única que confere uma dimensão de autenticidade muito particular à terapia, na qual o técnico fala, age e se envolve de acordo com as suas experiências. Assim, é crucial que conheça as suas próprias potencialidades e dificuldades, escute o seu próprio corpo e reflita sobre a sua maneira de atuar (Thiebo, 2008). O foco da Psicomotricidade relacional passa, portanto, pelas relações psicofísicas e sócioemocionais do sujeito, pela expressão e superação de conflitos relacionais (Vieira, 2009).

#### **2.4. Psicomotricidade com incidência Instrumental**

Tal como na Psicomotricidade de incidência relacional, a Psicomotricidade com incidência instrumental tem como objetivo criar um ambiente lúdico que permita ao indivíduo descobrir, explorar, interiorizar e transformar o seu corpo (Martins, 2001a). Porém, trata-se de uma vertente centrada numa relação mais precisa com os materiais e com as características espaciais e temporais do envolvimento, em que é valorizada a intencionalidade, a consciencialização da ação e a exploração das diferentes formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras - Martins, 2001a).

Neste sentido, a sala de psicomotricidade deve dispor de materiais que propiciem o jogo sensoriomotor, simbólico e de regras, tendo em consideração as características das crianças e objetivos terapêuticos propostos (Rodriguez & Llinares, 2008). No entanto, a impossibilidade de acesso a material não se deve constituir como uma limitação nem deve provocar um empobrecimento da intervenção (Costa, 2008). Os materiais devem ser utilizados, não apenas pela sua funcionalidade e utilização a nível prático, mas também pela produção do jogo simbólico que vão desenvolver, sendo fundamental que exista uma atmosfera lúdica e afetiva proporcionada pelo terapeuta (Martins, 2001a).

Através da exploração sensoriomotora é desenvolvida a atividade perceptiva, simbólica e concetual, em que o terapeuta visa melhorar as competências relacionadas com a integração tónico-postural, os processos de lateralização, estruturação espacial e temporal, a noção do corpo e a práxis (Martins, 2001a). Na Psicomotricidade instrumental não há um envolvimento físico e afetivo tão vinculativo com o terapeuta ou com os pares, como acontece na Psicomotricidade relacional (Martins, 2001a).

De acordo com Joly (2007), a principal diferença entre o instrumental e o relacional assenta na forma como o psicomotricista acentua a sua técnica. Esta divisão não deve ser vista de forma rígida, já que na prática psicomotora a aquisição de habilidades

motoras deve perspetivar um fundo tónico-emocional e relacional, e/ou, por outro lado, o desenvolvimento de capacidades relacionais, simbólicas e emocionais devem se fundir num conjunto de vivências motoras (Fonseca, 2015 cit. in Fernandes, Filho e Rezende, 2018).

### **3. Metodologias de Intervenção**

#### **3.1. O Jogo**

O jogo foi uma das metodologias de intervenção utilizada com as crianças neste estágio. Com base na teoria de Piaget, podemos considerar que o jogo evolui de um conjunto de experiências sensoriomotoras para um contexto mais abstrato segundo um pensamento socializado, e das quais a inteligência acompanha as diferentes etapas da constituição lúdica (Ferreira, 2018). Assim, nas crianças pequenas, os jogos de exploração surgem em primeiro plano, da qual possibilitam a exercitação de habilidades motoras e o domínio de medos (Ballouard, 2011). Nas crianças mais velhas, as brincadeiras incidem sob o desenvolvimento de habilidades de socialização, com a experimentação e inversão de papéis (Ballouard, 2011). Por sua vez, no estágio hipotético-dedutivo existe um maior interesse e codificação das regras, bem como uma maior consciência autónoma da criança (Ferreira, 2018).

Mais concretamente sobre o jogo espontâneo, este pode ser definido como qualquer atividade livremente escolhida, intrinsecamente motivada e pessoalmente dirigida (Goldstein, 2012). Tem em si um efeito terapêutico uma vez que as crianças têm dificuldades em verbalizar os seus sentimentos, e por esta via, poderão aprender a ultrapassar os seus conflitos e traumas (Porter, Hernandez-Reif & Jessee, 2009). Nesta perspetiva, Martins (2001b) indica-nos que quando o inconsciente e a expressão tónica estão conectadas a uma história pessoal centrada na repressão, impedirão a criatividade e a expressão da individualidade plena do sujeito. Assim, o jogo possibilita a exploração de diferentes formas de afirmação de desejos, num clima permissivo, atmosfera afetiva com base no diálogo tónico-emocional (Martins, 2015).

Os benefícios do jogo assentam a nível emocional (e.g., redução do medo, ansiedade, stress, capacidade para lidar com a surpresa e mudança), social (e.g., com aumento da empatia, compaixão, partilha) e em termos físicos e psicomotores, (e.g., maior eficiência do sistema imunológico, exploração motora global e fina, etc. - Goldstein, 2012).

Fernandes et al. (2018) salientam a importância da presença atenta e participativa do psicomotricista nos jogos propostos pela criança, já que esta atitude promove a sua autonomia, sentimento de valorização e competência. Mira & Fernandes (2015)

destacam por sua vez a disponibilidade corporal do terapeuta e adaptação tônico-emocional às suas necessidades.

Quando o psicomotricista se torna um parceiro aceito e desejado pela criança, esta desenvolve a capacidade de jogar e de criar, ultrapassando mais facilmente os seus bloqueios (Martins, 2015). Sendo a criança construtora das suas ideias, potencia-se a organização da sua identidade e a maximização das suas competências (Costa, 2008; Costa, 2003). Quando as suas sensações são emocionalmente partilhadas, a criança pode integrá-las, percebê-las e representá-las, dando sentido ao que vivencia (Fernandes et al., 2018).

No jogo existe uma transcendência na atividade corporal: do corpo real (que é aquele que se move, se conhece e é voltado para si próprio), para a representação de um corpo imaginário (que inclui uma nova dimensão, i.e., um espaço de atuação que abrange o simbolismo vivido pela criança). Assim, existe em simultâneo, um corpo que é funcional e relacional (Fernandes et al., 2018). Ocorre igualmente uma descentralização de si próprio, pois na interação com o outro, a criança focaliza a sua atenção no outro. Por sua vez, este distanciamento de si permite o olhar da criança sobre si mesma (Aucouturier, 2005).

Conclui-se que o jogo promove o contacto da criança com os seus próprios afetos, proporciona a consciência do próprio corpo e a descoberta progressiva do Eu. Essencial para o desenvolvimento do pensamento, a criança tem a oportunidade de criar, recriar, sentir o prazer de decidir e pensar, adquirindo o sentimento de ser e existir (Fernandes, et al., 2018).

### **3.2. Terapias Expressivas**

As terapias expressivas envolvem o uso da arte, música, dança, drama, poesia, escrita e outros meios de expressão criativa como formas de intervenção em saúde mental (Malchiodi, 2005). Esta metodologia foi utilizada na intervenção com as crianças e adolescentes, não através da adoção de técnicas específicas (já que a sua aplicação exige uma formação diferenciada - Malchiodi, 2005), mas como uma estratégia para atingir os objetivos estabelecidos.

Ao longo do estágio recorreu-se à utilização da arte, da música e do drama. Passamos assim a descrever brevemente o que é a arteterapia, musicoterapia e psicodrama.

Segundo a American Art Therapy Association (2017), a arteterapia trata-se de uma abordagem terapêutica que atua no âmbito da saúde mental, e visa enriquecer a vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Objetiva melhorar a autoestima, cultivar a

resiliência, promover o *insight*, aumentar as capacidades sociais e reduzir os níveis de stress (American Art Therapy Association, 2017).

A arte pode ser utilizada como meio de comunicação não-verbal, autoexpressão e autoexploração podendo ser utilizada para descrever experiências que são difíceis de “colocar em palavras” (Liebmann, 2004). De acordo com a autora, facilita, portanto, a maior consciencialização dos sentimentos. Os produtos/imagens podem ser observados ou analisados conjuntamente, sendo uma maneira menos ameaçadora de confrontar os indivíduos com questões ou de os fazer encontrar os seus próprios significados (Liebmann, 2004).

De acordo com Araujo & Gabelán (2010), na arteterapia a ação é primordial, tal como ocorre na Psicomotricidade em que a aprendizagem e a reestruturação psíquica implicam movimento e ação. Os mesmos autores salientam que a arteterapia não se baseia no ensino da arte, nem tem como finalidade a estética final da obra realizada, mas antes a qualidade terapêutica, educativa e percetiva do processo vivido.

Segundo o World Federation of Music Therapy (2011), a musicoterapia consiste na utilização da música e dos seus elementos em intervenções médicas e educacionais com indivíduos, grupos, famílias e comunidades com vista a melhorar a sua condição física, social, comunicativa, emocional, intelectual e espiritual. A intervenção pode incluir o criar, cantar, mover-se e/ou ouvir a música (American Music Therapy Association 2019). No envolvimento musical que é estabelecido existem meios de comunicação em jogo que, em semelhança à arteterapia, podem ser úteis para os sujeitos que possuam dificuldades em se expressar verbalmente (American Music Therapy Association, 2019).

Por fim, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Psicodrama (s.d.), este método foi concebido e desenvolvido por Jacob Moreno, na qual este autor descobriu que a representação de uma personagem reflete a própria experiência de vida de um sujeito. O método psicodramático emprega uma ação dramática orientada para examinar problemas e questões levantadas por um indivíduo (psicodrama) ou por um grupo (sociodrama), sendo constituído pelos seguintes elementos (American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, 2014): o protagonista – pessoa selecionada para representar o tema do grupo; os egos auxiliares – restantes membros do grupo que assumem papéis diferenciados; o público – membros do grupo que testemunham o drama; o palco - espaço físico em que o drama é realizado; e o diretor – o psicodramatista treinado que orienta os participantes ao longo da sessão.

### **3.3. Relaxação Terapêutica**

A relaxação terapêutica foi outra das metodologias de intervenção utilizadas no estágio com as crianças e adolescentes. A sua aplicação não seguiu uma estrutura

programática e rígida, ou seja, os exercícios propostos não se basearam numa única técnica e tiveram em consideração as diferenças individuais de cada sujeito e os objetivos de intervenção. Tal como indica Maximiano (2004), não existe prescrição para patologias e cada percurso é marcado pelas características de cada indivíduo.

A relaxação trata-se de uma prática de mediação corporal com fins psicoterapêuticos e que se centraliza na realidade interna e externa do sujeito (Martins, 2001b). Realidade interna na medida que o corpo pode ser visto como biológico, orgânico, que se move e da qual temos um conhecimento topográfico (relacionado com o esquema corporal), e realidade externa ligada à imagem e representação que fazemos dele, condicionada pela forma como o olhar do outro nos faz sentir (Martins, 2001b).

O termo “terapêutico” é utilizado para se diferenciar das técnicas de massagem, de descontração ou com fins educacionais (Bergès-Bounes & Lauras Petit, 2006). Quando os mecanismos psíquicos levam o indivíduo a descarregar no corpo a ansiedade ou angústia, com origem em conflitos ou impasses, originam-se as defesas tónico-motoras que não são suscetíveis de mentalização. A relaxação é crucial nestas situações, já que proporcionam um conjunto de sensações corporais num plano não-verbal e base tónico-emocional (Martins, 2001b). Às sensações devem ser atribuídas um significado e associação simbólica (Maximiano, 2004). Para alguns indivíduos, colocar em palavras o que sentiu é tarefa difícil, e neste sentido, a expressão pode ser feita com recurso a outros meios (e.g., modelação, plasticina, desenho, etc.) (Maximiano, 2004). Pretende-se, portanto, que o sujeito pense no que experimentou e no significado pessoal dessa mesma experiência, contribuindo assim para uma nova forma de se sentir, quebrando a sua forma habitual de descarga (Martins, 2001b). Por sua vez, esta exteriorização facilita a tomada de consciência dos conflitos intrapsíquicos do indivíduo (Martins, 2001b).

A relaxação não deve ser vista meramente como uma técnica de descontração, já que depende da personalidade do sujeito e da relação terapêutica que é estabelecida (Martins, 2001b). Além disso, despoleta fenómenos arcaicos da relação mãe-criança, que exigem do terapeuta o saber lidar com mecanismos de regressão e compreender os sinais corporais expressos pelo sujeito (Martins, 2001b).

Potel, Saint-Cast & Vacher (2013) referem que a relaxação pressupõe a combinação de uma concentração mental com um relaxamento muscular, na presença de um terapeuta que utiliza o toque e a nomeação. Não obstante, as vivências corporais podem ser mediadas por objetos (bolas, lenços, cordas e bastões) que detêm uma função transitiva, ou pela automassagem que é menos invasiva, mais securizante e reguladora das tensões ansiosas (Maximiano, 2004). Ou seja, a mediação pelo toque deve ser refletida. Como nos indica Llauradó (2012), na adolescência, o tocar está

associado a uma sexualidade nascente. Laminart (2013) é da mesma opinião, salientando que a manipulação passiva não é recomendada na intervenção com adolescentes uma vez que envolve contacto corporal prolongado que pode dificilmente ser aceite. A utilização de mediadores facilita este processo, ao oferecer induções táteis em toda a superfície do corpo do indivíduo, promovendo a sensação de continuidade de existência (Bossé, 2017).

Além do toque, Martins (2001b) alerta-nos para o facto de alguns pacientes terem dificuldade em se concentrar, nomeadamente em sensações de tipo regressivo, que os conecta a conflitos arcaicos de relação maternal ou parental. A imobilidade ou os olhos fechados podem não ser suportáveis, já que podem despertar angústia de morte (Martins, 2001b). Laminart (2013) corrobora com estes efeitos, ao referir que podem despoletar no indivíduo angústia de fragmentação.

Na relaxação terapêutica com crianças, esta deverá ocorrer num ambiente preferencialmente lúdico (Costa, 2008), sendo normal que hajam conversas e até jogos e movimento (Bounes & Petit, 2006). Ponsin (2002) menciona que a mobilização ativo-passiva com respetiva nomeação dos segmentos corporais ajudará a criança a situar o seu corpo e tomar consciência do seu diagrama corporal. Além disso, é comum recorrer à utilização de mediadores que facilitam a consciencialização respiratória (e.g., bolhas de sabão, penas, etc.), sendo generalizada para todo o corpo e levando ao sentimento de unidade corporal. A mesma autora salienta que a concentração e escuta interior permite que a criança imagine o seu próprio corpo, sendo que ao pensar existe um acesso à função cognitiva.

### **III. Enquadramento Institucional Formal**

Terminada a revisão de literatura acerca da saúde mental, Psicomotricidade e metodologias de intervenção, que se constituem como temas de relevo para o enquadramento da prática profissional, passamos agora a caracterizar formalmente a instituição acolhedora do estágio. Assim, é descrita a organização do SESARAM com referência ao Departamento de Saúde Mental e ao Serviço de Pedopsiquiatria do HNM, e apresentado o contexto funcional e valências de intervenção deste serviço.

#### **4. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, E. P. E.)**

O SESARAM trata-se de uma unidade que visa a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos, familiares e grupos sociais, funcionando como elo entre os centros de

saúde e os hospitais da região. Para este efeito, dispõe de um conjunto de recursos, representando assim, uma pessoa coletiva de direito público (SESARAM, 2017a).

O SESARAM integra dois polos hospitalares: o Hospital dos Marmeleiros, que deu início à sua atividade na década de quarenta, e o HNM, antigamente designado por Hospital Cruz de Carvalho, tendo sido inaugurado a 9 de setembro de 1973. A construção deste novo hospital permitiu alargar a prestação de cuidados à população madeirense, dado o aumento do número de doentes na região. O Hospital dos Marmeleiros, juntamente com o HNM constituíram até início do século XXI, o Centro Hospitalar do Funchal. Mais tarde, em maio de 2003, passaram a designar-se por Hospital Central do Funchal, englobando-se no Serviço Regional de Saúde, E.P.E., pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2003/M de 27 de maio (SESARAM, 2017a).

O SESARAM tem como visão a promoção e proteção da saúde das pessoas por meio de um atendimento eficiente, humano, próspero e de qualidade, através dos recursos disponíveis (SESARAM, 2017b). A sua missão passa por prestar cuidados de saúde e tratamentos à população, nomeadamente aqueles que beneficiam do Serviço Regional de Saúde, dos subsistemas de saúde e outros, através de uma rede de serviços acessível e de elevado nível, que leve à melhoria da saúde da pessoa; promover atividades de investigação e formação; e desenvolver programas de saúde de âmbito regional com o apoio do IASS, IP-RAM (SESARAM, 2017b).

#### **4.1. Departamento de Saúde Mental**

O Departamento de Saúde Mental foi criado em dezembro de 2008 pelo Regulamento Interno do SESARAM, num novo edifício inaugurado a 26 de setembro de 2011 junto ao Hospital dos Marmeleiros (SESARAM, 2011). A sua criação resultou da necessidade de existir uma estrutura integrada que abrangesse os cuidados primários e hospitalares numa visão moderna da Saúde Mental, integrando os seguintes serviços: Serviço de Psiquiatria, Serviço de Pedopsiquiatria, Serviço de Psicologia, Unidade de Tratamento à Toxicodependência, Unidade de Intervenção nos Problemas ligados ao Álcool e as Unidades Locais de Saúde Mental (SESARAM, 2011). Neste sentido, o departamento é constituído por uma equipa de profissionais de diversas especialidades, nomeadamente psiquiatras, pedopsiquiatras e psicólogos (SESARAM, 2011).

Concretamente sobre o Serviço de Pedopsiquiatria, as novas instalações de consulta melhoram a organização e gestão das condições de dignidade e conforto dos doentes e familiares (SESARAM, 2011). Por sua vez, os respetivos internamentos são efetuados no Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família, mediante o protocolo estabelecido entre esta entidade e o SESARAM (SESARAM, 2011).

## 4.2. Serviço de Pedopsiquiatria do HNM

O Serviço de Pedopsiquiatria do HNM acolheu este estágio curricular, sendo um dos serviços que se inclui no Departamento de Saúde Mental do SESARAM.

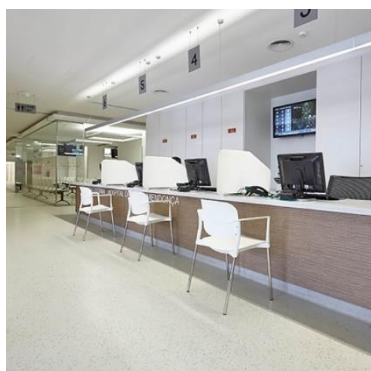
A Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou Pedopsiquiatria, existente no HNM, é caracterizada por assegurar a prestação de cuidados e intervenções na área da saúde mental à população de idade pediátrica, e o seu campo de intervenção abrange a avaliação, diagnóstico e definição de estratégias terapêuticas ao nível das perturbações de saúde mental e de grupos de risco (CNSM & ACSS, 2011; 2018). Para tal, estabelece articulação com especialidades médicas e não médicas, integra e coordena uma equipa multidisciplinar e estabelece ligação com os cuidados de saúde primários e outras estruturas da comunidade, tal como definido pelas entidades anteriores.

Este serviço está localizado numa unidade anexa - Edifício de Apoio ao HNM - (SESARAM, 2017c), que contém, para além deste serviço, as seguintes especialidades médicas: Medicina Física e Reabilitação, Oftalmologia, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia Infantil, Ciências Neurológicas, Psicologia, Imuno-Alergologia, Neuropediatria e Enfermagem (SESARAM, 2017c). Funciona em regime de consulta externa/ambulatório e de internamento através do protocolo já atrás mencionado. Além disso, visa intervenções de âmbito preventivo para redução de fatores de risco, estratégias de intervenção precoce, avaliação diagnóstica e tratamento e por fim, programas de cuidados continuados e reabilitação psicossocial. O Serviço de Pedopsiquiatria do HNM é constituído por três pedopsiquiatras, quatro psicólogas, uma enfermeira-chefe, uma assistente social e uma assistente administrativa, sendo esta equipa representada por uma Diretora de Serviço.

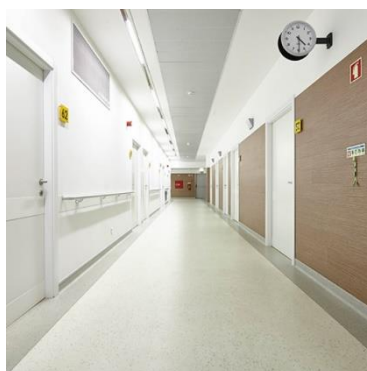
### 4.2.1. Descrição sucinta do espaço físico (consultas externas)

Relativamente ao espaço físico deste serviço, à entrada do Edifício de Apoio encontram-se as receções (figura 1).

**Figura 1 - Receção do Edifício das consultas externas**



**Figura 2 - Corredor de acesso aos gabinetes psicoterapêuticos, copas, sala de reuniões e casas-de-banho**



**Figura 3 - Ala-de-espera para atendimento**



Na ala direita estão presentes os 5 gabinetes nas quais decorrem as intervenções médicas e psicoterapêuticas, para além das casas-de-banho, copas, uma sala de reuniões (figura 2) e uma sala-de-espera para utentes e família (figura 3).

#### **4.2.2. Descrição sucinta do regime de internamento**

Os internamentos provenientes do Serviço de Pedopsiquiatria, do Serviço de Urgência Hospitalar e dos consultórios particulares dos pedopsiquiatras e psiquiatras da região encontram-se sediados na Unidade de Pedopsiquiatria de S. Rafael, no Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (Irmãs Hospitaleiras, 2018).

Este Internamento acolhe crianças e jovens com patologia psiquiátrica de curta e média duração (SESARAM, 2017d). Foi inaugurado a 24 de setembro de 2009 e destina-se a crianças e jovens entre os 3 e os 18 anos com diagnóstico de surtos psicóticos, tentativas de suicídio, depressões graves, alterações de comportamento, anorexia e bulimia (Irmãs Hospitaleiras, 2018).

#### **4.3. Contexto funcional e valências de intervenção**

A referenciação para a consulta de Pedopsiquiatria funciona através de um sistema online computadorizado, sendo que os pedidos são efetuados pelos cuidados de saúde primários, Tribunais ou Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), havendo uma articulação em rede dos diferentes serviços.

Através da reunião de triagem que é realizada semanalmente pela equipa técnica, procede-se à recolha de informação e compreensão dos motivos dos pedidos, que podem remeter para efeitos de despiste, avaliação médica e psicológica. Nesta reunião são discutidas as situações clínicas prioritárias que necessitem de visionamento, procedendo-se assim, ao encaminhamento para as valências de Pedopsiquiatria ou Psicologia.

A primeira consulta tem como objetivo a compreensão das queixas/preocupações do utente ou família bem como o levantamento de dados anamnésicos, sendo formulado um diagnóstico provisório e plano terapêutico. O pedopsiquiatra pode, por sua vez, encaminhar os casos para outras intervenções terapêuticas supervisionando e podendo colaborar no plano terapêutico.

Para além das reuniões de triagem, são também realizadas reuniões clínicas entre a equipa técnica do Serviço de Pedopsiquiatria (que podem ocorrer no edifício de apoio ao HNM ou na Unidade de São Rafael), da qual os técnicos têm a possibilidade de debater os casos acompanhados e definir estratégias que visem o sucesso da intervenção terapêutica.

Para além das reuniões semanais realizadas entre a equipa técnica, são realizadas periodicamente reuniões com outros serviços e meios da comunidade sempre que a situação a nível clínico, educacional e social do utente e família assim o exijam. Esses meios podem corresponder aos cuidados de saúde primários, Segurança Social, CPCJ, Centros de Acolhimento Temporário e IPSS que desenvolvam atividades junto de crianças e jovens, Lares de Infância e Juventude, Comunidade Escolar, Instituto de Reinserção Social, Direção Regional de Educação Especial e Reabilitação – Centros de Apoio Psicopedagógico (DREER – CAP).

#### **IV. Realização da Prática Profissional**

Este capítulo visa descrever o desenvolvimento do estágio curricular que decorreu no HNM ao longo de 9 meses com abordagem às atividades clínicas assistenciais e não assistenciais experienciadas. Para tal, é descrito o modelo de funcionamento da psicomotricidade no HNM, a organização do estágio com as diferentes fases constituintes, finalizando com a explicitação do processo de avaliação e intervenção com a apresentação de dois estudos de caso.

#### **5. Descrição sucinta do modelo de Funcionamento da Psicomotricidade no Serviço de Pedopsiquiatria do HNM**

Tal como referido anteriormente, a Psicomotricidade é uma valência terapêutica que traz contributos importantes na intervenção em saúde mental infantil e juvenil. Durante o estágio realizaram-se consultas de avaliação e intervenção psicomotora, tendo-se estabelecido ainda relação com outros contextos de intervenção e comunitários. A Psicomotricidade vem, assim, possibilitar uma alternativa terapêutica atualmente inexistente no SESARAM.

O encaminhamento para a Psicomotricidade é feito pelo médico pedopsiquiatra, podendo ocorrer situações em que sejam outros técnicos a aconselhar o seguimento. Contudo, cabe ao médico pedopsiquiatra tomar essa decisão. Na primeira consulta geralmente é realizada uma entrevista aos pais e criança/jovem (ver subcapítulo 7.1.), agendando-se posteriormente uma avaliação psicomotora com duração aproximada de 3 sessões. Com base na avaliação é então decidido a necessidade de uma intervenção e elaborado um projeto pedagógico-terapêutico na qual é refletido o contexto de intervenção mais adequado. Nesta fase estabelece-se novamente contacto com os pais de forma a consciencializá-los das eventuais dificuldades da criança/jovem, apresentando-se também o plano terapêutico.

A intervenção terapêutica decorre segundo objetivos e estratégias pré-definidos e a sua periodicidade varia de acordo com as necessidades de cada sujeito. Ao longo do estágio as crianças e jovens foram acompanhados com uma frequência de uma sessão por semana com duração aproximada de 50 minutos.

Ao longo da intervenção são elaborados planos (Anexo N) e relatórios de sessão (anexo M), que permitem o técnico organizar a sua intervenção em função dos objetivos delineados bem como analisar e refletir o comportamento e evolução da criança/adolescente. Após o período de intervenção inicia-se a reavaliação que irá permitir o técnico analisar os efeitos da sua intervenção e efetuar ajustes, se necessário, ou por outro lado, dar alta ao utente se os objetivos de intervenção tiverem sido alcançados e se a criança/jovem se encontrar mais adaptado aos seus contextos de vida.

## **5.1. Sessões individuais e de grupo desenvolvidas no estágio...**

### **5.1.1. ... com as crianças**

Na terapia individual é privilegiada o relacionamento dual entre sujeito e psicomotricista, existindo uma “intimidade terapêutica” (Baranes, 2009), da qual o técnico representa uma figura identificatória para o indivíduo (Grabot, 2002). Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001) referem que quando existe um bloqueio relacional na criança, em que se verifica uma grande necessidade de descoberta de sensações e dela própria, as sessões individuais são as mais apropriadas. O mesmo se justifica nos casos em que o psicomotricista verifica que a criança não apresenta maturidade suficiente para integrar um grupo (Rodrigues et al., 2001) e/ou também em casos de grande inibição (Fonseca, 2006).

A criação de grupos terapêuticos é predominante na Psicomotricidade, e teve origem na Clínica da Encarnação em 1987 em virtude do crescente número de pedidos de intervenção e escassez de profissionais disponíveis para o efeito (Vidigal et al., 2006). A intervenção grupal na infância potencia a descoberta, a iniciativa, a responsabilidade, a comunicação (Martins & Rosa, 2005), permite o olhar no outro, a imitação, o desafiar (Bergès-Bounes & Lauras-Petit, 2006), desencadeia a necessidade de a criança possuir um objeto, de se afirmar e de precisar de espaço, conflitos das quais o psicomotricista deve ser capaz gerir de forma a manter um clima saudável (Gravel & Tremblay, 2004). O grupo compreende, portanto, uma dimensão social, psíquica e de exploração corporal, possibilitando o acesso ao “reconhecimento de si” (Rosa & Martins, 2012).

Para Cruz & Lobo (2005), o dinamismo do grupo em casos de insucesso escolar marcantes, desinteresse, oposição e isolamento permite melhorar a autoestima,

segurança e socialização através da realização de projetos conjuntos. Em crianças com PHDA a intervenção grupal pode ser igualmente benéfica, já que potencia o desenvolvimento das competências sociais (Martins & Rosa, 2005), a melhoria pela aceitação das regras, o pensar antes de agir e uma melhor tolerância à frustração (Cruz & Lobo, 2005). Na experiência de Costa, Santos & Vidigal (2005), as dinâmicas grupais possibilitam a utilização da dramatização de contos infantis, que fomentam a capacidade expressiva e linguística/comunicativa de crianças com perturbações ao nível da comunicação e do desenvolvimento da fala, sem psicopatologia grave evidente. Bergès-Bounes & Lauras-Petit (2006) salientam ainda a maior sensação de liberdade em grupos de relaxação, uma vez que as crianças desenvolvem a proposta de relaxação à sua maneira, ao invés de a percecionarem como algo imperativo.

Quanto à composição dos grupos, estes deverão incluir patologias diferentes, de modo compatível e complementar (Costa, 2008), devendo ser respeitado o estágio de desenvolvimento e interesses do grupo (Gravel & Tremblay, 2004). Por outro lado, Costa (2008) menciona que o grupo é contraindicado em situações de crianças que não tenham desenvolvido processos de simbolização, ou que possuam grandes níveis de agitação ou agressividade (Costa, 2008). Em determinados casos deve-se acoplar a intervenção grupal com a individual, ao nível da Psicomotricidade ou outras especialidades, como nos propõe Bergès-Bounes & Lauras-Petit (2006). Costa (2008) menciona ainda que numa fase final de intervenção psicomotora individual se deve incluir a criança num pequeno grupo.

No âmbito do estágio, a intervenção realizada com as crianças ocorreu num contexto individual. Apesar de ter sido ponderado uma intervenção dual para dois casos face às suas características (inibição, isolamento, ansiedade e problemas psicossomáticos) e tendo em consideração os benefícios de uma intervenção de grupo já atrás referidos, tal acabou por não ocorrer devido às incompatibilidades horárias dos pais. Quanto às restantes crianças acompanhadas, as dificuldades adaptativas caracterizadas por elevados níveis de agitação, agressividade e outros sintomas (e.g., ecoprese, enurese, dificuldades de aprendizagem), justificaram a intervenção individual.

### **5.1.2. ... com os adolescentes**

A adolescência trata-se de uma etapa vulnerável cujo corpo do jovem se encontra em revolução, e as representações do mesmo podem-se manifestar de forma desequilibrada (Baranes, 2006).

Na intervenção individual com o adolescente, o terapeuta adapta-se ao seu ritmo, favorecendo o acesso à relação e o reforço da identidade. Além disso, há um reconhecimento de si pela identificação com o corpo do outro, em que o jovem é

valorizado, o que pode ajudá-lo a construir uma imagem gratificante de si mesmo (Bossé, 2017). Por outro lado, muitos profissionais criam grupos quando são realizadas mediações corporais com adolescentes. Apesar do medo, do julgamento e do olhar do outro, os grupos permitem uma identificação com um modelo e favorecem a imitação (Larminat, 2013).

Na adolescência ocorrem novas formas de socialização, diferentes da infância, das quais são vivenciadas fantasias compartilhadas (Baranes, 2006). Segundo Baranes (2009), a intervenção de grupo possibilita o ajustamento das distâncias relacionais, sendo que o grupo é soma de uma quantidade de energia equilibrada por regras implícitas e explícitas que estão na base das relações. Assim, Baranes (2006) salienta-nos que, para que o grupo cumpra com os efeitos de contenção e de identificação, os papéis irão variar de acordo com a personalidade de cada um: o líder, o intelectual, o cómico, etc., sendo que esta distribuição não é fixa nem definitiva, e evolui com o tempo.

A relaxação e o psicodrama são exemplos que estimulam os jovens nas suas habilidades motoras, mentais e a nível afetivo, da qual vão sendo alternados diferentes papéis no seio do grupo, emergindo conflitos e sentimentos que devem ser geridos pelo psicomotricista, contribuindo assim, para a construção da sua identidade (Grabot, 2002). Atividades que envolvem a música, escultura, escrita e role-play, também favorecem, de forma indireta a expressão corporal (Baranes, 2006).

No estágio, a intervenção com os adolescentes decorreu num registo grupal. Para a elaboração deste grupo de intervenção, foram refletidos critérios de seleção em conjunto com a equipa de Pedopsiquiatria e com o núcleo de estágio, tendo em consideração os conteúdos teórico-científicos abordados anteriormente. Desta forma, passamos a referir esses mesmos critérios que justificam a sua composição:

- Adolescentes que, face às angústias e impasses com origem precoce, na qual podemos situar sintomas variados (e.g., distorção da imagem corporal, dificuldades de comunicação, defesas tónico-motoras), possam encontrar na experimentação e no investimento corporal novas formas de agir;
- Características maturacionais - Mais importante que as características psicopatológicas e faixa etária (que variou entre os 15 e os 17 anos), o nível de maturidade entre os adolescentes teria de ser aproximado. Todos os elementos do grupo possuíam um bom nível de *insight*, sem défices cognitivos;
- Motivações convergentes – Procurou-se abranger elementos com interesses em comum, mais especificamente na vertente artística. O objetivo passou por providenciar uma envolvência terapêutica com base nesses meios. Uma das motivações em comum do grupo era a arte, a música e a escrita.

- Traços de personalidades divergentes – Embora predominasse a sintomatologia ansiosa e depressiva no grupo, a personalidade dos casos deveria ser heterogénea. De forma resumida, expomos as características de cada caso: J.A – jovem cómico, embora com sentido de humor negativo; La. – Adolescente “intelectual” e inibida; Mar. – jovem otimista, constituindo-se como líder do grupo ao longo da intervenção, sendo capaz de ajudar e interagir com os outros; Ver. – adolescente dependente do adulto, revelando progressivamente ter sentido de humor; Nic. – Jovem um pouco desajeitada, mas divertida e inteligente; Di. – Adolescente envergonhado, contudo, capaz de exprimir os seus sentimentos e angústias perante o grupo nos momentos de reflexão.
- Máximo 4-6 elementos;
- Critérios de exclusão: Adolescentes com problemas de agressividade face aos outros; Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental; Deficiência auditiva, visual ou motora; Perturbações do desenvolvimento como a Perturbação do Espectro do Autismo, X-frágil, entre outras (à exceção da PHDA); e Perturbações psicóticas.

## **5.2. A sessão-tipo**

O modo de funcionamento das sessões entre crianças e jovens divergiu. Essas diferenças justificam-se pelas características e necessidades individuais de cada sujeito, aliado ao facto de existir duas etapas distintas do desenvolvimento humano em jogo: infância e adolescência.

Apesar desse facto, podemos considerar que alguns rituais se aplicaram em ambos os casos. Para iniciar, temos o ritual de entrada. Neste momento crianças e jovens são convidados a retirar os sapatos, procedendo-se a um momento de diálogo inicial (Gravel & Tremblay, 2004). Neste diálogo são partilhados eventos do quotidiano através de uma escuta empática, relembram-se as atividades realizadas na sessão anterior, não ocorrendo, contudo, de forma rígida e variando de caso para caso. O mesmo ocorreu com o momento final das sessões em foram realizadas atividades de consciencialização corporal e/ou auto-concentrativas, na qual se procurou dar um sentido e significado ao vivenciado nas sessões, normalmente com recurso a material expressivo, relembrando-se também as atividades realizadas. O ritual de saída constitui-se com o calçar sapatos e se despedir. No caso em concreto das crianças, na despedida era realizado um movimento, algo que também diferiu consoante os casos: nalguns, este ocorria sempre da mesma forma, induzindo um sentimento de constância, continuidade e segurança. Noutros casos procurou-se promover a capacidade de criatividade, de inovação e de exploração.

O que acabou por divergir das crianças para os adolescentes, além da tipologia das sessões, foi o corpo de sessão em si. No caso em específico das crianças, após o descalçar os sapatos, procedeu-se à realização das atividades que iam ao encontro com os seus interesses e motivações, cuja única regra que existia era “(...) *não nos podemos magoar a nós próprios nem ao outro*” (Gravel & Tremblay, 2004). Embora no caso das crianças não existisse um planeamento prévio, na atmosfera primitiva e contentora que foi sendo criada, foi-se trabalhando os aspetos em dificuldade, i.e., os objetivos anteriormente delineados através da adoção de estratégias ou adequando o grau de dificuldade. No entanto, mediante a personalidade/características de cada criança houve a possibilidade de se concretizar atividades propostas pela estagiária anteriormente planeadas. Apesar disso, regra geral partia-se da iniciativa da criança com intuito de estimular a criatividade e proporcionar vivências afetivas e significativas para a mesma. Considera-se, portanto, que no caso das crianças desenvolveu-se uma Psicomotricidade com incidência relacional, ocorrendo situações com uma vertente instrumental face a objetivos como a consciencialização da ação, coordenação praxica e exploração das diferentes formas de expressão.

No que diz respeito ao grupo de adolescentes, as atividades desenvolvidas tiveram um planeamento prévio e um encadeamento lógico, progressivo que possibilitasse a crescente ambientação e confiança dos adolescentes àquele espaço, para com a estagiária e restantes membros do grupo. Embora se considere que ao início a prática psicomotora teve um caráter mais instrumentalizado, nunca se descurou a componente relacional, fundamental em todo o processo terapêutico. Além disso, com o desenrolar das sessões procurou-se dar iniciativa aos próprios adolescentes, da qual estes puderam dar sugestões ou ideias de atividades que tivessem.

### **5.3. Caracterização dos recursos físicos e materiais utilizados na intervenção**

Ao longo deste estágio, a intervenção decorreu essencialmente no ginásio do Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), sendo um espaço terapêutico também utilizado pelas especialidades de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Para além deste espaço de atuação, foi possível usufruir da utilização de um dos gabinetes do Serviço de Pedopsiquiatria para a realização de ações como: entrevistas, diálogo com pais e/ou tutores legais, avaliação de alguns itens da BPM (dada a sua capacidade de induzir maior focalização para a tarefa uma vez que existem poucos estímulos distráteis), entre outros. Além disso, o gabinete foi utilizado como espaço de trabalho não assistencial, desde a cotação de instrumentos de avaliação, planeamentos e reflexões de sessões, consulta de processos, estudo e pesquisa relacionados com o estágio.



assumam relevância na prática psicomotora, a sua abundância poderá causar dispersão constituindo-se como elementos distráteis.

#### **5.4. Relação com outros profissionais e com a comunidade**

Como assinala Costa (2008), o trabalho realizado em equipa é crucial para o alcance de objetivos em comum, na qual é possível debater ideias, alargar o conhecimento, partilhar vivências e experiências, fundamentais para uma melhor intervenção. No seio da equipa técnica de Pedopsiquiatria verifica-se que existe este trabalho interdisciplinar, através da concretização de uma reunião de equipa semanal (que decorre todas as quintas-feiras) com duração aproximada de duas horas. Nestas reuniões são discutidos aleatoriamente os casos clínicos pelos técnicos, mediante os casos prioritários daquele momento, sem a adoção de uma estrutura rígida para a discussão dos mesmos.

Nas reuniões de equipa foi possível discutir e pensar diagnósticos, planos terapêuticos, analisar a progressão dos casos, tendo sido debatidas tanto questões práticas, como teóricas. Procurou-se ainda partilhar saberes próprios da Psicomotricidade, desenvolver programas de intervenção em cooperação com pedopsiquiatras e psicólogos (nomeadamente na formação do grupo de intervenção terapêutica com os adolescentes) e definir estratégias terapêuticas. O maior contacto com a equipa possibilitou assim, perceber o que cada técnico desenvolve com os casos, havendo espaço para contribuir positivamente através de uma visão psicomotora.

A participação nas reuniões de triagem realizadas semanalmente às segundas-feiras pela equipa técnica contribuiu igualmente para a compreensão da organização e gestão dos casos, bem como do modelo de funcionamento do serviço de Pedopsiquiatria. Nestas reuniões foram analisados quais os casos prioritários para uma referenciação em pedopsiquiatria, sendo que os restantes, devido ao elevado número e baixa responsividade, eram encaminhados para a Psicologia, podendo ser novamente referenciados para a Pedopsiquiatria sempre a avaliação psicológica assim o justificasse. O encaminhamento para a Psicomotricidade foi realizado nestas reuniões, procurando-se perceber quais os objetivos específicos dos encaminhamentos.

Como referido no subcapítulo 4.3., os profissionais da equipa técnica podem ainda reunir com outros meios comunitários sempre que a situação clínica, social e educacional do utente assim o exija. Neste sentido, participou-se em duas reuniões na unidade de internamento de S. Rafael que contaram com a presença da equipa técnica de Pedopsiquiatria e a equipa de Enfermagem dessa mesma unidade. Ao nível da Psicomotricidade, contámos com a colaboração dos professores para o preenchimento dos inquéritos BASC enviados por cartas através dos pais (Anexo O). Em conjunto com

uma psicóloga da equipa, estabeleceu-se ainda contacto telefónico com uma professora, face à sua incompreensão do acompanhamento de uma criança nas valências de Psicologia e Psicomotricidade.

Por fim, foi realizada uma reunião com uma psicóloga responsável por uma criança institucionalizada e encaminhada pela médica pedopsiquiatra para a consulta de Psicomotricidade, com intuito de se compreender as principais queixas/preocupações, esclarecer o papel da Psicomotricidade e processo de intervenção.

## **6. Descrição e organização do estágio**

### **6.1. Fase de Observação**

Os meses de outubro e novembro corresponderam à fase de observação e de inclusão da estagiária na equipa multidisciplinar de Pedopsiquiatria, bem como a preparação da abertura das consultas de “Psicomotricidade” e “Intervenção Psicomotora em grupo” que pressupôs a criação de uma conta mecanográfica em sistema computadorizado.

Durante este período assistiu-se às consultas das especialidades de Pedopsiquiatria e Psicologia, da qual foi possível observar de forma direta e não-participada o relato dos pais, das crianças e adolescentes e as suas principais preocupações, as dificuldades a nível escolar e também alguns aspetos da dinâmica familiar através da interação mãe/pai-filho(a) e/ou tutor legal-criança/jovem. De referir que em determinados casos clínicos esta observação não foi possível, no sentido em que presença de um elemento desconhecido se poderia constituir como um entrave na progressão terapêutica, prejudicando o diálogo espontâneo do utente. Estes casos foram analisados cuidadosamente, especialmente aqueles que usufruíam de apoio psicológico.

Devido ao facto de os gabinetes de intervenção médica e psicoterapêutica apresentarem um conjunto de recursos materiais apelativos para as crianças, foi possível, em algumas situações, interagir com estas e observar com maior proximidade o seu comportamento, postura e atitudes.

Esta fase de observação também teve lugar na Unidade de São Rafael, nas vertentes de intervenção pedopsiquiátrica e de psicoterapia de grupo – de frequência semanal sob a responsabilidade de uma das psicólogas da equipa. Nesta fase participou-se igualmente nas reuniões de triagem e reuniões de equipa semanais, dando-se início às primeiras referenciações para avaliação e intervenção psicomotora.

Durante este período foram sendo refletidos casos clínicos para a constituição de um grupo terapêutico com os adolescentes. Este processo contou com a supervisão da orientadora local e tutor académico, mas também em a articulação com outros

profissionais que já acompanhavam os casos. Ao longo desta fase foram igualmente realizadas reuniões semanais com o orientador académico e colegas de estágio, com a discussão e apresentação de temáticas formativas pertinentes para o âmbito de estágio de cada formando.

## **6.2. Fase de Intervenção Autónoma**

Em dezembro estavam reunidas as condições necessárias para o início da intervenção autónoma. Através da autorização dos órgãos superiores para utilização do ginásio e de um dos gabinetes do serviço, bem como o término da criação da conta mecanográfica, procedeu-se à marcação das primeiras consultas. Estas objetivaram a realização das avaliações iniciais. No caso das crianças, estas decorreram no mês de dezembro, enquanto que as avaliações iniciais dos adolescentes decorreram no final do mês de fevereiro, altura em que o grupo já estava constituído e confirmada a sua disponibilidade horária.

Após as avaliações iniciais procedeu-se à elaboração dos planos terapêuticos tendo em conta o perfil intraindividual de cada sujeito, com objetivos, metodologias e estratégias de intervenção estabelecidas. A fase de intervenção perdurou até ao mês junho, altura em que se iniciaram as avaliações finais.

## **6.3. Calendarização das atividades**

O estágio curricular iniciou-se a 2 de outubro de 2017 e finalizou-se a 22 de junho de 2018. No primeiro trimestre estendeu-se as atividades de estágio até dia 22 de dezembro para que se pudesse finalizar as primeiras avaliações, interrompendo as atividades de estágio para as férias de Natal entre os dias 23 de dezembro e 2 de janeiro. As restantes interrupções letivas coincidiram com as épocas festivas, ou seja, no dia 13 de fevereiro de 2018 decorrente do Carnaval e nos dias 26 de março a 2 de abril de 2018, referentes à Páscoa.

Apesar de o ano letivo estar programado para terminar a 12 de maio de 2018, prolongou-se o estágio curricular até 22 de junho com o objetivo de se poder dedicar mais tempo de intervenção ao grupo terapêutico dos adolescentes e também poder-se realizar as avaliações finais.

A tabela 1 representa o cronograma que explica a evolução das atividades desenvolvidas entre outubro de 2017 e junho de 2018.

**Tabela 1 - Cronograma das atividades de estágio**

Atividades	Meses									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	
Observação, integração e sensibilização da equipa										
Reuniões de triagem e reuniões de equipa										
Primeiras referências e consulta de processos										
Avaliações iniciais			1		2					
Elaboração de planos terapêuticos										
Intervenção Psicomotora										
Avaliações finais										
Reuniões de orientação académica										

Notas: <sup>1</sup>Avaliações iniciais das crianças | <sup>2</sup>Avaliações iniciais dos jovens

#### 6.4. Horário de estágio

Relativamente ao horário de estágio, este variou consoante as fases de observação e de intervenção autónoma. Na tabela 2 apresenta-se o horário semanal durante os meses de outubro e novembro que contaram com a observação das especialidades de Pedopsiquiatria e Psicologia, bem como a participação em reuniões com o orientador académico, reuniões de equipa e a participação da estagiária como coterapeuta em 3 sessões de intervenção de grupo no internamento, sob orientação de uma das psicólogas da equipa. Neste sentido, o primeiro contacto com a instituição acolhedora compreendeu 21 horas semanais.

**Tabela 2 - Horário referente à fase de observação**

Horas	Dias				
	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9h-10h		Consultas de Pedopsiquiatria e de Psicologia (consulta externa)	Consultas de Pedopsiquiatria e de Psicologia (consulta externa)	Consultas de Pedopsiquiatria e de Psicologia (consulta externa)	Consultas de Pedopsiquiatria (internamento)
10h-11h	Consultas de Pedopsiquiatria (internamento)	Sessão de grupo (internamento)			
11h-12h					
12h-13h	Reunião de Triagem			Reunião Clínica	
13h-14h					
14h-15h					
15h-16h					
16h-17h		Reunião de orientação académica			
17h-18h					
18h-19h					

A fase de intervenção autónoma contou com o início das avaliações e intervenções individuais e de grupo, cuja organização pode ser observada na tabela 3. Para além do tempo despendido nas sessões, encontra-se igualmente registada na tabela o tempo

dedicado para o trabalho complementar inerente às avaliações e intervenções, referente ao registo de presenças, agendamento das intervenções seguintes, consulta de processos, elaboração de planeamentos, cotações de instrumentos, etc. À semelhança do horário anterior, esta nova fase do estágio perfeitou um total de 21 horas semanais.

**Tabela 3 - Horário inerente à fase de intervenção autónoma**

Horas Dias	2ª feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9h-10h					
10h-11h					
11h-12h				Reunião clínica	
12h-13h	Reunião de triagem				
13h-14h					
14h-15h					
15h-16h					
16h-17h	Individual I	Reunião de orientação académica	Individual III	Individual V	Grupo I
17h-18h	Individual II		Individual IV	Individual VI	Trabalho complementar
18h-19h	Trabalho complementar		Trabalho complementar	Individual VII	Individual IX
19h-20h		Individual VIII		Trabalho complementar	

## 7. Processo de avaliação e intervenção

Apresentadas as fases de intervenção vivenciadas, cronograma e horários, passamos agora a descrever de forma mais aprofundada a intervenção autónoma desenvolvida. Assim, serão explicitadas as metodologias de avaliação utilizadas, caracterizada a população atendida em termos demográficos com uma breve descrição das psicopatologias mais frequentemente atendidas. Por fim, serão apresentados os resultados gerais obtidos durante o processo de intervenção.

### 7.1. Avaliação

Na Psicomotricidade é avaliado o desenvolvimento psicomotor, os comportamentos e as características psicoafectivas do sujeito, o que permite perceber as áreas fortes e áreas fracas e assim, estabelecer um perfil psicomotor do indivíduo (Boscaini, 2012; Pitteri, 2004). A partir deste, é elaborado um plano de intervenção com objetivos a desenvolver e tomadas de decisão individualizadas (Pitteri, 2004).

No estágio recorreu-se à utilização de métodos de avaliação qualitativa e quantitativa, sendo que a sua aplicação variou consoante as características dos casos acompanhados. Desta forma, procurou-se compreender quais as dificuldades e potencialidades de cada um, bem como o enquadramento anamnésico e familiar. Devido às limitações de extensão deste relatório, a descrição detalhada de cada um dos instrumentos encontra-se em anexo (Anexo X). No entanto, passamos a referir de forma

breve quais os instrumentos utilizados. Mencionam-se primeiramente os referentes à avaliação qualitativa:

- Entrevista clínica – Realizada na primeira consulta de Psicomotricidade aos pais/tutores legais e à criança/adolescente, num gabinete do serviço, com duração aproximada de 45 minutos;
- Grelha de Observação do Comportamento [GOC], de Duarte, Malheiro, Moreira, Martins e Simões (2015) – aplicada a todas as crianças e adolescentes em contexto de sessão, no âmbito das avaliações iniciais e finais;
- Esquema de Tensões - instrumento utilizado exclusivamente com o estudo de caso 2 durante a avaliação inicial e final, por questões relacionadas com a gestão de tempo e organização das sessões grupais.

Quanto à avaliação quantitativa, nomeiam-se os instrumentos utilizados:

- Bateria Psicomotora [BPM], de Fonseca (2010) – Âncora Editora – aplicado como forma de avaliação inicial e final das crianças acompanhadas, ainda que nalguns casos não tenha sido possível a sua aplicação na íntegra;
- Draw-a-Person [DAP], de Naglieri (1988) – The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, Inc. – aplicado durante a avaliação inicial e final no caso das crianças, possuindo também alguns elementos de carácter qualitativo;
- Behaviour Assessment Scale for Children [BASC], de Reynolds & Kamphaus (1992) – American Guidance Service, Inc. – aplicado aos pais e professores das crianças durante a avaliação inicial e final, havendo ainda uma versão de autopreenchimento que foi aplicada a duas crianças;
- Inventários de Beck (1 - Beck Depression Inventory [BDI], de Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961) - Versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973; 2) Beck Anxiety Inventory [BAI], de Beck, Epstein, Brown & Sterr (1988) - Versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Fonseca, 1995; 3) Hopelessness Scale [HS], de Beck, Weissman, Lester e Trexler (1974) - (Versão portuguesa de Cruz, 1992) – inventários preenchidos pelos adolescentes do grupo de intervenção terapêutica.

## **7.2. Caracterização geral da população atendida na Psicomotricidade**

Através da tabela 4, podemos observar que ao longo do estágio foram encaminhadas para a consulta de Psicomotricidade 11 crianças, e para a consulta de Intervenção Psicomotora em grupo 6 adolescentes, perfazendo um total de 17 utentes. As idades na infância variaram entre os 7 e os 10 anos com uma média etária de 7,1

anos, enquanto na adolescência as idades variaram entre os 15 e os 17 anos, com uma média correspondente aos 16,3 anos (tabela 3). A maioria das crianças encaminhadas pertenceu ao sexo masculino (n=10; 91%), enquanto na adolescência pertenceu ao sexo feminino (n=4; 66,7%).

De entre os casos encaminhados, foi possível realizar a intervenção psicomotora a 9 crianças e 5 adolescentes. Uma das crianças não prosseguiu com a intervenção terapêutica por incompatibilidade horária dos pais e outra por desistência, enquanto um dos jovens interrompeu as terapias que frequentava por motivo de internamento, acabando também por não prosseguir com a intervenção e beneficiando apenas de 5 sessões.

**Tabela 4 - Número de encaminhamentos e de acompanhamentos, género das crianças e jovens**

Caracterização da população atendida	Nº de encaminhamentos	Género		N.º de acompanhamentos efetuados	Dinâmica de intervenção	
		♀	♂		Individual	Grupo
Crianças	11	1	10	9	X	
Adolescentes	6	4	2	5		X

Das 9 crianças acompanhadas, verifica-se na tabela 5 que 6 possuíam diagnóstico de PHDA (n=6, 67%) - das quais 5 apresentavam sintomas predominantemente ligados à hiperatividade e 1 sintomas predominantemente ligados ao défice de atenção –, 1 criança com diagnóstico de Ansiedade Generalizada (n=1, 11%), 1 com Síndrome de Asperger (n=1, 11%) e 1 com Depressão (n=1, 11%).

Face à história anamnésica de cada criança, foi atribuído um diagnóstico de Perturbação de Vinculação para 5 casos (n=5, 56%), das quais 4 com Perturbação da Vinculação Insegura-Ambivalente e 1 com Perturbação da Vinculação Insegura-Evitante. Esses diagnósticos são explicados por fatores que, em fases precoces do desenvolvimento, afetaram a qualidade de vinculação com o adulto, com comprometimentos ao nível comportamental e adaptativo da criança. Esses fatores são: depressão materna, fraca ligação com a figura materna e/ou paterna, ausência de figura paterna na família, estilos parentais que dificultam a exploração da criança ao meio e negligência familiar.

No processo de cada criança poderiam constar os seguintes sintomas: agressividade, excesso de atividade motora, dificuldades de aprendizagem, comportamentos de oposição e desafio, instabilidade, ecoprese, enurese, inibição e dificuldades ao nível do relacionamento com os pares. De salientar que a criança do género feminino encontrava-se institucionalizada e apresentava comportamentos sexualizados.

Tabela 5 – Quadro-resumo da população atendida

Caracterização da população atendida		Individual								Grupo					
		Mar.	Den.	Ru.	J.V.	P.S.	Sa	Die.	Mart	Ân	Ve.	Ma.	Ni.	La.	Di.
Idade (à data 01.01.2018)		7	7	7	7	7	7	8	9	10	15	16	17	17	17
Género		♀	♂	♂	♂	♂	♂	♂	♂	♂	♀	♀	♀	♀	♂
Escolaridade	1º ciclo	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
	3º ciclo										x				
	Ensino secundário											x	x	x	x
Diagnóstico	PHDA	x	x	x	x	x				x			x		
	Perturbações da Ansiedade								x		x	x	x	x	x
	Síndrome de Asperger							x							
	Depressão						x				x		x	x	x
	Pert. Vincul.	Vinculação Insegura Ambivalente	x	x		x	x								
	Vinculação Insegura-Evitante								x						

Relativamente às características psicopatológicas dos adolescentes acompanhados, cinco casos (n=5; 83,3%) possuíam sintomatologia ansiosa e depressiva. Desses cinco, um dos adolescentes possuía diagnóstico de PHDA. O sexto caso (n=1; 16,7%) apresentava sintomatologia ansiosa. Quatro dos seis casos (n=4; 66,7%) tinham antecedentes de internamento, dois deles relacionados com comportamentos autolesivos. Todos os elementos do grupo possuíam dificuldades de interação social, e dois deles já tinham sido vítimas de bullying na escola. Outras problemáticas que se poderiam encontrar descritas no processo de cada adolescente associavam-se à inibição, ataques de pânico, dependência das novas tecnologias, obesidade e perturbações do sono.

Salienta-se que ao longo do estágio dois adolescentes do grupo foram internados, por motivos relacionados com depressão grave, inversão do padrão do sono e comportamentos autolesivos. Por essa razão, e como referido anteriormente, um dos jovens acabou por não prosseguir com a intervenção. Ainda assim, foi possível acompanhar o outro caso, durante o regime de internamento pela Unidade de São Rafael, e no momento após a alta médica.

### 7.3. Descrição das perturbações e psicopatologias mais prevalentes

#### 7.3.1. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

A PHDA é definida como uma perturbação do neurodesenvolvimento (APA, 2013) em que ocorrem modificações nos comportamentos de autocontrolo expressos em

dificuldades ao nível dos impulsos, desatenção e controlo da atividade, que surgem na infância e se prolongam na adolescência e idade adulta (Barkley, 2006). Desta forma, é possível agrupar o conjunto de sinais e sintomas da PHDA em três dimensões de comportamento: défice de atenção, excesso de atividade motora e impulsividade (Barkley, 2006).

De acordo com Rodrigues & Antunes (2014), para cada uma destas dimensões existe um conjunto de características que são reconhecidas como os sintomas nucleares da PHDA, através da qual é realizado o diagnóstico.

Segundo o DSM-V, estes sintomas devem ter uma forte e perturbadora incidência, devem estar presentes em pelo menos dois contextos de vida e não podem estar enquadrados noutra tipo de perturbações (e.g., perturbação global do desenvolvimento, esquizofrenia – APA, 2013). Uma vez que estes sintomas se expressam de formas distintas em cada pessoa, no diagnóstico da PHDA são classificadas três formas de expressão (APA, 2013): PHDA com forma de apresentação desatenta, hiperativa-impulsiva e/ou combinada ou mista.

O défice de atenção corresponde à dificuldade em prestar atenção, apresentando um comportamento pouco persistente, pouco focado em objetivos e distrátil, o que se reflete na dificuldade de iniciar tarefas autonomamente, de fixar a atenção por um longo período de tempo e na lenta execução de tarefas (Barkley, 2006). O excesso de atividade motora ou também designado por hiperatividade, reflete-se nos comportamentos mais irrequietos, energéticos e inquietos manifestados, que podem ter origem num verdadeiro excesso de atividade motora ou numa dificuldade em inibir a atividade motora desnecessária (Barkley, 2006). A impulsividade está associada a comportamentos realizados de imediato sem a ponderação de alternativas, derivados da dificuldade de autocontrolo, de dominar ou inibir respostas e da incapacidade de atrasar uma resposta (Barkley, 2006).

Segundo Rodrigues & Antunes (2014) a maioria das crianças continuam a manifestar alguns ou mesmo todos os sintomas na adolescência e na idade adulta. Consequentemente, isto pode originar problemas interpessoais, a nível académico ou profissional, baixa autoestima, conduta antissocial, consumo de substâncias, entre outros. É de referir que estes sintomas se modificam na sua forma de expressão de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento (APA, 2013).

As causas da PHDA ainda não se encontram totalmente clarificadas. Alguns estudos apontam para causas neurológicas (Miranda, Jarque & Soriano, 1999) e também para alterações nas funções cognitivas superiores, nos processos motivacionais e na gestão da informação básica (Taylor et. al, 2004). Em termos genéticos parece existir uma elevada probabilidade de crianças de pais com PHDA

poder vir a desenvolver a mesma perturbação. Além disso, a incidência da PHDA entre irmãos gémeos é elevada (Barkley, 2006). Uma hipótese explicativa para esta origem genética é o facto de os genes envolvidos no processo de gestão da dopamina no cérebro estarem afetados nos indivíduos com PHDA (Miranda et al., 1999; Taylor et al., 2004). As causas ambientais relacionam-se com fatores pré-natais e perinatais (e.g., consumo materno de álcool ou drogas, prematuridade e doenças ou lesões cerebrais – Miranda et al., 1999; Taylor et. al, 2004).

A PHDA tem uma incidência de cerca de 5% na população em idade escolar e tem uma maior prevalência no género masculino (APA, 2013). Segundo o DSM-V existe maior probabilidade de as pessoas do género feminino apresentarem características de desatenção comparativamente com os indivíduos do género masculino (APA, 2013).

### **7.3.2. Perturbações da Ansiedade**

A Perturbação da Ansiedade caracteriza-se, de acordo com o DSM-V (APA, 2013), pela presença de medo e ansiedade excessivos no indivíduo, surgindo o medo como resposta emocional na iminência de uma ameaça ou risco significativo para o indivíduo. Tal ameaça pode ser real ou percebida e encontra-se frequentemente associada a períodos em que existe uma maior excitabilidade decorrente de pensamentos de perigo imediato ou comportamento de fuga (APA, 2013). No que respeita à ansiedade excessiva esta ocorre na sequência da antecipação de uma possível ameaça futura, encontrando-se mais relacionada com um aumento da tensão muscular e estado de vigilância face a uma situação de perigo futuro e comportamentos de alerta. Desta forma, o que se verifica frequentemente é o surgimento de comportamentos de evitamento ou fuga constantes, como forma de reduzir os níveis de medo e ansiedade (APA, 2013).

As perturbações da ansiedade podem dividir-se em diferentes tipos, podendo existir comorbilidades entre si, no entanto, os diagnósticos devem diferir após as avaliações que analisem o tipo de situações que são temidas ou evitadas, bem como o conteúdo dos pensamentos e/ou crenças associados a estes comportamentos de evitamento ou fuga (APA, 2013). Desta forma, as perturbações da ansiedade incluem a Perturbação da Ansiedade Generalizada, a Agorafobia, a Perturbação da Ansiedade Social, o Mutismo Seletivo, a Perturbação do Pânico e Ataques de Pânico, a Perturbação da Ansiedade de Separação e as Fobias específicas (Anxiety and Depression Association of America [ADAA], 2018a; APA, 2013).

As perturbações da ansiedade encontram-se frequentemente relacionadas com as Perturbações de Stress Pós-Traumático e as Perturbações Obsessivo-Compulsivas, podendo também ocorrer em simultâneo com a Depressão (ADAA, 2018b).

Na Perturbação da Ansiedade Generalizada, os indivíduos demonstram preocupações constantes, que surgem muitas vezes sem motivo aparente, interferindo no seu dia-a-dia e provocando um sofrimento significativo (ADAA, 2018b). Isto leva a que os indivíduos na maioria das vezes evitem situações ou acontecimentos que lhes provoquem esse mal-estar, tendo também receio de serem julgados ou humilhados devido ao medo e ansiedade excessivos que sentem face a determinado estímulo.

As perturbações da ansiedade caracteriza-se por persistir normalmente por um período igual ou superior a 6 meses, sendo que este critério temporal serve apenas como indicador para a deteção e diagnóstico de uma Perturbação de Ansiedade. No entanto, este período de tempo poderá apresentar uma determinada flexibilidade, podendo a duração ser mais curta no caso de a desconfiança da existência da perturbação surgir na infância (APA, 2013).

Existem fatores de risco que poderão estar relacionados com o desenvolvimento de uma Perturbação da Ansiedade, destacando-se a este nível os fatores ambientais, tais como: a experiência de acontecimentos stressantes ou situações de separação precoce, a perda ou morte de alguém próximo, o abuso ou violência na infância e a rejeição ou superproteção dos pais (Hettema, Prescott, Myers, Neale e Kendler, 2005).

As perturbações da ansiedade são as que mais afetam crianças e adultos, acreditando-se que as mulheres são duas vezes mais propensas a apresentar este tipo de perturbação do que os homens (APA, 2013). Além disso, os indivíduos europeus tendem a desenvolver com mais frequência a Perturbação da Ansiedade Generalizada, comparativamente com indivíduos não europeus, assim como os sujeitos de países desenvolvidos em comparação com os de países não desenvolvidos (APA, 2013). Em 2015, a OMS estimou um total de 3,6% da população global com perturbações da ansiedade (DGS, 2017b).

### **7.3.3. *Perturbações Depressivas***

As perturbações depressivas são caracterizadas pela presença de humor triste, vazio ou irritável, conjuntamente com alterações sintomáticas e cognitivas que afetam o funcionamento da vida do indivíduo (APA, 2013). As perturbações depressivas englobam a Perturbação Disruptiva da Desregulação do Humor, Perturbação Depressiva Major, Perturbação Depressiva Persistente (distímia), Perturbação Disfórica Pré-Menstrual, Perturbação Depressiva Induzida por Substância, Perturbação Depressiva devido a outra condição médica, Outra Perturbação Depressiva Especificada e Perturbação Depressiva Não Especificada (APA, 2013).

Tendo em conta as características psicopatológicas dos adolescentes acompanhados no âmbito do estágio, passamos a explicar de forma mais aprofundada as características da Perturbação Depressiva Major:

A Perturbação Depressiva Major é caracterizada pelo humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, sendo que este estado pode ser percecionado pelo próprio sujeito (e.g., através da expressão de sentimentos de tristeza, vazio, desesperança), ou pela observação dos outros (e.g., parecer choroso) (APA, 2013). Verifica-se também uma perda de interesse ou de prazer em todas ou quase todas as atividades da vida do indivíduo, podendo ainda associar-se outros sintomas, nomeadamente: perda ou ganho de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, diminuição do nível de concentração e pensamentos recorrentes de morte (APA, 2013).

Pelo menos cinco destes sintomas devem estar presentes no período de duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas – humor deprimido ou perda de interesse ou prazer – deve estar presente (APA, 2013). Estes sintomas causam sofrimento clinicamente significativo em termos sociais, profissionais ou noutras áreas de vida do sujeito, não se relacionando com efeitos fisiológicos de substâncias ou com outras condições médicas (APA, 2013).

Quanto às causas possíveis para as perturbações depressivas, estas são variáveis e podem afetar indivíduos de idades e extratos sociais diferentes, no entanto, os riscos aumentam com a pobreza, desemprego, acontecimentos negativos de vida (e.g., morte de ente querido, rutura de relacionamento), doenças físicas e problemas relacionados com o álcool e drogas (DGS, 2017b).

Em 2015, a OMS estimou um total de 300 milhões de pessoas em todo o mundo com depressão, i.e., 4,4% da população mundial sendo a psicopatologia que mais contribui para as mortes por suicídio, chegando a cerca de 800 mil casos por ano (DGS, 2017b). É de destacar ainda que no 1º estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental integrado no *World Mental Health Survey Initiative*, Portugal teve a 4ª taxa mais elevada de prevalência anual de perturbações mentais comuns (DGS, 2017b). Além disso, de entre os 9 países europeus que integrou o estudo, o nosso país apresentou as prevalências anuais mais elevadas de perturbações da ansiedade e de controlo dos impulsos (DGS, 2017b).

#### **7.3.4. Perturbações da Vinculação**

A vinculação pode ser definida como a ligação afetiva entre duas pessoas (podendo estender-se a outras figuras), uma relação constante e contínua que perdura no tempo em que existe partilha de intimidade, calor e proximidade (Ainsworth & Bowlby, 1991;

Pinto, 1982). Encontra-se dependente da sensibilidade materna, em que a criança pode ou não utilizar a figura de vinculação como base-segura na exploração do meio, levando ao desenvolvimento de modelos internos operantes (Ainsworth & Bowlby, 1991; Pinto, 1982). A vinculação trata-se, portanto, de um fenómeno de sobrevivência importante nos primeiros anos de vida, essencial para o funcionamento psicofisiológico, regulação do stress, desenvolvimento da mentalização, desenvolvimento emocional, cognitivo e social, organização da identidade, formação da imagem corporal e autorregulação da criança (Costa, 2008; Guédény, 2010).

Para Mary Ainsworth, a figura de vinculação primária é aquela que cuidou do bebé durante os primeiros meses de vida, respondeu de forma mais rápida, apropriada e calorosa e participou na regulação de emoções relacionadas com o próprio sistema de vinculação. O pai, por sua vez, geralmente participa na regulação de emoções durante a exploração, promovendo a cooperação, resolução de problemas e negociação (Guédény, 2010).

A qualidade dos cuidados prestados e a sua constância levou a que Mary Ainsworth definisse quatro tipos de vinculação: segura, insegura-ambivalente, insegura-evitante e insegura-desorganizada (Bretherton, 1992). Estes tipos de vinculação foram observáveis através do *The Strange Situation* - uma experiência composta por 8 episódios que gera situações de stress, que pressupõe momentos de separação e reencontro com a mãe e a interação do bebé com um estranho, sendo que as reações e comportamentos do bebé variavam consoante os tipos de vinculação (Bretherton, 1992).

Além dos 4 tipos de vinculação que Mary Ainsworth nos fala, o DSM-V agrupa as perturbações da vinculação em dois tipos: 1) Perturbação da Vinculação Reativa, que se caracteriza por um comportamento inibido e emocionalmente retraído (ou seja, visto como uma perturbação internalizante), e 2) Perturbação da Interação Social Desinibida, em que existe um comportamento verbal ou físico extremamente familiar com os adultos que não se enquadra com os limites sociais e culturais, i.e., caracterizada como uma perturbação externalizante de comportamento desinibido (APA, 2013).

Falar na vinculação pressupõe abordar em simultâneo o Ciclo Vital de Segurança, que nos remete para a postura da figura de vinculação quando a criança descobre o mundo, fundamental para a sua organização interna (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002). Estes autores salientam o acompanhamento do adulto no desejo de exploração da criança, fornecendo-lhe confiança, proteção, autonomia, supervisionando-a, prestando-lhe apoio e apaziguando-a sempre que necessário através de um ambiente prazeroso, sabendo equilibrar a autonomia e proteção prestada à criança.

São diversas as causas para a formação de uma vinculação insegura, nomeadamente a fraca ligação com a figura de vinculação, separações precoces, eventos negativos da vida (e.g., desemprego, estado socioeconómico precário, conflitos conjugais, existência de outras pessoas na família para proteger como irmãos que estão em sofrimento), entre outros. Estes fatores terão implicações negativas ao nível da negociação de conflitos, conforto emocional e autoestima, liberdade cognitiva, relações sociais, bem-estar físico e psicológico (Guédeney, 2010; Pinto, 1982).

Ao analisarmos as histórias anamnésicas das crianças e adolescentes acompanhados no estágio, encontramos fatores de risco para a formação de uma vinculação insegura. Esse tipo de vinculação pode enquadrar-se num dos 3 tipos de vinculação insegura estabelecidos por Mary Ainsworth e/ou também ser correlacionados com os 2 tipos de Perturbação de Vinculação descritas pelo DSM-V. Esses mesmos fatores podem ser inclusive, explicativos das próprias problemáticas.

#### **7.4. Resultados gerais da Intervenção**

A evolução geral das crianças e adolescentes atendidos são apresentados nas tabelas 6 e 7, através dos valores iniciais e finais obtidos com a aplicação de cada instrumento. Para as crianças encontram-se descritos os valores obtidos com o DAP e BASC, e para os adolescentes, os valores obtidos com o preenchimento dos Inventários de Beck. Importa salientar que as avaliações não foram uniformes, no sentido em que, por exemplo, nem todas as crianças foram avaliadas com a aplicação da BASC (autoavaliação), pela sua faixa etária.

Assim, a tabela 6 é composta pelas 9 crianças que foram acompanhadas ao longo do estágio e o número de sessões frequentadas individualmente. Para cada criança estavam previstas cerca de 20 sessões, tendo este número variado entre 13 e 21.

Ao nível do DAP, obteve-se um termo de comparação entre 6 crianças. Os valores na tabela constam a soma dos valores brutos iniciais e finais das 3 figuras (Homem, Mulher e Próprio) para 5 crianças e a soma das pontuações de duas figuras (Mulher e Próprio) para uma criança. Assim, observamos uma ligeira diminuição da pontuação final em 2 casos cujo investimento e motivação para a tarefa terão influenciado o resultado. Outras 3 crianças apresentaram desenhos finais que merecem uma análise projetiva ou emocional (e.g., desenho de carros, corações ou casas, com ausência de figuras humanas), que não permitiram uma comparação quantitativa. As restantes 4 crianças apresentaram melhorias.

Tabela 6 - Evolução geral da população atendida (crianças)

Crianças	Nº Sessões	DAP			BASC (Pais + Prof.)												BASC (Auto)			
		I	F	D	ISC (Pais)			ISC (Prof.)			CCA (Pais)			CCA (Prof.)			ISE			
					I	F	D	I	F	D	I	F	D	I	F	D	I	F	D	
Den	21	83	79	-4	s/r	58	s/r	98	99	+1	62	51	-11	39	47	+8	n/a			
Ru	21	52	s/r		81	51	-30	90	67	-23	39	60	+21	33	45	+12	n/a			
Mart	21	152	135	-17	65	69	+4	46	s/r			57	61	+4	65	s/r		63	64	+1
J.V.	14	s/r			77	74	-3	s/r			32	39	+7	50	s/r		n/a			
Ma.	16	53	63	+10	61	s/r		72	s/r			39	s/r		44	s/r		n/a		
Sa.	16	110	s/r			48		65	65	=		56	s/r	46	47	+1	n/a			
P. S	20	34	53	+19	47	49	+2	82	82	=	47	49	+2	35	53	+18	n/a			
Die.	14	92	123	+31	40	s/r		s/r			41	s/r		s/r		n/a				
Ân.	13	108	123	+15	53	s/r		39	s/r			73	s/r		36	s/r		55	42	-13

Nota: Legenda: I – Inicial, F – Final, D – Diferença, s/r – sem registo por impossibilidade de cotação (e.g., omissões nas respostas, não entrega de questionários), n/a – não aplicável devido à faixa etária

Ao nível da BASC, encontramos os valores referentes ao Índice de Sintomas Comportamentais (ISC) e à Componente de Competências Adaptativas (CCA) - para pais e professores - e Índice de Sintomas Emocionais (ISE) no autopreenchimento da BASC para 2 crianças. Importa referir que os valores do ISC e ISE são melhores quando menor o seu valor. Já o CCA é tanto melhor quanto mais elevado for o seu valor.

Observando a tabela, verifica-se que ao nível do ISC registaram-se melhorias significativas e manutenção dos resultados para algumas situações, e ligeiros aumentos nas pontuações finais para alguns casos. Este aumento pode ser explicado pela maior consciencialização dos adultos em relação ao comportamento das crianças e/ou face à maior autoafirmação das crianças em relação ao mundo externo verificados numa fase final de intervenção. Quanto ao CCA, de uma forma geral, registam-se várias evoluções, à exceção de uma criança. Tal como referido anteriormente, este resultado justifica-se pelo maior conhecimento e atenção do pai em relação às problemáticas do filho. No que diz respeito aos outros casos, não foi possível estabelecer uma comparação, ora porque os inquiridos não foram entregues, ora porque haviam questionários com omissões que não permitiram o cálculo das cotações.

Por fim, o ISE de um dos casos revelou uma pequena subida de pontuação, talvez justificada pelos acontecimentos recentes no momento em que foi aplicado o questionário (morte de um familiar próximo – tio). Por outro lado, a outra criança demonstrou melhorias significativas.

Resumindo, constata-se que existem oscilações de caso para caso. No entanto, considera-se de um modo geral que a Psicomotricidade deteve um efeito positivo ao nível comportamental, adaptativo e da integração somatognósica nestas crianças. Em termos qualitativos, importa referir que estas foram-se tornando mais conscientes

de si, com um maior repertório de vivências motoras, mais competentes na relação com o outro, com um perfil psicomotor mais desenvolvido, mais confiantes na exploração do meio e com maior autoestima.

Quanto o grupo de intervenção com os adolescentes, a tabela 7 é constituída pelos 6 elementos que constituíram o grupo de intervenção. Dos 6 jovens, 4 foram avaliados antes e após a intervenção. Os outros 2 casos não foram avaliados porque 1 deles foi internado na Unidade de São Rafael e o outro encontrava-se fora da região na altura em que as avaliações finais decorreram. Das 16 sessões previstas, a sua frequência variou entre as 5 e as 11 sessões. Assim, a tabela 7 revela-nos os resultados iniciais e finais obtidos com o autopreenchimento dos inventários de Beck, bem como a diferença obtida entre as pontuações.

**Tabela 7 - Evolução da população atendida (adolescentes)**

Adolescentes	Nº Sessões	Inventários de Beck (Pontuações obtidas)								
		Depressão			Ansiedade			Desesperança		
		I	F	D	I	F	D	I	F	D
Mar.	11	19	4	-15	28	24	-4	2	2	=
La.	9	51	16	-35	56	40	-16	13	9	-4
J.N.	8	37	28	-9	22	14	-8	18	16	-2
Ve.	8	48	42	-6	29	26	-3	17	19	+2
J.A.	5	22	n/a		6	n/a		14	n/a	
Di.	8	26	n/a		26	n/a		12	n/a	

Nota: Legenda: I – Inicial, F – Final, D – Diferença, n/a – não aplicável por ausência

Observando a tabela, constatamos o efeito positivo da Psicomotricidade na redução de sintomas inerentes à depressão, ansiedade e dos sentimentos de desesperança. A recaída do caso “Ve” com conseqüente internamento pode, por sua vez, ser explicativo para a subida do nível de desesperança.

## 7.5. Estudos de caso

Este capítulo destina-se à apresentação de dois estudos-de-caso como exemplos da intervenção desenvolvida, na qual serão utilizados nomes fictícios - João e Maria.

A escolha para os dois casos considerou critérios que fossem diferentes entre si, nomeadamente: etapas do desenvolvimento (infância/adolescência), tipologia de intervenção (individual/grupal) e tipo de problemática (externalizante/internalizante).

### **7.5.1. Estudo de caso 1**

#### **a) Motivo/encaminhamento, dados de identificação e diagnóstico médico**

O João foi referenciado para a consulta de Psicomotricidade para fins de uma avaliação psicomotora e possível intervenção, por uma das pedopsiquiatras da equipa, por apresentar alterações de comportamento e recusa escolar. Trata-se de uma criança do género masculino, nascida a 12 dezembro de 2010 (7 anos de idade à data da primeira consulta de Psicomotricidade). É de nacionalidade portuguesa, habita no Caniço, está atualmente a frequentar o 2.º ano de escolaridade e não possui diagnóstico médico.

O encaminhamento para a consulta de Pedopsiquiatria efetuou-se a pedido da sua professora, que tinha como preocupações a recusa do João em trabalhar na sala-de-aula e o estar atrasado em relação aos colegas de turma. Eram relatadas também pela docente queixas de mau comportamento (comportamento de oposição e agressividade, dificuldades de atenção, incumprimento de regras), dificuldades de interação com os pares e baixa persistência nas tarefas escolares.

#### **b) Caracterização inicial**

A caracterização inicial do João realizou-se a partir da junção de informações obtidas com a observação da sua primeira consulta de Pedopsiquiatria que decorreu no mês de outubro, a partir de dados obtidos com o preenchimento da ficha anamnésica fornecida à mãe (Anexo B), da partilha de informações pela psicóloga da criança e da observação informal da interação mãe-filho.

No que diz respeito à história pessoal e familiar, o João é filho único, fruto de uma gravidez não planeada, contudo desejada pela mãe. A conceção da gravidez deu-se aos 31 anos da mãe, sendo que esta assumiu a gravidez sozinha, ou seja, atualmente é mãe solteira. O João não conhece o pai e a mãe evita sempre falar dele.

Nos cuidados pré-natais, a mãe foi devidamente acompanhada pelo ginecologista e nutricionista. Praticou atividade física durante a gravidez (andava a pé todos os dias e fazia ginástica 2 vezes por semana), dormia entre 7.30h e 10h por noite e a sua alimentação era saudável. A gestação decorreu normalmente e a gravidez foi alvo de notícia positiva e apoio dos mais próximos (amigos e familiares da mãe). Em relação ao parto, este decorreu no HNM, foi de tipo pélvico, teve uma duração de 12 horas e foi utilizada anestesia (epidural). Não ocorreram complicações no parto nem necessidade de cuidados intensivos. O João nasceu com 3,050 kg e um comprimento de 48,5 cm, apresentou choro natural e um índice de Apgar de 9 que depois passou a 10.

Nos aspetos de vida diária enquanto bebé, o João nunca dormiu no berço, partilhou a cama com a mãe até à atualidade. Não utilizou chucha nem biberon, amamentou até

aos 4 anos e a introdução de novos alimentos deu-se aos 8 meses. O horário das refeições era regular e surgiam com frequência birras durante a alimentação. No desenvolvimento ao longo dos primeiros anos, a mãe aponta para uma estimulação através brinquedos, tecnologias (jogos) e histórias.

Ao nível da fala e das habilidades motoras, a mãe não soube precisar a idade da primeira palavra, primeira frase, e as aquisições motoras como o controlo da cabeça, o gatinhar, a marcha, o subir e descer escadas, referindo que “(...) *ocorreu tudo dentro do normal, apenas o uso dos talheres é que custou um bocadinho*” sic.

Em termos do percurso escolar, o João frequentou uma creche próxima da sua zona de residência juntamente com o seu primo da mesma idade, da qual gosta muito de brincar. Frequentou a creche entre os 16 meses e os 5 anos, 3 a 5 dias por semana com duração de 8 horas diárias. Segundo a mãe, a adaptação foi difícil uma vez que o João demonstrou ansiedade e choro excessivo.

Frequentou o pré-escolar durante um ano, transitando para a primária com 5 anos de idade. Por sugestão das educadoras-de-infância, o João beneficiaria de mais um ano no pré-escolar, o que acabou por não ocorrer uma vez que a mãe optou pela sua transição para o 1.º ciclo. Pelas suas palavras, “(...) *achava que ele estava ao nível dos outros, embora as educadoras dissessem que ele era demasiado imaturo*” sic.

Quanto à rotina diária atual, o João levanta-se às 7.30h e entra na escola às 8.30h, deslocando-se de carro numa viagem com duração de 5 minutos acompanhado pela mãe. O seu horário é variável: há dias que sai às 13.30h, e outros que sai às 18h, sendo que algumas vezes é a avó a ir buscar a criança à escola, outras vezes a mãe, uma vez que o horário de trabalho da mãe é variável. Nos tempos livres vê televisão, brinca com os animais, com os vizinhos, com a mãe, com o primo em casa e/ou no parque, joga no tablet e passeia quando possível. Segundo a mãe, as brincadeiras de que mais gosta são as corridas de carros, jogo simbólico (brincar às pistolas) e os videojogos, brincando geralmente com crianças da mesma idade e/ou mais velhas. De acordo com o João, o seu videojogo preferido é o do Minecraft®, e sabe tirar jogos da internet através do tablet e do telemóvel. Na escola, as disciplinas que gosta mais são a de Matemática, Educação Física e Inglês. Aquelas que demonstra menos interesse é a de Língua Portuguesa e a de Expressão Plástica. A hora de dormida ocorre por volta das 21h/21.30h.

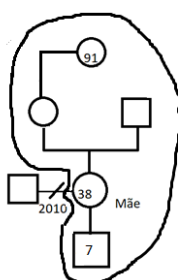
No que concerne à autonomia pessoal, o João come sozinho em casa e na cantina da escola, utilizando os talheres autonomamente. Nos cuidados de higiene pessoal, deixou as fraldas entre os 2 e os 3 anos, com fácil adaptação e hoje é independente nas idas à casa-de-banho, possuindo controlo dos esfínteres. Toma banho 6 ou 7 vezes por semana, lava os dentes 1 a 2 vezes ao dia, utilizando fio dentário.

Ao nível do sono, o João necessita da companhia da mãe para adormecer porque tem medo de dormir, sendo ligada a luz de presença. Faz birras para dormir e não adormece facilmente. Por vezes, fala enquanto dorme e tem pesadelos. Segundo a mãe, a criança tem medo do escuro porque “(...) já ficou uma vez trancado na casa-de-banho” sic.

No que diz respeito à socialização do João, a mãe refere que o menino mostra relações de afeto para com a mãe, avós, tios e primos. Além disso, indica que na escola o João é sociável com os colegas e professores.

Relativamente às características e estrutura familiar (figura 5), a mãe tem como profissão cozinheira, trabalhando em contexto de hotelaria. Até à data, já teve de ser hospitalizada com cólicas renais, e desde que se iniciaram as queixas escolares decorrentes do comportamento do João (desde o 1º ano de escolaridade), menciona ter recorrido a apoio psicológico tendo-lhe sido diagnosticado depressão. Ao nível de outras doenças na família, a mãe refere que a avó materna da criança ultrapassou uma doença oncológica (cancro da mama) há cerca de dois anos, encontrando-se no presente momento estabilizada. Importa salientar que o João vive com a mãe, com os avós e com a bisavó maternos. De acordo com a mãe, o João possui uma boa relação com estes familiares, especialmente com o avô. Refere ainda que a bisavó “(...) começa a esquecer-se das coisas” sic, preocupando-a por vezes. Além disso, mencionou que a avó “(...) é aquela que põe ordem em casa” sic, no que se refere à imposição de limites para com o João.

**Figura 5 – Genograma (João)**



Em termos habitacionais, o João vive numa casa em meio rural, num local seguro e com estradas em bom estado. As condições sanitárias são adequadas e a família possui bens materiais como televisão, telefone, frigorífico, livros, internet, computador e telemóvel. Em casa, o menino partilha o quarto com a mãe, não possuindo quarto individual.

As principais preocupações da mãe relacionam-se com a recusa do João em ir para a escola, trabalhar na sala-de-aula e recusar fazer os trabalhos-de-casa. Muitas vezes de manhã diz ter dores de barriga e faz birras porque não quer ir para a escola. A mãe

destacou ainda o facto de o João não saber ler, e apenas saber escrever o seu primeiro e último nome, mas não o nome completo. Na escola o João recebe acompanhamento da Educação Especial durante uma hora por dia (de 2ª a 6ª feira), abordando conteúdos que não foram adquiridos no 1.º ano. Quanto à descrição da mãe acerca da criança, esta considera que “(...) o João é uma criança feliz, não lhe falta nada” sic, e “(...) adoro o meu filho, mas às vezes tira-me do sério” sic.

De acordo com a psicóloga da criança, a mãe tem dificuldades em impor regras e limites ao João, revelando também dificuldade em dizer “não” à criança e cedendo muitas vezes aos seus desejos. Além disso, na sala recusa-se sempre a fazer o que é pedido, embora compreenda o que é para fazer, argumentando que depois faz em casa.

### **c) Avaliação em Psicomotricidade**

A avaliação com o João em Psicomotricidade decorreu em três sessões de 45 minutos no ginásio do CDC no mês de dezembro de 2017 (i.e., através de uma sessão semanal). Para tal, foram utilizadas bases informais e formais, sendo em seguida apresentados os resultados obtidos.

- **Avaliação informal**

- **GOC**

Com base no preenchimento da GOC (Anexo F), foi possível observar que o João apresenta uma aparência cuidada, um aspeto somático endomórfico, sem desvios posturais.

É uma criança que se envolve nas atividades que vão ao encontro ao seu foco de interesse, esforçando-se para as cumprir até ao fim. Contudo, nas tarefas pela qual não revela motivação, é necessário incentivo e negociação para que participe nas mesmas. Na maior parte das vezes, desiste de cumprir a tarefa solicitada mencionando “(...) não consigo” sic. ou “(...) podemos fazer outra coisa?” sic., ao mesmo tempo que tenta se desviar para outra atividade. Esta atitude foi visível essencialmente nas tarefas que envolveram um grau de dificuldade acrescido para o João, nomeadamente alguns dos itens que compõem a BPM, no contexto de avaliação. De um modo geral, demonstrou ter uma baixa persistência para a realização de tarefas que considera não conseguir executar e fraca adesão a atividades que não correspondem às suas motivações, dispersando a sua atenção para outros estímulos, sendo notória, também, a sua agitação motora nessas situações.

É um menino com dificuldades em cumprir regras, com comportamentos de oposição, agressividade e dificuldades em gerir a sua frustração. Muitas vezes contorna as regras para ganhar um jogo. Não aceita o término da sessão revelando resistências

para abandonar o espaço e não colabora na arrumação dos materiais. Em jogo simbólico predomina o sentido de destruição, dominação e onipotência. Esta criança revelou ainda dificuldades em moderar o seu comportamento, ignorando muitas vezes as chamadas de atenção lhas dirigidas. Demonstrou também um comportamento impulsivo iniciando muitas vezes as tarefas antes de terminada a instrução, e em determinadas situações, revelou dificuldades em prestar e manter atenção às instruções, interrompendo a estagiária com outros assuntos.

Na exploração do espaço e materiais a sua postura foi desinibida, enérgica e alegre, demonstrando conhecer as *affordances* dos diferentes objetos (e.g., bolas, arcos, cones). Espontaneamente dá ideias, e revela ter iniciativa e criatividade. O João traz para as sessões acontecimentos significativos do quotidiano, através do jogo simbólico na interação com a estagiária e com os objetos. No plano simbólico, representa na maior parte das vezes diferentes figuras dos videojogos que joga no seu dia-a-dia. Em termos da relação estabelecida com a estagiária, verificou-se que o João é capaz de gerir a distância interpessoal física, tolerando o toque em si e no outro.

Relativamente à comunicação verbal, esta criança faz perguntas e solicitações espontaneamente, respondendo às questões feitas através de frases curtas e simples. Revela compreender instruções simples e complexas sem necessidade de apoio. As componentes paralinguísticas (entoação, timbre, volume de voz, fluidez e clareza do discurso) encontram-se adequadas. Quanto à comunicação não-verbal o João revelou ter humor com consequências negativas, expressão facial coerente com o discurso, um contacto ocular com algumas fugas (ocorrendo por pouco tempo). Não utiliza com frequência gestos como suporte à linguagem no seu discurso espontâneo (e.g., utilizar mãos ou braços para exprimir algo), contudo, no plano simbólico, a sua gestualidade sobressaía-se.

Ao nível da capacidade de memorização, na memória a curto prazo verifica-se que o João é capaz de descrever as atividades acabadas de realizar e também sabe identificar aquelas realizadas no fim da sessão. Na memória a longo prazo observa-se que é capaz de se recordar de situações do quotidiano decorrentes dos últimos dias e mencionar as atividades preferidas realizadas na sessão anterior, porém, não é capaz de identificar todas as tarefas realizadas.

#### ○ **Observação informal da interação mãe-criança**

Em seguida são apresentados dois exemplos ilustrativos da interação espontânea entre a mãe e a criança:

- 1) Local de Observação: Sala-de-espera que dá acesso ao ginásio do CDC

Comportamentos observados: No momento de espera pelo atendimento do João, verificou-se que a mãe não acompanha a criança no seu desejo de exploração, revelando impaciência e agressividade, mesmo quando a criança se afasta por breves metros (“(...) João anda já para aqui, não tenho paciência. Vê lá se queres apanhar.”) sic.

2) Local de observação: Sala-de-espera que dá acesso aos gabinetes de Pedopsiquiatria

Comportamentos observados: No momento de espera pela consulta de Pedopsiquiatria, observou-se que a mãe do João apresentou uma postura de desvalorização pelos seus receios, não transmitindo segurança e disponibilidade para guiar o João em situações que este manifesta receio. Tal se verificou quando a criança pediu a presença da mãe na casa-de-banho porque tinha medo do escuro ((...) vai lá tu sozinho (...) Não tenho pachorra (...) Ai este pequeno, só me tiras a paciência (...)) sic.

- **Avaliação formal**

Relativamente à aplicação da **BPM** (Anexo E), não foi possível estabelecer um perfil completo do João devido ao seu comportamento de recusa e desistência na realização de vários itens que constituem este instrumento. Ainda assim, apresentam-se as informações que foram possíveis de se obter.

Na tonicidade, o João apresenta uma adequada extensibilidade dos membros superiores e inferiores. Pequenos sinais de esforço foram identificados no afastamento máximo das inserções musculares (adutores, extensores do punho, deltóides anteriores e peitorais), porém, sem sinais tónicos disfuncionais observáveis. Não foram identificadas sincinesias, sendo confirmado em sessões precedentes nas tarefas de cariz expressivo (desenho). O acesso à passividade e a presença de paratonias foi informalmente observado, no plano simbólico através da representação de um “corpo morto”, imóvel no chão, em posição de decúbito dorsal. Através de manipulações e quedas ao nível dos membros superiores e inferiores, pôde-se constatar uma capacidade de abandono muscular e auto-relaxação, com ligeiras manifestações emocionais (sorrisos) face à situação lúdica do momento. Embora não tenham sido aplicados os itens na sua totalidade, crê-se, de forma geral, que o João possui um tónus de base predominantemente hipotónico devido à disponibilidade muscular apresentada, capacidade de abandono e “moleza” muscular percecionada através do toque.

Na equilibração, o João não revelou dificuldades na prova de imobilidade, marcha controlada, e nos saltos a pé-coxinho, foi observada uma pequena desmelodia cinestésica. Já no equilíbrio estático foram notórias muitas reequilibrações e

compensações com os braços, essencialmente nas tarefas que exigiam a privação da visão, acabando por desistir de realizar as mesmas. Na evolução na trave foram igualmente notórias reequilibrações e quedas, bem como uma insegurança gravitacional dinâmica. Estas dificuldades parecem estar associadas à insegurança emocional do João, já que é uma criança com baixa persistência na tarefa e com falta de confiança em si próprio, acabando por não conseguir lidar com a anulação visual e com a equilibração sob uma estrutura destacada do solo, condições exigidas nas tarefas acima mencionadas.

Em relação à lateralidade, o João possui um perfil DEDE, i.e., uma lateralização ocular e manual à direita, auditiva e pedal à esquerda. A preferência manual e pedal foi confirmada noutras tarefas, nomeadamente no equilíbrio estático, coordenação óculo-manual, coordenação óculo-pedal e na realização do desenho do corpo. Embora exista um perfil discrepante entre telereceptores e proprioceptores, o João não revelou confusões na sua utilização e a sua realização foi completa e controlada.

Na noção do corpo esta criança revelou hesitações e confusões no reconhecimento direita-esquerda em si, e conseqüentemente, no outro. É capaz de nomear os segmentos corporais em que é tocado (de olhos abertos) e também reconhecer e nomear as partes do corpo no outro.

Quanto à estruturação espaciotemporal, o João revelou uma adequada organização. Já na estruturação dinâmica, foram visíveis dificuldades em memorizar e reproduzir corretamente estruturas sequenciais mais complexas. No que concerne à representação topográfica, conseguiu fazer a execução motora de um trajeto com quatro elementos. Na execução de um trajeto com cinco elementos não obteve sucesso uma vez que não foi capaz de memorizar a sequência corretamente, i.e., esqueceu-se do segundo elemento da sequência apresentada. Apesar disso, demonstrou conseguir associar corretamente cada número ao respetivo sítio do ginásio a se deslocar.

Relativamente à praxia global constatou-se que o João possui movimentos pouco precisos na coordenação óculo-manual e coordenação óculo-pedal, sendo visíveis algumas dismetrias. Na prova de agilidade, verificou-se dificuldades na execução correta dos movimentos em simultâneo entre mãos e pés.

Por fim, em relação à praxia fina, foi possível observar que o João é capaz de coordenar os dedos das mãos de forma sequencial (com olhos abertos), porém com algumas hesitações. Ao nível da velocidade-precisão, o seu desempenho ficou comprometido por não conseguir cumprir com os limites estipulados na folha de prova no que diz respeito à realização das cruzes.

No que concerne à aplicação do **DAP** (Anexo G), podemos observar as figuras 6, 7 e 8, bem como as respetivas pontuações obtidas.

Figura 6 - Homem (DAP - Avaliação inicial), João



Figura 7 - Mulher (DAP - Avaliação inicial), João



Figura 8 - O Próprio (DAP - Avaliação inicial), João



Tabela 8 - Pontuações obtidas (DAP) - Avaliação inicial, João

Desenho	Valores brutos	Valores Standard	Percentil	Classificação
Homem (H)	7	52	1	Deficient
Mulher (M)	10	57	1	Deficient
O Próprio (P)	17	69	2	Deficient
Totais (H+M+P)	34	53	1	Deficient

Os resultados no desenho das três figuras (6, 7 e 8) demonstram que o João possui um resultado muito abaixo do esperado para a sua faixa etária, obtendo a classificação mais baixa possível (*Deficient*). Importa referir que sua a motivação para a realização dos desenhos foi baixa, executando-os apressadamente e de forma pouco investida, principalmente no desenho do Homem e da Mulher. Assim, verifica-se que os desenhos se encontram bastante incompletos, facilmente observável através da ausência de detalhes anatômicos (e.g., braços, pernas e elementos faciais), de ligações entre as partes do corpo e ainda ausência de vestuário. A distinção entre géneros efetua-se apenas pela presença de cabelo na figura feminina, contudo, sem a existência de outros elementos que possam levar à identificação de cada género. Nestas figuras podemos observar a presença de uma cruz ao nível da face. Pelas palavras do João, “(...) são máscaras.” sic., “(...) eles são robôs” sic., e “(...) têm braços e pernas invisíveis” sic.

O desenho do próprio acaba por ser aquele com melhor pontuação, uma vez que este apresenta maior número de detalhes com a presença de elementos faciais (olhos e boca) e outras partes do corpo como braços e pernas. Mesmo assim, é notória a falta de investimento em termos de pormenores anatômicos (e.g., braços e pernas a duas dimensões) e de vestuário, bem como de elementos que levam à identificação do género do João. Salienta-se ainda que o desenho destas três figuras foi elaborado no canto central inferior da folha, com uma proporção extremamente pequena.

O desenho do corpo é o reflexo da representação do corpo vivido da criança, revelando o seu nível de integração somatognósica e a sua experiência psicoafectiva

(Fonseca, 2010). O desempenho do João nesta prova demonstra que este possui uma desintegração somatognósica, em que através da representação gráfica do corpo é notória a pobreza significativa de diferentes segmentos corporais, e uma falta de organização em formas e proporções.

Quanto aos resultados obtidos no preenchimento da **BASC** pela mãe (Anexo C), é possível observar que no perfil clínico (gráfico 1) a escala da ansiedade e dos problemas de atenção são aqueles com valores mais elevados, contudo, fora da zona considerada de risco (i.e.,  $60 \geq T \leq 69$ ). As restantes subescalas do perfil clínico encontram-se igualmente fora das zonas problemáticas, bem como as que correspondem ao perfil adaptativo (gráfico 2). Neste último, os valores indicativos de risco correspondem a  $31 \geq T \leq 40$ , e valores clinicamente significativos a  $T \leq 30$ , o que não se verifica. Estes mesmos valores revelam um quadro comportamental e adaptativo adequados, na perspetiva da mãe.

Gráfico 1 - Perfil Clínico do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial

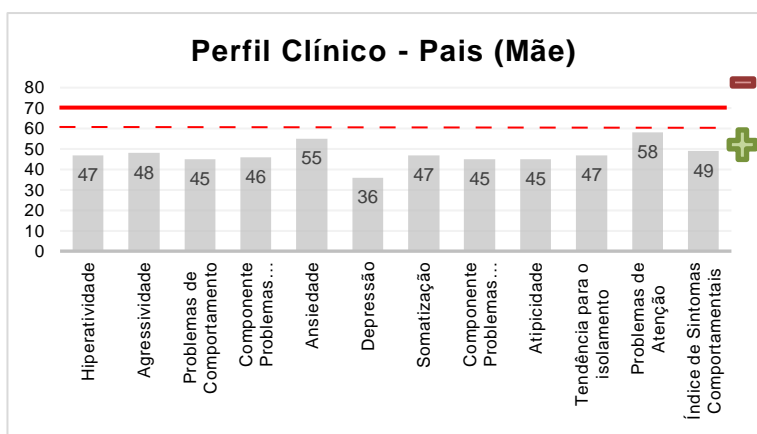
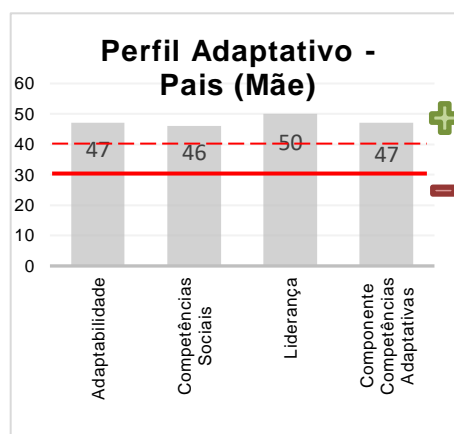


Gráfico 2 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial



Na subescala dos problemas de atenção foram assinalados itens que indicam que o João tem dificuldades em ouvir instruções, que desiste com facilidade na aprendizagem de coisas novas, por vezes esquece-se das coisas, distrai-se facilmente, nem sempre faz as tarefas a tempo e/ou escuta atentamente.

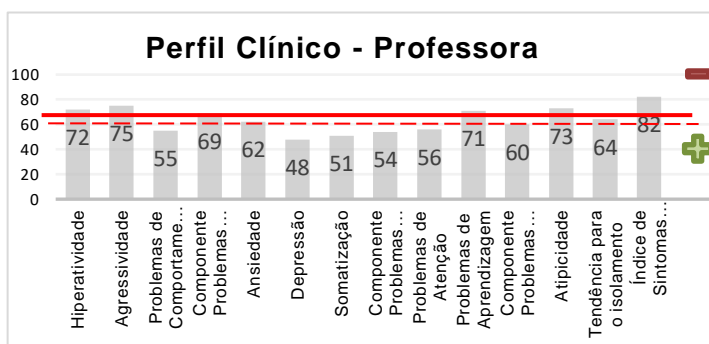
No que concerne aos resultados da **BASC** obtidos pela professora (Anexo D), no perfil clínico (gráfico 3) encontramos nos comportamentos externalizantes as escalas da hiperatividade e da agressividade como clinicamente significativas. Na primeira, foram selecionados itens relacionados com a pressa que o João tem em realizar o seu trabalho, o distrair-se com facilidade, o agir sem pensar e o não conseguir esperar pela sua vez. Na segunda, a professora considera que o João argumenta sempre quando é

contrariado, refila com os professores, muitas vezes culpa, magoa ou critica os outros e queixa-se das regras.

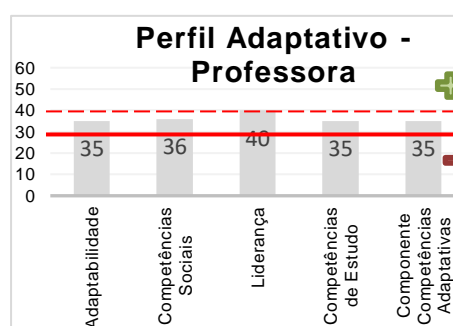
Nos comportamentos internalizantes a escala da ansiedade encontra-se em risco, da qual foram assinaladas questões que indicam que este menino frequentemente preocupa-se com coisas que não podem ser alteradas, o ter medo de vir a cometer erros e o ser por vezes nervoso.

A escala dos problemas de aprendizagem e da atipicidade são consideradas como clinicamente significativas. Na primeira, as respostas remetem para as dificuldades na escrita, leitura e matemática, e o errar por descuido e/ou por não ouvir as instruções. Na segunda, foram assinalados comportamentos como o ingerir coisas que não são comida, a repetição de um pensamento sistematicamente, o demonstrar-se inexpressivo e o cantar ou murmurar para si próprio. A escala da tendência para o isolamento encontra-se em risco visto que o João brinca sempre sozinho, muitas vezes é o último a ser escolhido pelas outras crianças para jogar, recusa-se a participar em atividades de grupo e por vezes tem dificuldade em fazer novos amigos.

**Gráfico 3 - Perfil Clínico do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial**



**Gráfico 4 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial**



No perfil adaptativo (gráfico 4), a escala da adaptabilidade, competências sociais, liderança e competências de estudo encontram-se igualmente em risco. Na primeira, a professora considera que o João é teimoso, parece ficar contrariado ao ter de dar o seu melhor, adaptando-se pouco às mudanças de rotina e a novos professores. Na segunda, verifica-se que o menino nunca cumprimenta, encoraja ou se oferece para ajudar os outros, valorizando-os, nem felicita alguém quando algo de bom lhe acontece ou demonstra interesse pelas ideias dos outros. Na terceira, os itens indicam que a criança nunca tem ideias ou é boa a motivar pessoas, nunca é escolhida como líder pelos colegas ou capaz de dar sugestões para a resolução de problemas. Na última escala, constata-se que o João nunca lê os capítulos que lhe são recomendados, faz trabalhos extra ou estuda com os colegas, é um menino que não analisa o problema antes de o resolver nem pede para fazer trabalhos em falta.

#### d) Perfil Intraindividual

Mediante a caracterização e avaliação psicomotora inicial do João, é possível estabelecer o seu perfil intraindividual (tabela 9), com respetivas áreas fortes e áreas a desenvolver.

Tabela 9 - Perfil Intraindividual, João

Áreas Fortes	Áreas a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pensamento simbólico<ul style="list-style-type: none"><li>• Criatividade</li></ul></li><li>• Envolvimento nas atividades com o seu foco de interesse<ul style="list-style-type: none"><li>• Desejo de exploração<ul style="list-style-type: none"><li>• Tonicidade</li><li>• Lateralidade</li></ul></li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equilibração</li><li>• Noção do Corpo</li><li>• Estruturação Espaciotemporal<ul style="list-style-type: none"><li>• Praxia Global</li><li>• Praxia Fina</li></ul></li><li>• Redução dos níveis de ansiedade</li><li>• Diminuição da Impulsividade<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidade de Atenção</li></ul></li><li>• Controlo da Agressividade</li><li>• Competências Sociais</li></ul>

#### a) Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Após o levantamento das informações anamnésicas e realização da avaliação formal e informal do João, são indicados em seguida os fatores de risco e os fatores de proteção/oportunidades que esta criança possui tendo em conta o seu quadro comportamental e adaptativo (tabela 10).

Tabela 10 - Fatores de risco e de proteção, João

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de figura masculina (parental)</li><li>• Ansiedade de separação na ida para a creche<ul style="list-style-type: none"><li>• Amamentação até aos 4 anos</li></ul></li><li>• Criança partilha quarto e cama com a mãe</li><li>• Imaturidade na transição para o 1º ciclo</li><li>• Depressão materna com início das queixas escolares</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avós e bisavó maternos</li><li>• Assiduidade às consultas de Psicologia, Pedopsiquiatria e Psicomotricidade</li><li>• Alimentação, horas de sono e rotina diária regulares</li><li>• Mãe com emprego – assegura a estabilidade económica e de sobrevivência na família</li></ul>

#### b) Hipóteses explicativas

Para uma melhor compreensão deste caso clínico, será feita em seguida uma análise pormenorizada das informações recolhidas e levantadas hipóteses que poderão justificar as problemáticas apresentadas pelo João, com base na literatura. Este procedimento possibilita uma visão esclarecedora sobre a personalidade e comportamentos da criança, bem como uma melhor orientação em termos de objetivos a delinear e tipo de intervenção.

Como referido anteriormente, a mãe João assumiu a gravidez sozinha desde o início, não existindo uma figura masculina (parental) na vida da criança. Esta figura, segundo Manfroi, Macarini & Vieira (2011), tem um papel importante no apoio durante a gestação, facilitando a ligação afetiva entre a mãe e o bebé. Além disso, participa na regulação das emoções que decorrem durante a exploração e descoberta do mundo pela criança, bem como promove a cooperação, resolução de problemas e negociação com a mesma (Guédeney, 2010; Paquette, 2004). Ou seja, considera-se que a envolvimento positiva do pai na vida da criança traz benefícios para o seu desenvolvimento, na medida em que é expectável que na infância surjam situações como birras, medos, sentimentos de tristeza, situações de agressão e incumprimento e outros desafios que a criança terá que enfrentar, da qual o pai, figura de autoridade, tem um papel importante na gestão destes comportamentos e emoções (Wilson & Prior, 2010).

A ausência deste elemento na estrutura familiar poderá justificar os comportamentos de oposição do João, já que a mãe assume um papel mais relacionado com as questões afetivas e o pai, com a imposição de limites, de acordo com Guédeney (2010). Além disso, como referido na caracterização inicial, foi indicado pela psicóloga da criança que a mãe do João tem dificuldades ao nível do estabelecimento de regras, o que acaba por agravar este quadro comportamental.

Na mesma perspetiva, Winnicott indica-nos que uma criança normal coloca à prova o seu poder de desintegrar, destruir, assustar, cansar, manipular, consumir e apropriar-se (Luz, 2008). Refere ainda que quando a estrutura familiar é suficientemente forte e resistente às suas tentativas de desorganização, a criança tranquilizar-se-á e sentir-se-á livre e capaz de brincar (Luz, 2008). Segundo Winnicott, ocorrerão, portanto, tentativas para testar a figura de referência, especialmente quando existem dúvidas acerca da estabilidade dos pais (Luz, 2008), algo que se pode constatar no comportamento do João.

Outra questão a refletir é a ansiedade de separação e choro excessivo na ida para a creche, sendo que a superproteção e a intromissão parentais constituem-se como fatores de risco para o seu desenvolvimento (APA, 2013). Esta superproteção pode ser relacionada por exemplo, com a amamentação prolongada desta criança até aos 4 anos. Como indica Winnicott, a mãe suficientemente boa tanto partilha uma parte sua, colocando o bebé/criança numa relação de dependência (fase de amamentação), como também é capaz de frustrar esse mesmo prazer, para dar espaço, autonomia e independência à criança, sendo um processo fundamental para o seu crescimento (Costa & Moreira, 2008). Esta dependência provavelmente prejudicou o João em termos de exploração e de descoberta do mundo. Para além deste fator, é importante salientar

que o João partilha o quarto e dorme com a sua mãe, desde que nasceu. O dormir com o(s) progenitor(es) estende a ligação umbilical a que fomos submetidos no período gestacional, dificultando a percepção do que é um ser individual, de encontrarmos a nossa própria interioridade e de ganharmos autonomia (Maia, 2017).

Além dos aspetos anteriores, há que destacar a imaturidade e vulnerabilidade com que o João transitou para a primária. Apesar de a mãe ter sido sensibilizada pelas educadoras-de-infância acerca do benefício de mais um ano no pré-escolar, esta optou pela sua transição. Ora, o jardim-de-infância é um espaço que promove a capacidade de coordenação motora, conhecimento do esquema corporal, estabilização da lateralidade, discriminação visual e auditiva, preparando a criança para as aprendizagens escolares no 1.º ciclo relacionadas com o ler, escrever e resolver problemas (Sim-Sim, 2009). O perfil dispráxico do João em termos da equilibração, noção do corpo e praxias podem ser reflexo desta falta de preparação, de desenvolvimento, na medida em que o ambiente proporcionado pelo jardim-de-infância poderia aprimorar este leque de capacidades.

Ainda sobre as componentes psicomotoras, Fonseca (2010) refere-nos que a noção do corpo resulta da inter-relação entre propriocetividade e exteroceptividade, i.e., entre as informações intracorporais e extracorporais levando à adaptação motora no espaço envolvente. Por essa razão, compreende-se a influência e importância do controlo postural, que como vimos anteriormente, se encontra comprometido nesta criança. Além disso, possivelmente as dificuldades ao nível da coordenação motora (agilidade) e em termos da velocidade-precisão na praxia fina podem ser justificadas pela dispraxia verificada nos fatores psicomotores atrás mencionados, já que têm grande influência sobre a programação e execução motora dos movimentos globais e/ou mais precisos/finos (Fonseca, 2010).

Outro aspeto a destacar é o facto de a mãe ter vindo a desenvolver sintomas depressivos desde que as queixas escolares começaram a surgir. Estudos indicam que crianças com mães deprimidas correm o risco de desenvolver uma vinculação insegura, bem como problemas internalizantes e externalizantes, ao nível do funcionamento cognitivo e nas interações sociais (Canadian Paediatric Society, 2004; Guédenev, 2010; Pinto, 1982). Este fator torna-se assim, uma agravante para as dificuldades de aprendizagem e de relação com os pares desta criança.

Todos os critérios anteriormente referidos constituem-se como pré-requisitos para a indicação de uma vinculação insegura de tipo ambivalente. Por um lado, há uma criança superprotegida pela mãe, da qual se destaca a falta de autonomia com prolongamento de experiências regressivas, uma ligação fusional entre mãe-criança, com dificuldades na imposição de limites face à ausência de uma figura masculina

(parental). Por outro lado, é notório o desejo da mãe pelo crescimento do João, ao ambicionar a sua transição para o 1º ciclo, cortando, ao mesmo tempo, as suas oportunidades de aventura e de exploração do meio, tal como observado informalmente na interação mãe-filho. As junções de todos estes fatores constituíram um impasse à criança na sua capacidade de enfrentamento e adaptação ao meio característico do 1.º ciclo, da qual não se encontrava preparado, quer ao nível das aprendizagens propriamente ditas, quer em termos de relação e de interesse pelos outros.

Por fim, é colocada ainda a hipótese de esta criança apresentar uma perturbação da vinculação em comorbilidade com uma PHDA. Tal se explica por apresentar vários sintomas catacterístos desta perturbação do neuroenvolvimento, tais como referidos por Barckley (2006), e da qual se enquadram nas 3 dimensões enunciadas pelo DSM-V (APA, 2013).

### c) Objetivos Gerais e Específicos

Conhecidas as hipóteses explicativas, são apresentados em seguida os objetivos gerais e específicos que se encontram divididos por domínios nas tabelas 11, 12, 13 e 14. A última coluna de cada tabela diz respeito à metodologia utilizada para avaliar a aquisição desses mesmos objetivos.

Tabela 11 - Objetivos Gerais (Domínio Emocional/Afetivo, João)

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação
Domínio Emocional/Afetivo	Melhorar a regulação de emoções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de persistência, conseguindo concluir uma tarefa (mesmo obtendo insucesso, desde que dê o seu melhor);</li> <li>• Melhorar a capacidade de lidar com a frustração em situações de insucesso;</li> <li>• Diminuir a sua impulsividade e melhorar a planificação da ação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOC</li> </ul>
	Desenvolver a comunicação não-verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o tempo do contacto ocular num processo comunicativo;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de utilizar gestos para se expressar (e.g., apontar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOC</li> </ul>
	Diminuir a agressividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de autocontrolo dos comportamentos;</li> <li>• Melhorar o sentimento de valorização e interesse pelo outro;</li> <li>• Desenvolver a aceitação de regras de funcionamento da sessão, e progressivamente das atividades estabelecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BASC</li> <li>• GOC</li> </ul>

**Tabela 12 - Objetivos Gerais (Domínio Psicomotor, João)**

	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Domínio Psicomotor</b>	Melhorar o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver o controlo postural com a diminuição de oscilações e quedas em tarefas que requerem equilíbrio estático, de olhos abertos;</li> <li>• Diminuir o número de reequilibrações e quedas no equilíbrio dinâmico, sob plataformas instáveis ou que envolvam a componente altura;</li> <li>• Melhorar o equilíbrio dinâmico na evolução motora em apoio unipedal, com uma realização mais controlada, eumétrica e equilibrada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BPM</li> <li>• GOC</li> </ul>
	Desenvolver a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o reconhecimento direita-esquerda em si (intracorporalmente), sem hesitações/confusões;</li> <li>• Potenciar o reconhecimento direita-esquerda no outro (extracorporalmente) sem hesitações/confusões;</li> <li>• Melhorar a representação gráfica ou expressiva da figura humana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BPM</li> <li>• DAP</li> </ul>
	Melhorar a praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a coordenação motora entre membros superiores e membros inferiores, com adequado planeamento motor através de sequências motoras simples;</li> <li>• Aprimorar a precisão na coordenação óculo-manual, concretizando lançamentos com bola face a um alvo a cerca de 2,5m;</li> <li>• Desenvolver a precisão na coordenação óculo-pedal, pontapeando uma bola com sucesso face a um alvo a cerca de 2,5m.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BPM</li> </ul>
	Melhorar a Estruturação Espaciotemporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a reprodução de sequências espaciais complexas apresentadas;</li> <li>• Desenvolver as noções espaciais (em cima, em baixo, à frente, atrás, à direita/à esquerda), através da reciprocidade vivida em sessão (e.g., da montagem de uma casa com peças do ginásio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BPM</li> <li>• GOC</li> </ul>
	Potenciar a praxia Fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar os movimentos de velocidade e precisão em tarefas gráficas ou expressivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BPM</li> </ul>

**Tabela 13 - Objetivos Gerais (Domínio Cognitivo, João)**

	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Metodologia de avaliação</b>
<b>Domínio Cognitivo</b>	Melhorar a capacidade de atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de manter a atenção por períodos de tempo mais prolongados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BASC</li> <li>• GOC</li> </ul>
	Desenvolver a memória a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de descrever acontecimentos ocorridos no quotidiano no diálogo inicial e recordar as atividades desenvolvidas na sessão anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOC</li> </ul>

Tabela 14 - Objetivos Gerais (Domínio Competências Sociais, João)

Domínio Competências Sociais	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Metodologia de avaliação
	Promover rotinas sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a capacidade de cumprimentar uma pessoa, de se despedir, pedir por favor e agradecer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOC</li> </ul>

#### d) Programa Pedagógico-Terapêutico

Conhecidos os objetivos gerais e específicos delineados para esta criança, em seguida passamos a apresentar o Programa Pedagógico-Terapêutico que é composto pelo tipo de atividades que serão desenvolvidas, as estratégias e recursos utilizados, e o número de sessões previstas de se concretizar.

- **Atividades**

Face às características comportamentais e adaptativas do João, e tendo em consideração a sua história anamnésica, pretende-se que as atividades desenvolvidas apresentem um caráter simbólico, com jogos de descoberta e exploração num ambiente de contenção e proteção.

- **Estratégias**

- Estabelecimento uma rotina de funcionamento da sessão, nomeadamente:
  - o Fase inicial - 1) cumprimento inicial; 2) descalçar sapatos; 3) diálogo inicial;
  - o Corpo de sessão – realização de atividades que vão ao encontro com os interesses e motivações da criança, tendo em consideração os objetivos de intervenção anteriormente descritos;
  - o Fase final – 1) arrumação do material em conjunto e diálogo final; 2) calçar os sapatos em conjunto; 3) despedida – indução da previsibilidade/estruturação da sessão; relação de empatia com a criança.
- Numa fase inicial de intervenção, dar iniciativa à criança – propiciar um ambiente em que esta possa expressar as pulsões agressivas, através de um ambiente lúdico e seguro.
- Arrumação do material em conjunto, de forma lúdica e cativante para o João, utilizando-se diferentes variáveis como: tempo, divisão de tarefas, transporte dos materiais em cooperação;
- Utilização de adereços de forma a enriquecer as vivências simbólicas e também objetos “transitivos” - entre ginásio-casa do João, de forma a diminuir os níveis de

ansiedade de separação, resistências para abandonar a sessão e induzir o sentimento de continuidade entre as sessões;

- Introduzir regras na reciprocidade vivenciada com a criança, de forma progressiva, sendo que o critério de êxito poderá ser estabelecido em conjunto ou apenas pela criança;

- Ser um adulto que incentiva, compreende a criança, leva-a à superação, trazendo a cor e o imaginário para as sessões.

- **Recursos, sessões previstas e calendarização**

A intervenção psicomotora com o João decorreu no CDC do HNM, através de uma intervenção individual. Para tal, foram utilizados os materiais presentes neste espaço e outros elaborados pela estagiária com intuito de enriquecer as vivências experimentadas. O João usufruiu de um total de 20 sessões (incluindo já as sessões de avaliação), sendo que a intervenção foi interrompida nos períodos das férias letivas. O horário de intervenção com esta criança ocorreu às segundas-feiras entre as 16h e as 16.50h, ou seja, o João foi acompanhado com uma frequência de 1x semana ao longo do estágio.

- e) **Progressão terapêutica**

A intervenção com o João seguiu uma dinâmica de incidência relacional, sendo que as sessões iniciais destinaram-se à avaliação psicomotora, conjuntamente com a exploração do espaço e materiais na qual foi sendo estabelecida uma relação terapêutica. Para uma melhor compreensão da sua progressão, apresentam-se as seguintes fases:

- **1ª Fase – Desinibição, Exploração, Agressividade e Funcionalidade (1ª – 4ª sessão)**

Nesta fase, a postura do João era de grande desinibição, com desejo de exploração do espaço e materiais. Revelava interesse em perceber a funcionalidade dos objetos, saltando de atividade em atividade num curto espaço de tempo. De um modo geral, apenas procurava a estagiária para o ajudar a alcançar determinado objeto do ginásio, dispersando-se com vários estímulos e revelando grande agitação. Apresentava também dificuldades em comunicar calmamente no colchão, rebolando, procurando chegar a outros objetos e querendo partir imediatamente para a ação.

De acordo com Lapierre & Aucouturier (1984), o meio que possibilita a atividade espontânea, a liberdade de diferentes modos de expressão e a comunicação livre, poderá despoletar na criança uma grande insegurança, produto de uma liberdade para a qual não estava preparada. Neste sentido, surgem determinados comportamentos

com a função de restabelecer um estado de segurança (Lapierre & Aucouturier, 1984). No caso em concreto do João, a agitação motora, a impulsividade e a atitude de indiferença para com a estagiária.

Nesta 1.<sup>a</sup> fase também era notória a sua agressividade, pela brutalidade com que manipulava os materiais (e.g., pontapeando os blocos de espuma, indo de encontro aos objetos) e pelo facto de querer atribuir uma consequência negativa/punição a quem obtivesse insucesso num determinado jogo. Importa referir que numa das observações informais da interação mãe-criança, as chamadas de atenção da mãe face à desobediência do filho eram constituídas por ameaças verbais para a utilização de punições físicas. Desta forma, foi fundamental incutir desde o início os cuidados a ter com o espaço, com os materiais e com o outro, em reflexão conjunta com o João no sentido de se garantir a integridade física, preservar o bem-estar de ambos e dos materiais, sendo este passo importante para o desenrolar de toda a intervenção, tal como assinala Rodríguez & Llinares (2008).

As resistências para abandonar o ginásio eram acentuadas, sinal de uma ligação afetiva insegura com a estagiária e reflexo da vinculação que é estabelecida com a mãe. Além disso, existia uma repulsa por atividades de cariz expressivo.

O tipo de brincadeiras que o João procurava nesta fase eram de carácter funcional que envolvessem o confronto direto (e.g., jogo do “mata”), e cujo sucesso era obtido através de um sistema de pontuação. Neste tipo de brincadeiras o João alterava as regras com a intenção de preservar o sucesso. Sabendo que o dia-a-dia deste menino era vivenciado com críticas negativas em casa e na escola, tornou-se fundamental proporcionar vivências de sucesso e evoluir para outras situações.

- **2ª Fase – Aumento do contacto ocular e partilha de experiências, canalização da agressividade e melhoria no abandono das sessões (5ª – 10ª sessão)**

Na 5ª sessão o João traz consigo os primeiros objetos de casa, aceitando mais facilmente sentar-se no colchão para mostrar os brinquedos, inventar os jogos que se pudessem fazer, verificando-se gradualmente o aumento do contacto ocular durante este momento de escuta.

Na 6ª sessão o João partilha uma novidade muito importante: a mudança de escola. Esta mudança ocorreu no início do mês de fevereiro, sendo que o João passou a frequentar uma escola privada no Funchal, próxima do local de trabalho da mãe. Esta mudança surgiu por opção da mãe, ao considerar que a inclusão do seu filho numa turma de 8 alunos possibilitaria um acompanhamento mais próximo. Também considerou que o facto de o João ter uma professora nova poderia cativá-lo para as

aprendizagens escolares. Quanto ao João, diz gostar da nova professora e já conhecer todos os seus colegas.

Nesta fase procurou-se transformar o quadro funcional/processo codificado, num quadro simbólico, através da iniciativa da criança. Como refere (Ballouard, 2011), a transformação do ato espontâneo da criança numa história induzida pelo terapeuta possibilitará a criança dominar e superar experiências anteriormente sofridas (Ballouard, 2011). Assim, o jogo simbólico possibilitou a expressão da agressividade e a sua modelação, surgindo como intermediário entre a imaginação e a realidade externa do João, da qual este se pôde expressar, agir e aprender mais facilmente (Boscaini e Saint-Cast, 2010).

A agressividade pode ser entendida como um meio de comunicação com o outro, i.e., como uma procura de relação (Lapierre & Aucouturier, 1984). Neste período, a relação estabelecida com a estagiária foi representada por situações de dominação-submissão, em que o João procurou limitar as suas respostas (e.g., aprisionar, afogar, criar armadilhas). Neste período foram experimentados diferentes papéis pelo João (e.g., “capitão-zombie”), sinal de onipotência, e a e “pirata-estrela”, personagem inferior, inimiga do João e atribuída à estagiária. Este comportamento agressivo surge então, contra a figura feminina que a estagiária representa. Lembra-se que a mãe desta criança não corresponde ao definido por Winnicott como “mãe suficiente boa”, sendo uma figura ameaçadora e ao mesmo tempo dependente da criança, na qual se verifica uma relação fusional.

A parceria estabelecida com o João na expressão dessa agressividade surgiu de forma natural a partir da 8ª sessão (e.g., o João atribuir o papel de ajudante à estagiária num combate), contudo, com oscilações ao longo de toda a intervenção, i.e., ora atribuindo um papel opositor, ora atribuindo um papel de parceria.

Aceitar a agressividade do João foi um passo primordial na intervenção, uma vez que possibilitou exteriorizar a sua ansiedade enraizada no corpo e canalizá-la através de diferentes modos de expressão (Boscaini & Saint-Cast, 2010). Assim, o comportamento agressivo foi sendo expresso através da representação de figuras malignas, derivado para objetos inanimados (agressividade simbolizada), e/ou expresso com limites (e.g., lutas com os esparguetes e “escudos”).

Nesta fase nota-se uma melhoria na aceitação pelo desenho e modelagem bem como no abandono da sessão, que se realizava com menos resistências. Como nos indica Aucouturier (2017), com a aquisição da noção de permanência do objeto, a criança pequena pode prescindir da presença da mãe. Assim, compreende-se a importância do objeto transicional que é aquele que está carregado de afetividade e substitui a pessoa ausente (Aucouturier, 2017).

Neste seguimento, foi fundamental a adoção da estratégia de existir um objeto transicional entre ginásio-casa com significado para o João, decorrente das vivências experimentadas na sessão. Este objeto (“o *Moranguinho*” – bola esponjosa com a figura de um morango), que era sempre o mesmo ao longo de cerca de 3 sessões, possibilitou a redução dos níveis de ansiedade e resistências no momento para abandonar o espaço, bem como induzir o sentimento de continuidade entre as sessões.

- **3ª Fase – Relação mais segura e confiante com a estagiária, alargamento das vivências motoras e melhoria das competências e rotinas sociais (11ª-15ª sessão)**

Nesta fase considera-se ter ocorrido um salto maturacional, no sentido em que o João aceita levar para casa outros objetos diferentes do “*Moranguinho*”.

A partir da 11ª sessão foi-se verificando uma relação mais segura e confiante, tal como o João trazer um livro de casa para mostrá-lo na sessão, ou permitir que a estagiária leve objetos seus para casa, referindo “(...) *podes levá-lo para casa (...) mas se não o trouxeres no próximo dia, levas uma porrada*” sic. Este comentário revela o modelo de interação que foi criado em casa, modelo este aprendido durante a aprendizagem social e a forma como se relaciona com os outros (Bandura, 1977). Perante este maior interesse e curiosidade pelo outro, os momentos de diálogo inicial e final foram-se tornando mais alargados com partilha de experiências e questões elaboradas à estagiária. Foi-se verificando também, e de forma espontânea, uma melhoria ao nível das competências sociais das quais vieram sendo utilizadas expressões como “*obrigado*”, “*por favor*” e “*podes me ajudar?*” sic., com crescente procura da estagiária no auxílio às suas necessidades e desejos.

Esta transição foi surgindo devido ao fortalecimento da relação terapêutica sessão após sessão. A postura de compreensão mútua, a sintonia afetiva, responsividade e atitude heurística (Costa, 2008) foram pré-requisitos fundamentais para a criação desta relação. A comunicação não-verbal ganhou espaço e assumiu um valor simbólico de grande importância no desenvolvimento do processo terapêutico. A presença ou ausência do outro (e.g., em situações de morte/renascimento), a sintonia rítmica (e.g., em situações cavalo/cavaleiro), a postura, a voz, o olhar, a gestualidade e o contacto corporal da estagiária vieram reestruturar a afirmação da identidade desta criança. Como indica Martins (2015), é fundamental a presença destes canais de comunicação não-verbal no jogo simbólico.

Outras estratégias contribuíram para o crescimento desta aliança terapêutica, tais como as rotinas estabelecidas (diálogo inicial, movimento de cumprimento e despedida). O diálogo inicial tinha como objetivo falar sobre acontecimentos decorrentes do

quotidiano e das sessões anteriores, num processo recíproco, da qual se dá e recebe, i.e., numa atitude ativa em que não eram meramente colocadas questões à criança. Além disso, pretendia-se definir as atividades a realizar, sendo que este planeamento, nas palavras de Rodríguez & Llinares (2008), possibilita o pensar antes de agir, o colocar em prática os nossos desejos, intenções e decisões. Face à agitação motora do João, este processo comunicativo decorria verbalmente ao mesmo tempo que se utilizavam objetos intermediários (e.g., bola de fitball).

O cumprimento e despedida representavam encontros/rituais, em que a estagiária procurava incentivar o João a ter de criar diferentes formas de o fazer, promovendo o sentido de descoberta e exploração. Como destaca Rodríguez & Llinares (2008), os rituais da nossa vida dão-nos segurança e ajudam-nos a moldar os nossos eventos diários. Assim, considera-se que a implementação destes pequenos rituais foram fundamentais para promover a criatividade/inação, estruturar o pensamento do João, induzir o sentimento de previsibilidade e reduzir os níveis de ansiedade.

Por sua vez, a imitação é um processo de reciprocidade, de identificação com o outro (Costa, 2008; Martins, 2015). Segundo estes autores, os processos identificatórios ocorrem numa fase precoce do desenvolvimento, quando o bebé produz ecolálias, imita gestos e posturas. O adulto também imita o bebé, havendo um reconhecimento recíproco que leva à individuação da criança (Costa, 2008; Martins, 2015), revelando-se assim, um sistema de contingência social (Martins, 2015). Por outro lado, a imitação também ocorre quando o adulto adota uma postura de espetador de reforço na descoberta, aliando-se à criança, incentivando e dando suporte na exploração (Martins, 2015). Esta atitude, adotada pela estagiária, vai ao encontro com os princípios do ciclo vital de segurança.

Como nos indica Martins (2015), o bebé alterna experiências de fusão e difusão para poder diferenciar o espaço interno e externo do seu corpo e assim, poder individuar-se. Enquanto que a experiência de fusão está associada a movimentos centrípetos orientados para o corpo, a experiência de difusão está orientada para o exterior do corpo (Martins, 2015). Neste sentido, procurou-se propiciar vivências motoras de descoberta e exploração, que permitissem o João projetar-se no espaço e experimentar os seus limites corporais.

Esta postura foi essencial na relação estabelecida com o João, já que quando as relações que as crianças estabelecem com a figura de vinculação são carentes de disponibilidade e responsividade, a criança irá ter dificuldade na organização de modelos internos operantes e na constituição de uma base afetiva segura que lhe permita desenvolver com segurança e sem ansiedade a atividade exploratória (Bretherton, 1992; Guédeney, 2010; Maia et al., 2008; Martins, 2015).

Nesta fase, a regra foi surgindo no seio das vivências lúdicas experimentadas (e.g., construir um barco com apenas 10 peças), e introduzidas de forma gradual. Na reciprocidade vivida com a criança, ocorreram igualmente momentos em que era o João a definir o critério de êxito, sendo que esta cooperação contribui para um maior envolvimento afetivo e bem-estar da criança (Rodríguez & Llinares, 2008).

- **4ª Fase – Maior envolvimento em atividades de risco e interesse por atividades de construção conjunta (16ª-20ª sessão)**

Proporcionar momentos de superação ao João, trazer a cor e o imaginário para as sessões (Costa, 2008; Rodríguez & Llinares, 2008), levaram a que esta criança fosse progressivamente tendo uma maior persistência e envolvimento em atividades de risco e receadas por ele (e.g., deslocar-se sob a trave, subir o espaldar, equilibrar-se sob plataformas instáveis e/ou destacadas do solo), propiciando ao mesmo tempo um amadurecimento psicomotor. Tal como nos refere Martins (2015), a criança também precisa de descobrir coisas fora de si, que despoletem a novidade e que criem descontinuidade no tempo.

Embora o comportamento agressivo se tenha manifestado ao longo de toda a intervenção, por volta da 16ª sessão foi-se verificando uma diminuição pela procura de brincadeiras com sentido de destruição, observando-se um maior interesse por atividades de construção conjunta e de lazer (e.g., cozinheiros). Indica-nos Winnicott (1979) que a construção é outra alternativa importante à destruição no processo de amadurecimento da criança. O brincar construtivo não foi algo imposto na intervenção com este menino, tal como não pode ser forçada uma relação de confiança, como defende Winnicott (1979). Segundo este autor, este processo aparece com o decorrer do tempo como resultado das experiências concretas da criança proporcionadas por aqueles que dela cuidam.

Um outro progresso verificado, por volta da 17ª sessão, relaciona-se com a maior aceitação por tarefas de cariz expressivo (e.g., desenho, pintura, modelagem). Estas eram realizadas no final da sessão, com o objetivo de proporcionar um momento auto-concentrativo, de consciencialização corporal e de representação do vivenciado na sessão.

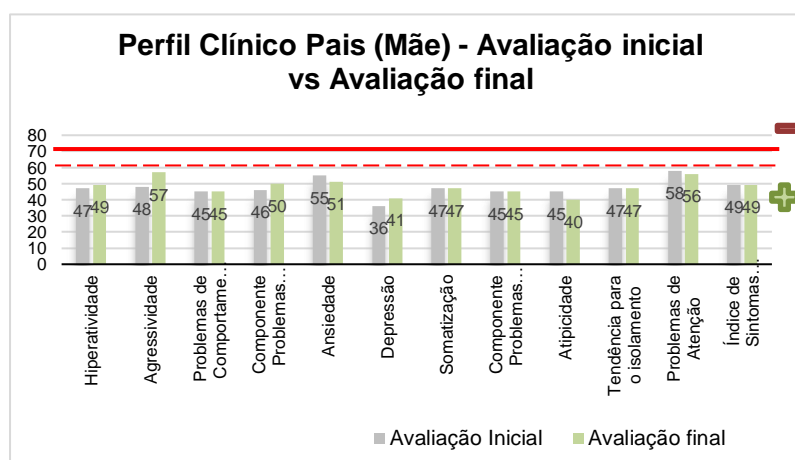
Tendo em consideração as dificuldades da mãe ao nível da imposição de limites e o prolongamento de experiências regressivas como o dormir acompanhado com o filho, considerou-se que seria importante prestar algum apoio à mãe. Assim, surgiram momentos em que a estagiária procurou sensibilizá-la para a importância das regras, a negociação com a criança, a sua envolvimento nas brincadeiras do filho e ainda, perceber como estava a ser feita a transição do João para uma cama individual. Como nos indica

Winnicott, os pais devem mostrar compreensão e amor, mas também deverão ser capazes de mostrar força e firmeza nas suas atitudes para com os filhos (Luz, 2008), sendo uma das ideologias que a estagiária procurou transmitir à mãe.

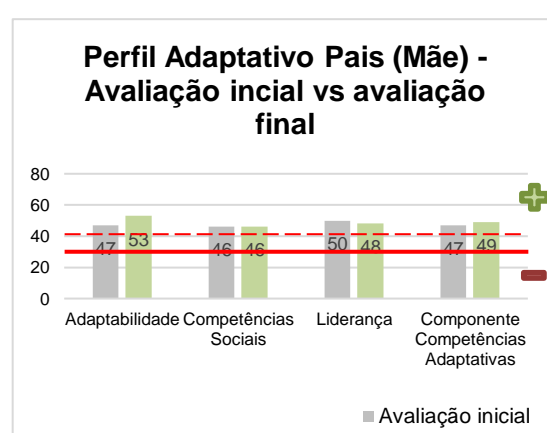
#### f) Avaliação final

O questionário BASC foi entregue à mãe e à professora (Anexos H e I). Devido ao facto de o João ter mudado de escola, o inquérito foi preenchido pela sua segunda professora. Os gráficos 5, 6, 7 e 8 fornecem-nos uma análise comparativa entre os resultados da avaliação inicial e final, referente a **aspetos comportamentais**.

**Gráfico 5 - Perfil Clínico do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final**



**Gráfico 6 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Mãe) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final**



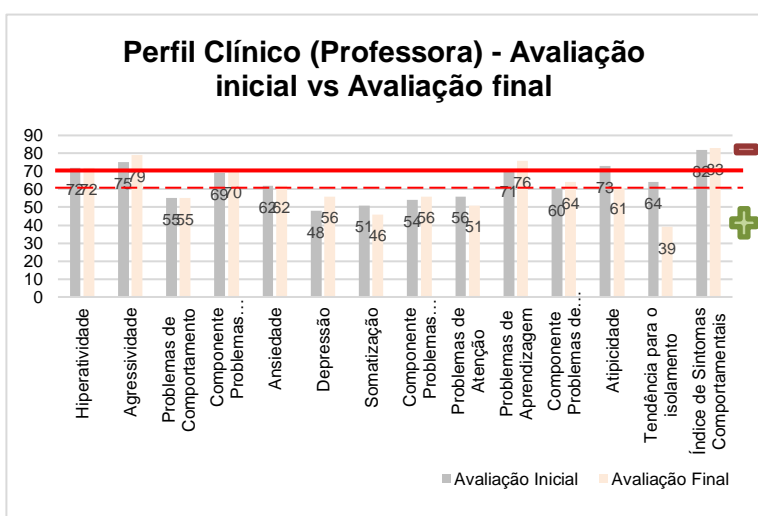
Através dos gráficos 5 e 6, podemos constatar um aumento da hiperatividade, agressividade, depressão e uma diminuição na liderança. Na hiperatividade o resultado explica-se pelo facto de a mãe considerar que por vezes o João faz birras. Já os comportamentos agressivos são caracterizados pelo ameaçar magoar os outros, o insultar as outras crianças e/ou levá-las a fazerem algo, sendo que estes comportamentos não ocorriam na altura em foi realizada a avaliação inicial, segundo a perspetiva da mãe. Na depressão, a mãe assinala que por vezes o João diz que ninguém o compreende e se frustra com facilidade. A descida na pontuação da subescala da liderança explica-se pelo item referente ao ter muitas ideias, em que foi assinalada a opção “frequentemente”, em comparação com o “sempre” da avaliação inicial. Apesar destas diferenças, salienta-se estas subescalas encontram-se fora das zonas consideradas de risco.

Por outro lado, regista-se uma melhoria em termos dos sintomas da ansiedade, comportamentos atípicos, problemas de atenção e também no que diz respeito à adaptabilidade. As diferenças justificam-se pelo João já não se preocupar com tanta frequência com aquilo que os pais pensam e/ou com coisas que não podem ser

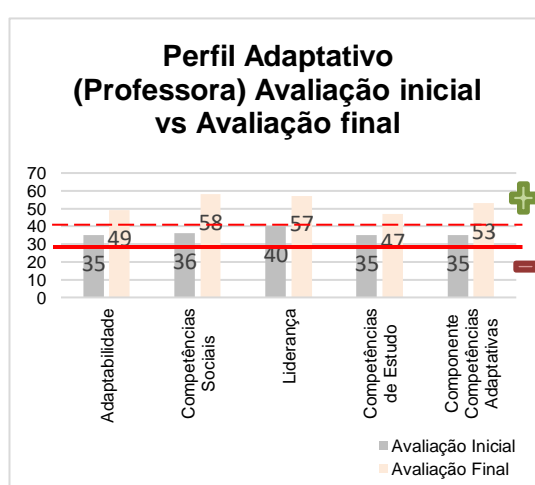
alteradas, com o não ter medo de morrer ou estar nervoso por causa dos testes escolares. Quanto à atipicidade o João já não repete uma atividade várias vezes e em termos da atenção, faz as tarefas a tempo com mais frequência. Na adaptabilidade, a mãe aponta que o João é capaz de se adaptar sempre às mudanças nos planos familiares.

Quanto aos resultados obtidos com o preenchimento da BASC pela sua nova professora (gráficos 7 e 8), apesar de a docente ser diferente, é feita em seguida uma comparação com os resultados da avaliação inicial.

**Gráfico 7 - Perfil Clínico do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final**



**Gráfico 8 - Perfil Adaptativo do João (BASC, Professora) - Avaliação Inicial vs Avaliação Final**



Assim, verifica-se um aumento ao nível da agressividade e problemas de aprendizagem (com valores clinicamente significativos), e em termos da depressão (contudo, fora da zona considerada de risco). A subescala da hiperatividade e da ansiedade mantêm o resultado inicial, encontrando-se com valores clinicamente significativos e em risco, respetivamente (gráfico 7).

A agressividade é marcada pelo aumento de comportamentos como o se queixar das regras, ser exibicionista, dar ordens aos outros e bater por vezes nas outras crianças. Apesar disso, esta professora assinalou que o João nunca parte as coisas dos outros e é mau perdedor com menos frequência, comparativamente com a avaliação inicial.

Nos problemas de aprendizagem, esta nova professora indica que o João menciona sempre que os textos dos livros escolares são muito difíceis de compreender, e as dificuldades com o soletrar e escrever são mais acentuadas, na sua perceção. Contudo, a frequência com que o João completa as tarefas incorretamente por não seguir as instruções não é tão elevada quanto o verificado inicialmente.

Em termos da depressão esta professora considera que por vezes o João é triste, arrelia-se facilmente e/ou queixa-se de ser arreliado. Apesar disso, esta subescala representa um valor fora da zona de risco. Na subescala da ansiedade a docente é da opinião que o João demonstra alguma insegurança antes dos testes e diz com muita frequência “eu não sou bom nisto”, ao contrário do que se verificava inicialmente. Por outro lado, não é da opinião que o João seja uma criança que se preocupe com coisas que não podem ser alteradas ou que diga muitas vezes que tem medo de vir a cometer erros, algo assinalado pela sua primeira professora.

Na hiperatividade as opções de resposta assemelham-se entre as duas docentes, embora com ligeiras oscilações. Por exemplo, a segunda professora indica que o João bate repetidamente com o pé ou com o lápis, interrompe sempre os outros e incomoda com muita frequência os colegas quando estão a trabalhar. Por outro lado, assinalou que o João não é tão apressado a realizar os trabalhos, ouvindo as instruções e escutando atentamente a maior parte das vezes, o que não ocorria na perceção da primeira professora.

Quanto às restantes subescalas, verificam-se melhorias. Na somatização, apesar de não representar uma área de risco decorrente da avaliação inicial, observa-se a diminuição das dores de cabeça, do sentir calor e do adoecer. O mesmo se verifica no que diz respeito aos problemas de atenção, especialmente porque esta professora considera que o João não desiste assim com tanta facilidade quando aprende algo novo, estando mais concentrado e atento.

As principais evoluções verificam-se ao nível da atipicidade, tendência para o isolamento e em todas as escalas referentes às competências adaptativas. Na atipicidade esta professora assinalou que o João nunca se revela inexpressivo, não ingere coisas que são comida, não está alheio à realidade, não mastiga roupa ou cobertores ou balbucia consigo próprio, nem repete um pensamento de forma sistemática. Estas diferenças levaram à passagem de uma classificação clinicamente significativa para uma classificação de risco. A tendência para o isolamento, que se encontrava em risco, passou agora para um valor normativo. Este resultado explica-se porque na perceção desta docente, o João nunca brinca sozinho ou é o último a ser escolhido pelas outras crianças, nem tem dificuldades em fazer novos amigos ou se recusa a participar em atividades de grupo como acontecia anteriormente.

Por sua vez, as competências adaptativas (gráfico 8) apresentam melhorias significativas, sendo que nenhuma escala se encontra agora na zona de risco. Na adaptabilidade observa-se uma melhor capacidade de o João se adaptar a novos professores e às mudanças na sua rotina, o ser sempre um bom desportista, e o não se revelar com tanta frequência contrariado ao ter de dar o seu melhor. Nas competências

socias (escala em que se verifica uma maior evolução), o João oferece-se sempre para ajudar os outros, cumprimenta, elogia ou felicita as outras crianças quando algo de bom lhes acontece, atitudes que não aconteciam de acordo com os resultados da avaliação inicial. Além disso, diz “por favor” e “obrigado”, admite os seus erros, pede para fazer os trabalhos em falta e é organizado com mais frequência. Na liderança, a segunda professora considera que o João tem sempre muitas ideias, dá muitas vezes sugestões para a resolução de problemas, é muitas vezes criativo, toma decisões mais facilmente, encoraja frequentemente os outros a dar o seu melhor e interessa-se muito mais pelas ideias dos outros. Por fim, nas capacidades escolares, a sua nova professora considera que o João completa sempre os trabalhos de casa, tem bons hábitos de estudo com muita frequência, frequenta mais vezes a biblioteca da escola e por vezes estuda com os colegas e trabalha em áreas que não gosta, algo que não ocorria segundo a avaliação inicial.

Ao nível da **integração somatognósica** com a representação gráfica da figura humana, foi-se verificando algumas oscilações na sua forma de representação.

No desenho mais recente das três figuras (o próprio, a mulher e o homem) – figura 9, que foi elaborado na última sessão de intervenção, podemos observar algumas semelhanças comparativamente com a avaliação inicial: ausência de partes do corpo como braços e pernas, detalhes anatómicos e de vestuário e ainda falta de ligações entre segmentos corporais. A figura A representa o próprio, em que o João possui “(...) *braços e pernas invisíveis... uma máscara ... e uma pistola na mão (...)* é porque sou um robô” sic. A figura B representa a estagiária (mulher) “(...) *esta és tu...também és um robô... foste atacada... e isto é sangue*” sic. Por fim, a figura C representa o homem “(...) *os olhos são raios-laser... foi atacado por mim com um machado na cabeça*” sic. A tabela 15 demonstra a descida dos valores brutos e standard finais.

De acordo com Farokhi & Hashemi (2011), os desenhos exageradamente pequenos revelam sentimentos de incompetência, vergonha, medo e depressão, assim como a eliminação completa do pescoço e outras partes do corpo é indicador de que a criança está a enfrentar problemas. O sombreamento do corpo está associado à ansiedade (Farokhi & Hashemi, 2011; Foley & Mullis, 2008), tal como se observa projetado na figura masculina. De destacar ainda as linhas pesadas com que foi executado o desenho, frequentemente associado à agressividade e altos níveis de energia da criança e a utilização da cor vermelha e preta ligado a possíveis estados depressivos, como sublinha Foley & Mullis (2008).

Não obstante, a ilustração final remete-nos para o movimento, para a ação e para a representação de experiências vivenciadas nas sessões. Farokhi & Hashemi (2011), indicam-nos que, ao contrário da crença popular, o desenho de cenas violentas não é

propriamente sinal de preocupação, visto que a criança é artista por natureza e desenha aquilo que vivencia e que é significativo para si. Embora seja visível pobreza significativa ao nível corporal, verifica-se um maior investimento a nível de cor, tempo despendido para a tarefa e enriquecimento do desenho com detalhes ligados à temática da guerra.

Figura 9 - DAP (João) - Avaliação final

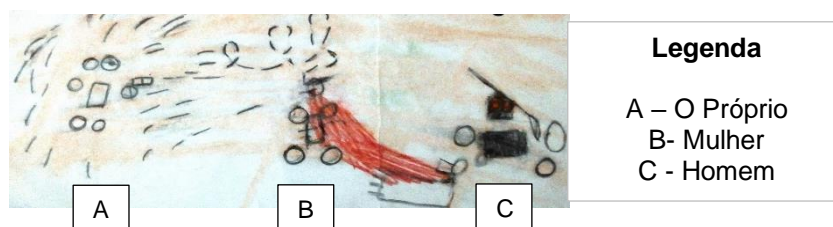


Tabela 15 - Análise comparativa da avaliação inicial e final do DAP, João

Desenho	Valores brutos		Valores Standard		Percentil		Classificação Inicial e Final
	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais	Inicial	Final	
Homem (H)	7	5	52	48	1	1	Deficient
Mulher (M)	10	8	57	53	1	1	Deficient
O Próprio (P)	17	5	69	48	2	1	Deficient
Totais (H+M+P)	34	18	67	41	1	1	Deficient

Por outro lado, em sessões anteriores foi possível se verificar o desenho de figuras mais elaboradas, tal como a representada na figura 10 (“zombie”, equiparado à figura masculina) durante a 12ª sessão. Neste seguimento, podemos observar uma figura com segmentos corporais desenhados a duas dimensões, uma face, boca e pormenores anatómicos (e.g., o cabelo e os cinco dedos das mãos). Com as cotações do DAP, esta figura equivale a um resultado bruto de 31 pontos, valor standard de 93, um percentil entre 25-74 a que corresponde a uma classificação média.

A figura 10 foi desenhada com grandes dimensões, o que segundo Farokhi & Hashemi (2011), geralmente se encontra associado à agressão e hiperatividade. Segundo Klepsch & Logie (1982, cit. in Foley & Mullis, 2008), braços longos ou grandes representam onipotência, desejo de força e poder em controlar os outros. Por outro lado, Koppitz (1968, cit in Foley & Mullis, 2008) afirma que braços longos ou grandes podem sinalizar o desejo de alcançar os outros.

Figura 10 - DAP (João) - Avaliação Intermédia, 12ª sessão



No que diz respeito aos **fatores psicomotores**, não foi possível realizar uma avaliação formal na íntegra visto que a intervenção teve como prioridade serem desenvolvidos os objetivos emocionais e relacionais estabelecidos. Apesar disso, numa fase final de intervenção e através da observação informal do comportamento espontâneo do João, pôde-se constatar uma redução de oscilações na equilibração em estruturas que envolvem a componente altura (e.g., andar para a frente na trave) e/ou que ofereçam maior instabilidade (e.g., bosu, materiais esponjosos), bem como uma maior confiança em habilidades motoras como o saltar no trampolim e subir o espaldar. Ao nível da noção do corpo o João ainda revela hesitações no reconhecimento direita/esquerda em si.

Na coordenação óculo manual e óculo pedal, surgiram situações como o abater um “inimigo” (alvo) através de lançamentos e chutos com bolas a diferentes distâncias, verificando-se gradualmente uma melhor precisão nestes movimentos. No que diz respeito à praxia fina, é capaz de explorar melhor o espaço na folha, desenhando por vezes figuras com maior dimensão e despendendo de mais tempo e investimento para a tarefa.

#### **g) Conclusão/Discussão**

Ao analisarmos os resultados obtidos com a avaliação final, podemos constatar ligeiras alterações ao nível dos comportamentos exteriorizados. Por um lado, a percepção das professoras parece ser mais congruente com a realidade, verificando-se ao mesmo tempo, uma maior consciência e atenção da mãe face aos comportamentos do filho.

A agressividade está relacionada com o estabelecimento de uma distinção entre o que é eu e o que não é eu (Winnicott, 1979). É utilizada como forma de libertação de energia psíquica, contacto com o mundo externo, de comunicação, experientiação, reconhecimento do espaço e formadora do *self* (Stocker, 2007). Considera-se, portanto, que a agressividade é um meio de individuação do João. Importa destacar que na reunião final com a mãe, esta referiu que a criança ainda não dormia sozinha e que numa das suas tentativas de transição para uma cama individual, o João mencionou “(...) *vais-me abandonar?*” sic. Destaca-se que a mãe possui ainda dificuldade em apaziguar a criança e frustrar este prazer para lhe dar autonomia, referindo “(...) *dá-me pena*” sic., encontrando-se ainda num registo fusional. Será fundamental prestar apoio à mãe no sentido de promover as competências de autonomia do João e também ao nível do estabelecimento de regras.

As características desta criança podem ser correlacionadas com os sintomas definidos por Barkley (2006), a que correspondem à trilogia pela qual é definida a PHDA

(APA, 2013): impulsividade, agitação motora e déficit de atenção (ver o subcapítulo 7.3.1.).

Embora não exista um “marcador” biológico que seja diagnóstico da PHDA, a verdade é que existem situações de problemas cognitivos em testes de atenção, nas funções executivas ou ao nível da memória, bem como o aumento de ondas lentas verificadas em eletrencefalogramas e volume encefálico total reduzido observado em ressonâncias magnéticas, quando comparado com os pares (APA, 2013). Seria importante futuramente serem realizados estes exames específicos a fim de descartar estas hipóteses, e então atribuir ou não de forma isolada esta irrequietude/instabilidade psicomotora como sendo a ponta de um *icebergue* de profundezas diversas como nos propõe Rodrigues (2004). Ou seja, compreender este fenótipo comportamental tendo em consideração os fatores de risco levantados na avaliação inicial.

Ao nível dos comportamentos interiorizados, embora sem representar valores de risco no preenchimento da BASC pela mãe e professora na avaliação final, podemos constatar um ligeiro aumento de sintomas depressivos. Esta subida possivelmente está relacionada com a maior capacidade de expressão de sentimentos do João (e.g., quando diz que ninguém o compreende), que pode ter na sua base a mudança de escola que acarreta consigo várias consequências (e.g., abandono dos amigos, adaptação a nova turma/professora) e/ou também podendo estar relacionada com a maior consciência acerca das suas dificuldades escolares. Por outro lado, verifica-se uma melhoria na sintomatologia ansiosa na perspetiva da mãe. Já na perceção da nova professora a ansiedade acentua-se, associada ao nervosismo antes dos testes e pelo medo em fracassar.

Seria importante que o João continuasse a usufruir de sessões de Psicomotricidade com intuito de dar seguimento ao trabalho desenvolvido ao nível da regulação das emoções, controlo da agressividade, melhoria da atenção e dos fatores psicomotores em déficit. Face à maior motivação para as aprendizagens escolares, numa fase final de intervenção a mãe tem vindo a constatar que este menino escreve letras em espelho (e.g., p ao invés de q). Este facto possivelmente relaciona-se com as hesitações/confusões na direita esquerda, inerentes à noção do corpo, e também com as dificuldades na reprodução de padrões espaciais complexos que colocam em jogo o domínio das noções espaciais e a perceção visual. De acordo com Fonseca (2010), a estruturação espacial tem influência nas relações topológicas, localizações, orientações, e reconhecimentos visuoespaciais, fundamentais para as aprendizagens simbólicas. Tratam-se, portanto, de fatores psicomotores que devem ser trabalhados.

Sendo que o quadro comportamental e adaptativo do João teve como foco uma intervenção de incidência relacional, é possível enumerar vários objetivos atingidos,

nomeadamente: redução dos comportamentos atípicos, diminuição da tendência para o isolamento, melhor capacidade de adaptação ao meio, às mudanças de rotinas e a novos professores, melhoria das competências sociais, liderança e competências de estudo. Ainda que o João possua dificuldades escolares acentuadas, verifica-se ainda que é capaz de investir mais nos trabalhos escolares, de completar os trabalhos-de-casa e de ser organizado. O interesse pelo outro aumentou, na medida em que este menino brinca sempre com outras crianças, sendo capaz de cumprimentar, elogiar, felicitar e encorajar.

Por fim, ao nível psicomotor registam-se igualmente melhorias na equilíbrio, precisão na coordenação óculo-manual, e pedal e um maior investimento em tarefas de cariz gráfico. Na integração somatognósica foi visível que o João tem competências para desenhar figuras elaboradas e esperadas ao seu desenvolvimento etário. Contudo, opta geralmente por desenhar figuras por si fantasiadas, distorcidas da realidade que são no fundo projeções emocionais, o que tal não permitem fazer uma avaliação quantitativa.

### **7.5.2. Estudo de caso 2**

#### **a) Motivo/encaminhamento, dados de identificação e diagnóstico médico**

A Maria é uma adolescente nascida a 5 de outubro de 2000 (17 anos e 5 meses à data da primeira consulta de Psicomotricidade), tendo sido encaminhada por uma das pedopsiquiatras da equipa para fins de uma intervenção psicomotora de grupo. É de nacionalidade portuguesa, habita em Machico, frequenta o 11.º ano de escolaridade – Curso de Artes Visuais e apresenta um diagnóstico médico de depressão e ansiedade.

#### **b) Caracterização inicial**

A caracterização inicial da Maria contou com a observação de uma consulta de Pedopsiquiatria, com informações obtidas através da sua psicóloga, pelo preenchimento da ficha anamnésica entregue à mãe, pela consulta do seu processo e ainda através de uma entrevista semiestruturada realizada a esta adolescente. Para uma melhor compreensão deste caso clínico, as informações serão apresentadas de forma cronológica, desde o seu nascimento até à atualidade.

Dos dados obtidos com a ficha de anamnese (Anexo J), foi possível perceber que a gravidez da Maria foi planeada (ocorreu aos 28 anos da mãe e aos 31 anos do pai), foi alvo de notícia positiva para a família, sendo que a gestação decorreu normalmente. Relativamente ao parto e ao período neonatal, foi utilizado um fórceps, i.e., um instrumento que auxilia a retirada de um feto, uma vez que, que por alguma razão, a contração natural não foi suficiente para o parto, podendo colocar em risco a vida da

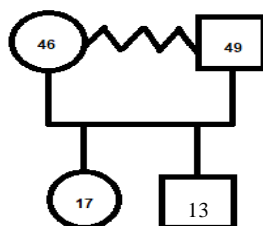
gestante e/ou do feto. Geralmente este instrumento é usado quando o bebê é muito grande ou em casos de parto de risco. Salienta-se ainda que a Maria apresentou choro natural à nascença, um índice de Apgar de 10, tendo amamentado até aos 9 meses.

No que diz respeito à creche, a mãe aponta para uma adaptação fácil com manifestação de passividade no momento da separação. Na creche a Maria era um bebê sociável, pois brincava com os outros.

Em termos do desenvolvimento motor e linguístico, a mãe não soube precisar em que momento surgiram cada uma das etapas, tais como o gatinhar, o andar, a primeira palavra, primeira frase, etc., referindo que ocorrera tudo dentro da normalidade.

A estrutura familiar (figura 11) é composta pela mãe (de nacionalidade venezuelana, habilitações académicas de 12º ano e profissão secretária num gabinete de advocacia), pelo pai (nacionalidade portuguesa, habilitações académicas de 9º ano e cozinheiro de profissão), e ainda pelo irmão de 13 anos. Embora não existam informações mais específicas acerca deste irmão, foi possível apurar junto da psicóloga da Maria que a relação entre os dois é boa.

**Figura 11 – Genograma (Maria)**



Quanto ao histórico clínico da Maria, esta iniciou acompanhamento na nutricionista no Centro de Saúde em Machico entre os 8 e os 9 anos (i.e., entre junho de 2009 a julho de 2010), com a frequência de uma consulta de dois em dois meses. No início deste seguimento foi-lhe diagnosticado excesso de peso (48.4kg para uma altura de 145 cm). Em novembro de 2014, com 14 anos de idade, a Maria retomou às consultas de Nutrição, já com um diagnóstico de obesidade (77 kg), havendo indicação pela nutricionista de um abandono progressivo da atividade física. Em janeiro de 2015 a sua nutricionista fez uma referência para a valência de Psicologia desse mesmo centro, da qual a Maria iniciou psicoterapia individual com frequência de 1 a 2 vezes por mês, até julho de 2016 (15 anos de idade). De acordo com a psicóloga, a Maria possuía problemas de relacionamento com os colegas, sendo que esta jovem mencionou ter sido vítima de bullying entre o 5.º e o 9.º ano de escolaridade. No seu processo, encontrava-se descrito uma baixa autoestima, isolamento em casa, relação com os pais comprometida, assim como a relação entre ambos.

Em janeiro de 2017 a Maria é acompanhada por uma nova psicóloga (psicóloga de substituição), dado que a primeira se transferiu para outro local de trabalho. Nesse mesmo mês acabou por desistir do acompanhamento psicológico, tendo sido encaminhada para a consulta de Pedopsiquiatria do HNM, da qual iniciou um acompanhamento de 1x mês, aproximadamente.

Do registo inicial da pedopsiquiatra responsável, passamos a citar as suas anotações, presentes no processo clínico desta adolescente:

*Jovem de 16 anos com comportamento de isolamento social, veste-se de preto, tem tido insucesso escolar. (...) Não gosta de roupas sensuais, não usa soutiens, só quer roupas longas para esconder o corpo. Fala muito pouco em consulta e não quer colaborar. Mãe preocupada com aspeto bizarro da filha. Jovem tem obesidade e teve 4 negativas este período. Não quer fazer natação. (...) olhar triste, fisicamente muito diferente da mãe, o que não facilita boa autoestima. (...) está a ressentir-se da junção das turmas, da qual existem alunos muito bons a geometria descritiva (...) humor subdepressivo, insónia intermitente, crises de voracidade alimentar alternado com fases de restrição. Muito vulnerável na sua autoimagem.*

Face à avaliação médica efetuada, durante esse período a Maria iniciou intervenção farmacológica (Fluoxetina 20mg ao pequeno-almoço, Melamil 10 gotas ao deitar), com atestado médico para Educação Física até melhorar fase depressiva.

Nos meses de fevereiro e março de 2017, ocorreram queixas da Maria sobre uma professora de História de Artes, sendo relatados sentimentos de humilhação e de desvalorização pela mesma. Neste período surge assim, um humor depressivo com choro fácil e comportamentos autolesivos, sendo que a Maria acabou por ser internada durante uma semana na unidade de internamento de São Rafael da Sagrada Família. Em abril desse ano iniciou acompanhamento por uma das psicólogas do Serviço de Pedopsiquiatria, frequentando sessões de psicoterapia individual com frequência de 2x mês, aproximadamente. Esta mesma psicóloga considera a Maria uma adolescente com perfil depressivo, com *insight* e inteligente. Nesta mesma altura foi passado atestado para a escola durante 30 dias.

Ao longo das consultas de Psicologia e Pedopsiquiatria a Maria foi revelando uma maior abertura, falando de assuntos como a relação tensa com o pai devido à sua falta de apoio e incompreensão relativamente ao seu peso, sendo que inclusivamente surgiram insultos verbais por parte deste parente. Referiu que nestas situações de maior

tensão era a mãe que adotava um papel equilibrador e de alerta para com as atitudes negativas do pai.

Em setembro de 2017 a Maria iniciou o 11º ano (ficou retida nesse ano escolar), tendo os mesmos professores. A professora que anteriormente lhe tinha causado constrangimentos pediu-lhe desculpas no início do ano letivo. Após uma aparente ligeira melhoria durante as férias de Verão, no início do novo ano letivo foi constatado uma maior anedonia e humor depressivo com ideias de morte recorrentes. É então na consulta de Pedopsiquiatria de outubro (da qual a estagiária assistiu) que foi proposto um segundo internamento, mas os pais recusaram alegando que aparentemente a filha estava melhor, exceto nessa altura em concreto devido aos testes de avaliação escolares. Nessa consulta, mencionaram que “(...) *não achamos que o internamento irá resolver a situação*” sic.

Até ao final do ano, a psicóloga e a pedopsiquiatra da Maria constataram que esta tinha vindo a desenhar cada vez menos, e embora estivesse a receber apoio dos professores, as suas notas estavam a baixar. Além disso, estas profissionais revelaram que a mãe da Maria considerava que a psicoterapia estava a demorar a fazer efeito, querendo que esta aceitasse uma terapia Prânica. Em novembro e dezembro de 2017, e já com 17 anos, a Maria foi abordando diversas preocupações e partilhando sentimentos como o facto de sentir-se desmotivada e subestimada nas aulas, sobre a situação familiar, o divórcio dos pais, deceções e expectativas frustradas. É também nesta altura que a Maria iniciou um relacionamento de amizade online com um rapaz da Jordânia, e que ocorriam crises de *binge-eating*.

Como referido anteriormente, outras informações foram possíveis de se obter na observação de uma consulta de Pedopsiquiatria que decorreu no mês de outubro durante a fase de observação. Neste sentido, sabe-se que desde o início das aulas a Maria já desmaiou duas vezes na sala-de-aula. Além disso, indicou que por vezes tem ataques de ansiedade com dificuldades em respirar, aceleração do ritmo cardíaco, tremores e a sensação de que vai morrer. Referiu também que se sente ansiosa quando pensa nas apresentações orais que tem de fazer em algumas disciplinas. Revelou possuir pensamentos de morte, por via medicamentosa, embora sem coragem de o fazer. Na análise de aspetos não-verbais, observou-se um olhar triste, lentidão verbal e motora, um contacto ocular com fugas e choro fácil.

Além de todos estes dados, consta no processo da Maria vários episódios nos cuidados de saúde primários cujos motivos especificados relacionam-se com distúrbios a nível nasal, da garganta e dos ouvidos (e.g., otites, miringites e inflamação da mucosa nasal). Mais recentemente a Maria tem também sido acompanhada pelo

Otorrinolaringologista na qual se destacam as dificuldades na respiração oral, obstrução nasal e hipertrofia dos cornetos.

### **c) Avaliação em Psicomotricidade**

A avaliação com a Maria em Psicomotricidade decorreu em dois momentos distintos: o primeiro, no dia da entrevista (5 de janeiro), com a aplicação do esquema de tensões; e o segundo, ao longo das duas sessões iniciais da intervenção em grupo, i.e., nos dias 2 e 9 de março de 2018, das quais foram utilizadas a GOC e os inventários de Beck. Em seguida são apresentados os resultados obtidos.

- **Avaliação informal**

- **Entrevista**

A entrevista semiestruturada teve como objetivo a estagiária apresentar-se à Maria, conhecer as suas expectativas em relação à intervenção psicomotora de grupo, perceber quais os seus interesses/motivações e esclarecer eventuais dúvidas que pudessem surgir. Esta entrevista foi realizada no dia 5 de janeiro no ginásio do CDC com o intuito de a Maria se familiarizar com o espaço.

Neste sentido, foi possível perceber que a Maria é uma jovem que gosta de ouvir música, sendo que a sua preferência passa pelo Tool, Opeth e Porcupine Tree. Raramente sai com os amigos, ou quando sai é no máximo uma vez por mês, não se considerando propriamente uma adolescente sociável. Quando sai com os amigos, gosta de ir ao café, ao cinema, ao centro comercial e ao parque. Utiliza diariamente redes sociais como o Facebook, Twitter e Instagram. Os seus interesses passam pela poesia visual, jogos online, pelos ânimes (desenhos animados japoneses) e pelo desenho. Gosta do mundo das artes, daí ter escolhido o curso que frequenta atualmente.

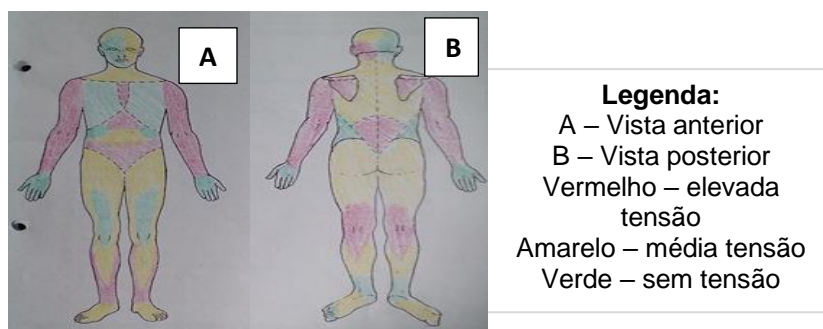
A nível escolar, as suas disciplinas favoritas são a Filosofia e o Desenho e as que tem menos interesse são o Português e a Geometria Descritiva. Quanto ao horário escolar, entra todos os dias às 8.20h, à 2ª e 5ª feira sai às 16.50h, e nos restantes dias sai às 13.25h. Não frequenta qualquer tipo de atividades extra-letivas (e.g., associação de estudantes, ginásio, desporto escolar) e tem como ambição futura ingressar nos estudos. Considera-se uma pessoa pouco influenciável, as pessoas com quem se relaciona mais são os amigos e aqueles em quem mais confia são os pais e os amigos.

Relativamente às expectativas da Maria acerca da intervenção psicomotora de grupo, esta considerou que *“(...) acho que é uma oportunidade para conhecer outras pessoas, gosto de conhecer pessoas novas (...), pode ser uma terapia que ajude nos meus problemas.”* sic. Para finalizar a entrevista, foi proposto que a Maria escolhesse

um objeto do ginásio com que se identificasse, explicando posteriormente o porquê. Após ter explorado os materiais, escolheu o livro referindo “*sou uma pessoa que gosta de conhecer coisas novas e viajar*” sic.

- **Esquema de tensões**

**Figura 12 - Esquema de tensões, Maria - Avaliação Inicial**



Como se pode observar na figura 12, tanto em A como em B existem várias zonas corporais representadas com média e elevada tensão, tais como braços, omoplatas, zona abdominal e lombar, parte inferior das pernas na vista frontal e os músculos posteriores que ocupam a zona média nas pernas. Por outro lado, podemos constatar que as partes do corpo sem tensão são mais reduzidas, verificando-se no lado direito da face e cabeça, zona peitoral, mãos e calcanhares.

No momento em que a Maria se encontrava na posição de decúbito-dorsal verificou-se sinais de hipertonia, nomeadamente a rigidez muscular e a críspação da face. Após o término do tempo nessa posição (5 min), a Maria referiu que “*parecia que o tempo nunca mais acabava*” sic.

- **GOC**

Através da observação informal da Maria em contexto de sessão, verificou-se que esta jovem coopera nas atividades propostas, sendo que a sua adesão é voluntária. Contudo, esta jovem necessita de estímulo nas atividades que exijam de si uma capacidade de liderança (e.g., escolher uma forma de deslocamento para todo o grupo executar), e também para falar nos momentos de diálogo inicial e reflexão final.

Esta adolescente planeia a execução da tarefa e consegue prestar e manter a atenção focalizada durante as instruções. De um modo geral, observou-se que se esforça nas tarefas, embora com inibição nas atividades que a coloquem em exposição perante o grupo. É uma rapariga que dá sugestões e toma iniciativa (mediante o reforço da estagiária), e a sua atitude é de empenhamento, aderindo tanto a atividades coletivas como individuais.

Em termos da comunicação verbal, é uma jovem que não faz perguntas, mas responde às questões feitas e compreende instruções simples e complexas sem necessidade de apoio. Nas componentes paralinguísticas, o seu volume de voz é baixo e possui uma entoação sem variações. Já o timbre, a fluidez e clareza do discurso encontram-se adequados.

Em relação à comunicação não-verbal, a Maria possui uma postura inibida, com fugas ao contacto ocular e uma expressão facial, de forma geral, triste. Ao nível comportamental, respeita as regras e reage adequadamente à frustração. Na memória a curto e médio prazo é capaz de identificar e descrever as atividades realizadas no fim da sessão e da sessão anterior. Na memória a longo prazo é capaz de se recordar de situações do quotidiano dos últimos dias, contudo, falando pouco sobre esses acontecimentos nos momentos de diálogo inicial.

Ao longo das sessões verificou-se que a Maria é capaz de fazer uma representação simbólica daquilo que sentiu, nos momentos de reflexão final através de formas não verbais (e.g., desenho). No que diz respeito à relação que estabelece com os restantes elementos do grupo e com a estagiária, constatou-se que esta jovem apresenta uma atitude adequada na relação com o outro. Além disso, demonstrou conseguir gerir a distância interpessoal física entre si e o outro, tolerando o toque do outro, e no outro. A relação com a estagiária é afável, mas ao mesmo tempo dependente (relacionado com a necessidade de reforço para que consiga se expressar).

Apresentou ter um grau de confiança baixo, não se mostrando à vontade para expressar/demonstrar os seus sentimentos de forma verbal (apenas através de estímulo ou por meio de formas expressivas). No que concerne ao relacionamento com os pares, apenas estabelece relações quando solicitado (e.g., necessário estimular para se unir a um colega ou cooperar com os outros jovens através da adoção de estratégias numa atividade de resolução conjunta). Apesar disso, foi-se verificando ao longo de outras sessões que a Maria foi ganhando preferência por um par, i.e., um jovem do género masculino com a mesma idade e interesses em comum.

Por fim, nas componentes psicomotoras é notória a lentificação na resposta verbal e motora, um perfil com tendência hipertónica (visível essencialmente em atividades que exijam falar perante os colegas). Foram igualmente visíveis pequenos tremores ao nível da face e das mãos (possivelmente relacionado com a sua ansiedade e/ou medicação), embora não afetassem os movimentos de precisão ao nível da praxia fina. No padrão motor do andar observou-se ainda uma marcha instável, com ligeiras oscilações.

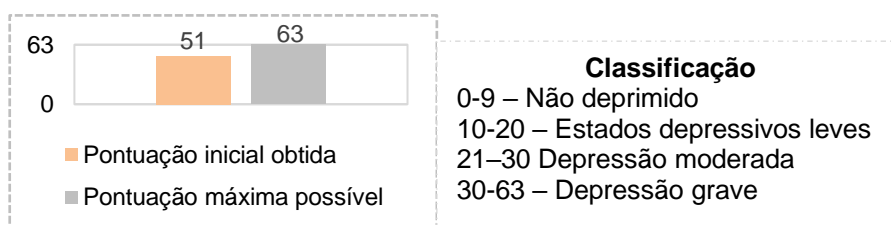
- **Avaliação formal**

Na avaliação formal foram utilizados os seguintes questionários: Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Desesperança de Beck (Anexo K). Os resultados são apresentados em seguida.

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

No BDI (gráfico 9), as respostas assinaladas pela Maria variaram entre a opção 2 e a opção 3 (opções de maior intensidade), à exceção das categorias “perda de peso” e “perda da libido”, que foram assinaladas com 0 e representam a não-existência de alterações. O gráfico demonstra que a pontuação final obtida pela Maria foi de 51 em 63 pontos possíveis de se obter, correspondendo assim, a uma classificação de depressão grave.

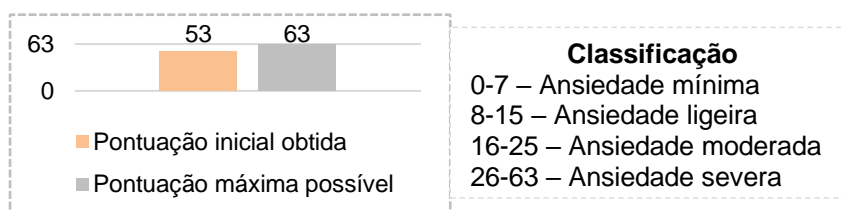
**Gráfico 9 - BDI, Maria - Avaliação Inicial**



- **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**

Quanto ao BAI, as respostas assinaladas pela Maria variaram entre a opção 2 e a opção 3 (opções de maior intensidade), para os diferentes sintomas físicos e psicológicos relativos à ansiedade. Assim, obteve uma pontuação final de 53, com uma classificação de ansiedade severa (gráfico 10).

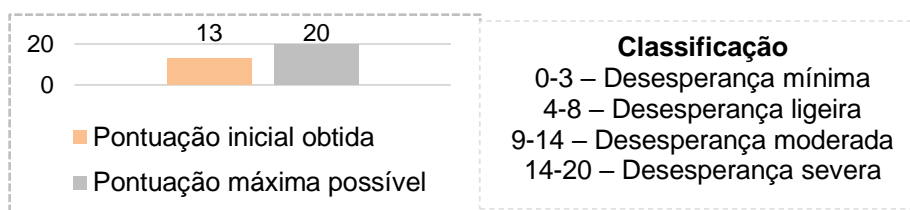
**Gráfico 10 - BAI, Maria - Avaliação Inicial**



- **Inventário de Desesperança de Beck (BHS)**

Por último, no que diz respeito à BHS, a Maria obteve uma pontuação final de 13 pontos, em 20 possíveis, correspondendo assim, a uma classificação de nível moderado de desesperança (gráfico 11).

Gráfico 11 - BHS, Maria - Avaliação Inicial



#### d) Perfil Intraindividual

Com a avaliação psicomotora realizada e as informações anteriormente obtidas, será agora apresentado o perfil intraindividual (tabela 16), com as áreas fortes e as áreas a desenvolver.

Tabela 16 - Perfil intraindividual, Maria

Áreas Fortes	Áreas a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criatividade</li> <li>• Motivação para aprender coisas novas</li> <li>• Interesse em conhecer outros jovens</li> <li>• Capacidade de atenção e memorização</li> <li>• Persistência e perfeccionismo nas tarefas que vão ao encontro com o seu foco de interesse (atividades de cariz expressivo)</li> <li>• Representação simbólica dos seus sentimentos, através de formas não-verbais                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gosto pela arte, música e escrita</li> <li>• Movimentos de precisão na praxia fina</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do estado de depressão</li> <li>• Redução dos níveis de ansiedade</li> <li>• Diminuição dos sentimentos de desesperança</li> <li>• Comunicação verbal e não-verbal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências sociais</li> <li>• Imagem corporal</li> </ul> </li> <li>• Autoestima e autoconfiança                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonicidade</li> <li>• Equilíbrio</li> </ul> </li> </ul>

#### e) Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Com as informações anamnésicas, história clínica e avaliação psicomotora, são referidos em seguida os fatores de risco e os fatores de proteção/oportunidades que esta jovem possui, tendo em consideração o seu quadro comportamental e adaptativo.

Tabela 17 - Fatores de risco e de proteção, Maria

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidade com início na infância</li> <li>• Vítima de bullying, entre o 5º e o 9º ano de escolaridade</li> <li>• Relação pedagógica com professora de História de Artes comprometida</li> <li>• Repetição de ano escolar (11.º ano)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação tensa com os pais                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divórcio dos pais</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento regular nas consultas de Nutrição, Psicologia e Pedopsiquiatria</li> <li>• Internamento na Unidade de S. Rafael</li> <li>• Realização de um curso que vai ao encontro com as suas motivações</li> <li>• Pai e mãe com emprego – asseguram a estabilidade económica e de sobrevivência na família</li> </ul>

#### **f) Hipóteses explicativas**

Desde criança que a Maria é acompanhada em consultas de Nutrição por apresentar excesso de peso. São muitos os estudos que abordam as repercussões da do excesso de peso e da obesidade na infância a vários níveis, tal como o apresentado por Simões & Meneses (2007). Estes autores defendem que as crianças com obesidade tendem a se perceberem como menos competentes ao nível das habilidades desportivas. Este fator possivelmente justifica o abandono progressivo da atividade física pela Maria ao longo do tempo. Outros estudos apontam para a imagem mais negativa em relação ao aspeto físico, comparativamente a crianças não obesas (Carvalho, Cataneo, Galindo & Malfará, 2005; Gouveia, Frontini, Canavarro & Moreira, 2016; Simões & Meneses, 2007). Já Luiz, Gorayeb, Júnior & Domingos (2005) destacam a elevada predisposição que estas crianças possuem para desenvolver problemas internalizados como a depressão e ansiedade, comprometendo as competências sociais.

De igual forma, a obesidade na adolescência pode acarretar várias sequelas. Na investigação de Gouveia et al. (2016), os jovens com obesidade consideram ter pior qualidade de vida e maior insatisfação com a imagem corporal, comparativamente a jovens com peso saudável, sendo o género feminino o mais afetado. Além disso, acrescenta-se o risco de bullying pelos pares (Robinson, 2006), e/ou por familiares, levando a uma baixa autoestima, sintomas depressivos e ideação suicida, sendo que estes comportamentos se agravam quando as provocações vêm dos pares e família conjuntamente (Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003). Estes factos vêm a se confirmar na história clínica da Maria.

Não se sabe exatamente as causas para o agravamento da condição física desta adolescente ao longo dos anos. No entanto, e sabendo que a relação com ambos os pais se foi agravando e se tornando cada vez mais tensa e com o aumento do seu peso, podemos estabelecer uma relação sobre estes dois factos. Ainsworth & Bowlby (1991) indicam-nos que a vinculação e a qualidade dos cuidados maternos farão com que a criança utilize ou não a figura de vinculação como base-segura, sendo que a vinculação leva ao desenvolvimento de modelos internos operantes. Os sentimentos de tristeza e o elevado nível de ansiedade e desesperança da Maria podem ter na sua base a criação de modelos internos operantes desajustados. Esta ligação afetiva e de confiança com as figuras parentais (descrita no subcapítulo 7.3.4.) é de extrema importância, e pode melhor explicar a baixa auto-estima e o desencadeamento das problemáticas da Maria.

Ainda sobre a importância da vinculação, Winnicott apresenta-nos a sua perspetiva relativamente à obesidade, mencionando que quando as experiências do *holding*, exercido pelas mães levam a prejuízos na transicionalidade e, conseqüentemente, na

capacidade de simbolização da criança, poderá ocorrer um vínculo ao objeto concreto (neste caso, o alimento). Ou seja, a criança preenche o vazio angustiante, o sentimento de solidão e de ansiedade, refugiando-se no alimento para preencher essas lacunas afetivas (Mishima & Barbieri, 2009). Esta ideia pode facilitar a compreensão do excesso de peso da Maria durante a sua infância, podendo ser uma das causas.

O pai, por sua vez, tem um papel estruturante na família, sendo uma figura que participa na regulação das emoções da criança durante a exploração e promove a cooperação, resolução de problemas e negociação (Guédeney, 2010). Um estudo com enfoque sobre a função paterna na obesidade indica-nos que pais com traços de agressividade, impulsividade, rigidez e altos níveis de exigência com os filhos, em que predomina um vínculo material ao invés do afetivo, são fatores que contribuem para que as crianças se relacionem com os objetos de forma concreta (neste caso, com a ingestão alimentar) (Mishima, Dezan & Barbieri, 2014). Como vimos anteriormente, uma das maiores deceções da Maria estava relacionada com a incompreensão e falta de apoio do pai. Neste âmbito, segundo Bowes et al. (2009), crianças vítimas de bullying têm como fator de risco os maus tratos familiares. Estas crianças, possivelmente experimentaram diferentes formas de vitimização em casa (Bowes et. al, 2009), algo que viera a ocorrer com o pai, por meio dos insultos verbais.

Numa visão psicodinâmica, problemas familiares como a superproteção parental, a rejeição materna, problemas de alcoolismo, drogas e problemas de saúde mental geram um grande mal-estar nas crianças que procuram resolver os seus conflitos na busca de alimento (Andrade, Moraes, & Ancona-Lopez, 2014). Além disso, os conflitos conjugais e a fraca ligação com a figura de vinculação constituem-se como causas para o desenvolvimento de uma vinculação insegura (Pinto, 1982), e por sua vez, implicações ao nível do conforto emocional, autoestima, liberdade cognitiva e relações sociais (Guédeney, 2010; Pinto, 1982). Neste sentido, compreende-se a influência dos conflitos conjugais vivenciados no seio familiar da Maria no seu bem-estar, enquadrando-se nestas ideologias.

O divórcio dos pais da Maria são outro aspeto a destacar, na medida em que este desencadeia nos adolescentes uma sensação de abandono, sentimento de perda e vulnerabilidade, sendo que estes sentimentos já são constatados muito antes do divórcio (Hack & Ramires, 2010). Além disso, Moura & Matos (2008) defendem que a situação de divórcio afeta mais a relação do adolescente com a figura paterna, e os que conflitos conjugais comprometem a qualidade do laço emocional relativamente a ambos os pais, i.e., levam a alterações nas relações de vinculação. De acordo com os mesmos autores, o género feminino é o mais afetado, uma vez que as jovens necessitam de

maior proximidade emocional, são mais dependentes do relacionamento com os pais e mais sensíveis aos conflitos interparentais.

A relação pedagógica com professora de História de Artes comprometida torna-se outro assunto a refletir. Os estilos de ensino dos professores são fundamentais para o desenvolvimento das relações pedagógicas, influenciando as aprendizagens dos alunos bem como a sua capacidade para resolver problemas (Cruz, Matos & Diniz, 2014). Além disso, o professor não deverá ser meramente um transmissor de informações. Ele tem a tarefa de cativar os alunos, compreender o mundo em que estes estão inseridos, os seus problemas e sentimentos, através de uma relação empática (Brait, Macedo, Silva, Silva, & Souza, 2010). Estes pré-requisitos no processo ensino-aprendizagem não estavam presentes no meio académico da Maria.

A repetição do ano escolar da Maria (11.º ano) é outro fator que se pode considerar de risco. De acordo com Rebelo (2009), os alunos que reprovam de ano deixam de acompanhar os seus colegas e passam para uma nova turma, na qual os colegas saberão que o aluno é repetente e que, portanto, fracassou – situação que poderá induzir sentimentos de vergonha, auto-depreciação e revolta. Por sua vez, a tomada de consciência do fracasso poderá eventualmente baixar a autoestima do aluno repetente (Rebelo, 2009).

Conclui-se que a obesidade poderá ter sido despoletada por um disfuncionamento familiar precoce, em que existe um comportamento aditivo como forma de preencher um vazio, como meio de saciamento e busca de prazer. Embora a atenção parental sobre o problema esteja presente, existe ao mesmo tempo pressão externa (e.g., ter de ir ao ginásio, ter de deixar de comer doces...) e desvalorização pelo bem-estar emocional da Maria. Considera-se ainda que existe uma dissociação entre desejo e realização, um desfaseamento entre a imagem imaginária (e.g., querer conhecer pessoas novas) e a imagem real (e.g., raramente sair com amigos), surgindo o isolamento e uma imagem fictícia como comportamentos compensatórios. Este isolamento é comum numa Perturbação da Ansiedade (subcapítulo 7.3.2.), caracterizado por comportamentos de fuga e evitamentos constantes como forma de reduzir o medo e ansiedade (APA, 2013), podendo ser explicado no caso da Maria. Para concluir, há que destacar o lado inverso que são as repercussões de uma Perturbação Depressiva (descritas no subcapítulo 7.3.3.), e que afetam a Maria, nomeadamente a perda de interesse ou de prazer, as perturbações do sono, o sentimento de culpa, de inutilidade e as alterações de peso (APA, 2013).

### g) Objetivos Gerais e Específicos

Apresentadas as hipóteses explicativas, são apresentados em seguida os objetivos gerais e específicos pelos diferentes domínios, nas tabelas 18, 19 e 20.

**Tabela 18 - Objetivos Gerais (Domínio Psicomotor, Maria)**

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação
Domínio Psicomotor	Promover uma postura menos hipertónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir o número de zonas corporais percecionadas com elevada tensão;</li> <li>• Diminuir os níveis de vigilância, sendo capaz de falar perante o grupo com menos sinais de inibição (fugas ao contacto ocular, volume de voz baixo e insegurança);</li> <li>• Melhorar o controlo postural dinâmico (em marcha) e sob plataformas instáveis com a diminuição de oscilações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema de tensões</li> <li>• GOC</li> </ul>
	Desenvolver o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o controlo postural dinâmico (em marcha) e sob plataformas instáveis com a diminuição de oscilações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOC</li> </ul>

**Tabela 19 - Objetivos Gerais (Domínio Emocional, Maria)**

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação
Domínio Emocional	Diminuir o estado de depressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir os níveis de tristeza, pessimismo, culpabilidade e outros sentimentos inerentes à depressão;</li> <li>• Reduzir o sentimento de desesperança e melhorar a motivação em relação ao futuro, sendo capaz de identificar objetivos de curto ou longo prazo com uma visão otimista (podendo relacionar-se com sonhos ou projetos pessoais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI</li> <li>• BHS</li> </ul>
	Reduzir os níveis de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir os sintomas físicos e psicológicos inerentes à ansiedade (tremores, sensação de sufoco, medo de morrer, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BAI</li> </ul>
	Desenvolver a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o tempo de contacto ocular num processo comunicativo;</li> <li>• Melhorar a capacidade de partilhar com o grupo vivências do quotidiano ou sentimentos decorrentes da sessão nos momentos de reflexão, através de um discurso mais prolongado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOC</li> </ul>
	Melhorar a autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a imagem corporal com a identificação gráfica de zonas do corpo que goste, bem como sentimentos positivos relativamente à sua perceção corporal;</li> <li>• Desenvolver a capacidade para se autovalorizar e reconhecer que tem qualidades, verbalmente ou através de grafismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI</li> <li>• GOC</li> </ul>

Tabela 20 - Objetivos Gerais (Domínio Competências Sociais, Maria)

Domínio Competências Sociais	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação
	Melhorar a capacidade de liderança	• Desenvolver a capacidade de assumir o controle perante o grupo sendo capaz de tomar uma decisão de forma autónoma.	• GOC
	Desenvolver a interação social	• Aumentar o contacto com os jovens de todo o grupo sendo capaz de interagir com todos os elementos sem necessidade de reforço.	• GOC
	Melhorar a capacidade de iniciativa	• Melhorar a capacidade para definir estratégias de resolução conjunta no seio do grupo perante uma situação-problema e/ou dar ideias em atividades de construção coletiva	• GOC

### h) Programa Pedagógico-Terapêutico

Conhecidos os objetivos gerais e específicos delineados para esta adolescente, é apresentado em seguida o Programa Pedagógico-Terapêutico.

- **Atividades**

Face às características comportamentais e adaptativas da Maria, e tendo em consideração a sua história clínica, pretende-se que as atividades desenvolvidas envolvam a construção conjunta, cooperação entre todos os elementos com definição de estratégias para o sucesso do grupo.

- **Estratégias**

As estratégias seguidamente referidas dizem respeito a todo o grupo de intervenção da qual a Maria se encontra incluída:

- Realizar três sessões com atividades de quebra-gelo propostas pela estagiária, de forma a que todos os elementos se conheçam e descubram coisas em comum, ligadas a diversas temáticas (e.g., desporto, música, arte, etc.), induzindo o sentimento de identificação com o outro e de pertença no seio do grupo;
- Proporcionar uma rotina de funcionamento da sessão de forma a induzir no grupo uma previsibilidade do que irá acontecer bem como uma melhor organização e gestão das sessões. São consideradas 3 etapas: 1) o descalçar sapatos e realizar o diálogo inicial; 2) corpo de sessão com a realização das atividades elaboradas pela estagiária; e 3) reflexão final e calçar os sapatos;
- Realizar os momentos de diálogo e reflexão preferencialmente em roda e sentados no chão, de forma a aumentar os níveis de concentração, sem ocorrer, contudo, de forma rígida (ou seja, respeitando o conforto de cada um);
- Concretizar o diálogo inicial de forma lúdica, de forma a facilitar o processo de comunicação entre todos (e.g., à vez, cada elemento diz o que fez no fim-de-semana e passa a bola a um colega);

- Utilizar formas não-verbais para a expressão de sentimentos no diálogo final (e.g., plasticina, desenho), fazendo-se uma discussão em grupo (e.g., descobrir de quem é o desenho e porquê, e o que é que esse desenho transmite);
- Introduzir progressivamente o toque, i.e., realizar atividades que exijam ser tocado e tocar no outro quando existir maior confiança entre todos os elementos do grupo;
- Recorrer a diferentes formas artísticas (e.g., pintura, barro, esferovite, música, escrita) que vão ao encontro com os gostos de cada elemento do grupo;
- Incentivar sempre para a realização das atividades, mas não exigir a sua adesão quando o estado emocional não o permitir;
- Ser um adulto que proporciona momentos de prazer, participando nas vivências do grupo e/ou através da partilha empática de experiências suas nos momentos de diálogo e reflexões.

Outras estratégias foram sendo adotadas ao longo das sessões com a Maria, nomeadamente o incentivo para estabelecer um diálogo mais alargado, propondo-lhe um maior número de questões, pedindo-lhe para aprofundar o seu pensamento, ou solicitando a sua opinião acerca de determinado assunto.

- **Recursos, sessões previstas e calendarização**

A intervenção psicomotora com a Maria decorreu no CDC do HNM, em contexto grupal com outros 5 jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos. Para tal, alguns dos materiais excedentários neste espaço foram retirados previamente ao início das sessões (ver subcapítulo “Caracterização dos recursos físicos e materiais utilizados na intervenção”), para que existisse um espaço central livre, facilitador da realização das atividades. Outros materiais foram elaborados e adquiridos pela estagiária para o enriquecimento das sessões. Além disso, alguns elementos do grupo também partilharam materiais artísticos pessoais (e.g., desenhos).

Foram programadas 16 sessões (incluindo as sessões de avaliação), tendo em consideração as interrupções letivas e feriados. O horário de intervenção com o grupo decorreu às sextas-feiras entre as 16h e as 16.50h, ou seja, o grupo foi acompanhado uma vez por semana ao longo do estágio.

- i) **Progressão terapêutica**

A intervenção com a Maria seguiu uma dinâmica de grupo, sendo que as três sessões iniciais destinaram-se ao preenchimento dos inquéritos para a avaliação inicial e à realização de atividades de quebra-gelo com intuito de os jovens e estagiária se conhecerem. Em simultâneo foi sendo sendo realizada a observação informal do

comportamento dos jovens. A progressão terapêutica da Maria e o tipo de atividades desenvolvidas serão explicadas em seguida.

- **1ª Fase – Inibição e atitude de dependência (1ª – 3ª sessão)**

Nesta primeira fase foram realizadas atividades que visaram promover o conhecimento dos nomes do grupo, desenvolver o sentimento de pertença com a identificação de interesses em comum e promover uma maior aproximação e interação social entre os adolescentes. Como nos indica Martins (2001a), nas técnicas de mediação corporal utilizadas, a transferência corporal introduz-se na elaboração do movimento na qual o psicomotricista pode jogar com situações de aproximação/afastamento, através do toque, da função tónica e do ritmo.

Assim, foram realizadas atividades como o cumprimentar/despedir-se, que por si provocam a diferença entre proximidade/distanciamento fundamentais a tomada de consciência da distância da relação (Martins, 2001b). Outras dinâmicas como o ter de criar estratégias em conjunto (e.g., ordenação crescente do grupo pela altura) e que consequentemente desencadeiam uma maior aproximação corporal, podem despoletar a aceitação/rejeição, prazer/desprazer relacionadas com as vivências do indivíduo e oferecendo processos de dependência/independência (Martins, 2001b). No caso particular da Maria, foi uma jovem que se mostrou desde o início capaz de gerir a distância interpessoal entre si e os outros e capaz de tolerar o toque em si. Apesar de participativa, revelou timidez, fugas ao contacto ocular e uma atitude de dependência no sentido em que dificilmente assumia um papel de líder e não tinha iniciativa ou dava estratégias de resolução.

Segundo Delarue (2010), o adolescente obeso pode negligenciar-se fisicamente, desinvestir da sua imagem e negar o seu corpo. Tenta afastar-se dos outros, isolando-se e escondendo com roupas largas o que é mais visível: o seu próprio corpo (Delarue, 2010). Este tipo de comportamento foi visível na Maria nesta etapa inicial, sendo que a jovem vinha para as sessões com roupas pretas e largas. Como menciona Delarue (2010), o adolescente acaba por não ter consciência do que o seu corpo é, em forma e volume, acabando por não existir um investimento corporal.

- **2ª Fase – Sentido gregário, atitude crítica e participativa (4ª – 6ª sessão)**

Na 4ª sessão introduziu-se atividades com incidência sob a identificação de tensões (contraste entre tensão/descontração) e de consciencialização corporal (controlo da postura e linguagem corporal). Estas atividades foram geralmente realizadas a pares, sendo que a Maria demonstrava prazer esboçando pequenos sorrisos, e revelando preferência por realizá-las em conjunto com um jovem do género masculino e com

interesses em comum. Apesar disso, revelou ser capaz de trocar de par quando solicitado, e procurar outros jovens para realizar as tarefas.

De acordo com Novais (2004), as técnicas ligadas ao envelope corporal e à contração/descontração possibilitam ao indivíduo construir uma melhor imagem do seu corpo real e combater os medos do corpo imaginário. Sentir o contraste entre contração/descontração, ação/inação permite o indivíduo sentir e identificar níveis de tensão, para os quais normalmente não está atento (Pereira, 2005). Assim, foi importante a realização de dinâmicas que implicaram identificar diferenças tónicas em movimento (e.g., andar em bicos de pés ou calcanhares). Em dinâmicas que exigiam o corpo em passividade (e.g., a contração isométrica e relaxação de diferentes segmentos corporais), a crispação da face e rigidez corporal da Maria eram notórias. Contudo, aderiu às tarefas e fechava os olhos de forma voluntária, reconhecendo ainda que aquele tipo de tarefas ajudava-a a pensar sobre si mesma e a distinguir a contração/descontração.

Como destaca Pereira (2005), a incapacidade de escutarmos os sinais corporais não permite reconhecer e combater os alertas no nosso corpo, tais como a insónia, situações de ansiedade, depressão ou cansaço, sendo estas problemáticas convergentes ao grupo. É necessário então, numa primeira fase aprender a sentirmo-nos, a ter maior noção do nosso corpo, não só o corpo agido mas também o corpo pensado e sentido (Pereira, 2005).

A intervenção deixou-se guiar pelos interesses dos jovens. Procurou-se dar um sentido de projeto, um sentido gregário da qual os jovens pudessem construir, criar e transformar, na qual resultasse uma expressão externa que poderia ser gráfica ou artística. Recorreu-se então à utilização da arte, sendo uma motivação comum a todos os jovens.

A escrita expressiva - poesia visual, sendo um dos interesses pessoais partilhados pela Maria, acabou por se converter numa atividade da 5ª sessão cujo objetivo passou por transmitir um desejo ou característica individual de cada um. Outros exemplos são o ter de escolher uma imagem de revista/jornal ou ter de desenhar algo a partir de pingos de velas coloridas, como forma de expressar o sentido/vivido na sessão. Estas estratégias desencadearam ao mesmo tempo momentos lúdicos e de prazer, proporcionando uma maior abertura e comunicação verbal entre os jovens. Por exemplo, na atividade final da 6.ª sessão a Maria desenhou um sol para exprimir o que sentiu naquela sessão. Após os jovens terem identificado que o desenho era seu, a Maria explicou que optou por desenhar um sol porque este era fonte de calor, de alegria, de bem-estar, que se sentira relaxada naquela sessão, verificando-se, portanto, uma associação positiva com o vivido e sentido.

- **3ª Fase – Relação de confiança com partilha de experiências, maior investimento corporal (7ª-9ª sessão)**

Após cerca de um mês sem frequentar a intervenção em Psicomotricidade, decorrente das férias da Páscoa e por motivos de saúde, a Maria reinicia as sessões no final do mês de abril, com a sua 7ª sessão.

Nesta fase foram realizadas atividades com incidência sobre o esquema e imagem corporal que objetivaram uma maior consciencialização corporal e autovalorização.

Numa dinâmica que consistiu em desenhar a silhueta corporal tal como o jovem pensa que é em tamanho real no papel de cenário, e posteriormente delimitar a pares os próprios limites corporais, a Maria ficou surpreendida com as diferenças encontradas. Esta jovem achava que as suas ancas eram mais largas e que no geral, era mais volumosa. Segundo Delarue (2010), este exercício coloca em jogo corpo vivido, percebido e representado de que nos fala Ajuriaguerra. Nessa mesma atividade, disse que gostava de todas as partes do corpo, à exceção das ancas, barriga e pés.

O fortalecimento da relação com o grupo e o aumento da confiança entre todos os elementos, fez daquele espaço terapêutico um espaço de partilha. Embora a Maria seja uma jovem que subestime as suas capacidades (referindo por exemplo: “(...) *os meus desenhos são uma porcaria*” sic.), foi capaz de partilhar com os jovens alguns dos seus trabalhos, por incentivo do próprio grupo. Este tipo de partilhas desencadeou momentos de descontração, elogios ao “artista”, curiosidade, autovalorização e conseqüentemente, bem-estar e aumento da autoestima. Por sua vez, a capacidade de liderança foi sendo desenvolvida com atividades que possibilitassem a Maria ter de escolher uma decisão pelo grupo ou ter de comandar uma determinada ação. Embora com hesitações e necessidade de mais tempo para pensar, a Maria foi capaz de aderir a estas dinâmicas.

Enquanto que nas atividades de cariz mais expressivo e artístico a adesão da Maria era voluntária, numa das atividades baseadas no psicodrama o mesmo já não ocorreu. Numa dinâmica que englobou a representação de papéis com enfoque na expressão corporal e a existência de um “narrador”, a Maria recusou-se a ficar com o papel de atriz ou narradora. Apesar disso, aceitou ser ela a dar ideias a um outro narrador (neste caso a estagiária), tendo havido assim, uma adaptação à atividade com um intermediário para expressar as suas ideias. Em situações de role-play verificou-se igualmente dificuldade em encarar uma situação-problema segundo uma postura positiva ou negativa. Exemplificando, não foi capaz de transmitir otimismo ao seu par no que diz respeito à temática dos relacionamentos amorosos, referindo “(...) *acho uma perda de tempo dedicar-me a uma pessoa... poderia magoar-me e ser infeliz.*” sic.

De acordo com Delarue (2010), após o adolescente ter investido em si, descoberto o seu próprio corpo, as suas sensações, passa então a deixar o seu próprio espaço e a confrontar o espaço do outro, o corpo do outro. É então nesta fase mais avançada que o corpo é colocado em jogo, através do equilíbrio, da exploração espacial, através de situações que podem ser propostas como o role-play (Delarue, 2010). Podemos supor que essa descoberta corporal e sensorial ajuda o jovem a se reconstruir corporalmente e a lidar melhor com os outros e com ele mesmo (Delarue, 2010). Compreende-se, portanto, as dificuldades que a Maria possui ao ter de enfrentar situações que impliquem uma maior exposição corporal e verbal, bem como uma maior capacidade de abstração. O trabalho orientado para o próprio corpo e para as sensações corporais deverão ser pois, ser o principal enfoque de intervenção com esta jovem.

Nesta fase final de intervenção foi-se verificando um maior investimento corporal, em que a Maria vinha para as sessões maquiada e vestida com roupas mais justas e menos escuras.

Das 16 sessões previstas, a Maria frequentou um total de 9 sessões. A sua ausência motivou-se por períodos de doença e após ter sido submetida a uma operação ao aparelho respiratório que a obrigou a ter de cumprir com um período de descanso alargado. Apesar disso, a operação que fizera foi bastante positiva visto que já conseguia respirar e articular melhor.

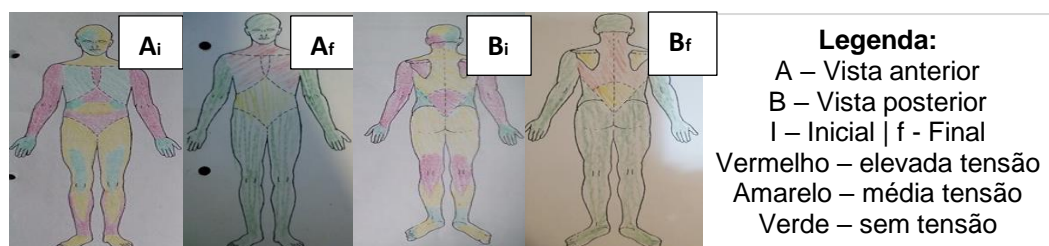
Na última sessão de intervenção foram entregues os questionários de avaliação final, preenchido o esquema de tensões e partilhadas opiniões dos jovens acerca dos efeitos ou benefícios da intervenção psicomotora. No caso da Maria, esta referiu que *“(...) já perdi o medo de conhecer outras pessoas, embora seja um pouco tímida. Agora não tenho medo de dizer aquilo que penso.”*

#### j) Avaliação final

Os questionários BDI, BAI e BHS (Anexo L) foram preenchidos na última sessão de intervenção, e o esquema de tensões colorido pela Maria.

##### o Esquema de tensões

Figura 13 - Esquema de tensões, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final

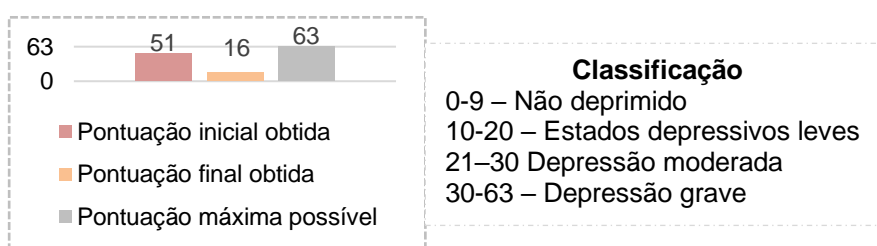


As diferenças observadas pelo esquema de tensões (figura 13) mostram-nos claramente uma redução de zonas corporais percecionadas com média e elevada tensão. Apesar de se verificar uma perceção de tensão elevada na zona peitoral e dorsal, nota-se por outro lado a ausência de tensão ao nível da cabeça, cadeia inferior, braços e mãos. A tensão que se fazia sentir na zona da barriga, zona lombar e omoplatas também diminuiu.

○ **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

A nível do BDI (gráfico 12), constata-se uma grande diminuição dos sintomas depressivos. Ainda que predominem sentimentos ligados à insatisfação e dificuldades acentuadas ao nível do sono e em trabalhar, observa-se por outro lado uma grande redução em termos da tristeza, pessimismo, culpa, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, irritabilidade, retraimento social, indecisão, autoimagem e preocupações somáticas. A Maria encontra-se assim, num estado ligeiro de depressão.

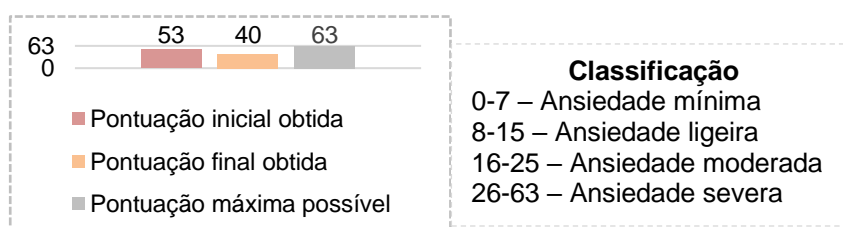
**Gráfico 12 - BDI, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final**



○ **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**

Em termos da ansiedade (gráfico 13), percebe-se através da pontuação final que o nível de ansiedade continua elevado. Verifica-se que os sintomas ligados às tonturas/sensação de desmaio, os desequilíbrios, medo de perder o controle ou que aconteça o pior, sensação de sufoco e os tremores continuam a ser gravemente difíceis de suportar pela Maria. Apesar disso, há uma redução da sensação de dormência ou formigueiro, da incapacidade para relaxar, da palpitação ou aceleração do coração, o sentir-se aterrorizado, ter dificuldade em respirar e medo de morrer. Por sua vez, o sentir-se assutado, a indigestão ou desconforto no abdómen e o suar, são sintomas que já não ocorrem na perceção da Maria.

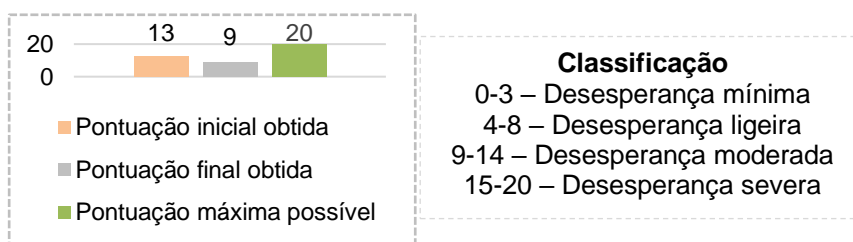
**Gráfico 13 - BAI, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final**



### o Inventário de Desesperança de Beck (BHS)

No que diz respeito à desesperança (gráfico 14) registam-se igualmente melhorias. As alterações relacionam-se com o encarar o futuro com esperança e entusiasmo, o considerar que as experiências passadas a preparam para o futuro, o querer alcançar coisas boas, satisfação e esperar bons momentos futuramente, bem com o considerar que vale a pena se esforçar para conseguir o que deseja. Apesar disso, observa-se que a Maria continua a não conseguir imaginar o que será a sua vida passados 10 anos, considerando o futuro vago e incerto. Além disso, considera agora que não tem tempo suficiente para realizar o que mais deseja fazer.

Gráfico 14 - BHS, Maria - Avaliação Inicial vs Avaliação Final



### k) Conclusão/Discussão

A existência de um vazio emocional precoce da qual provavelmente resultou todo este quadro clínico levou-nos à hipótese da realização de sessões individuais, sem abandonar as de grupo, entretanto iniciadas. Face a constrangimentos de ordem externa (e.g., a Maria frequentar consultas de Pedopsiquiatria, Psicologia, nutrição e outras – Terapia “Prânica”; tempo limite deste estágio curricular; períodos de doença da Maria), acabaram por interferir com a sua assiduidade nas sessões, acabando-se por não realizar as sessões individuais.

Não obstante, das 9 sessões grupais concretizadas com esta jovem, verificam-se efeitos positivos da qual se pode constatar que a maioria dos objetivos delineados foram alcançados. Embora se registem níveis de depressão, ansiedade e desesperança preocupantes, estes já não são tão elevados como inicialmente. A nível tónico-emocional também se verificam diferenças, com a redução dos níveis de vigilância e de zonas tensas percecionadas pela Maria, diminuição das inseguranças e fugas ao contacto ocular durante um processo comunicativo. Gradualmente foi-se verificando uma maior desinibição, com a maior facilidade em tomar decisões, ter iniciativa, interagir com todos os membros do grupo e partilhar experiências, revelando assim, benefícios ao nível das competências sociais. O investimento corporal e autoestima foram também aumentando, sendo que esta adolescente foi capaz de identificar zonas corporais que

gosta e reconhecer que tem qualidades (e.g., fazer um desenho segundo uma técnica em específico).

Considera-se que seria importante que a Maria continuasse a frequentar sessões de Psicomotricidade, individuais e de grupo. Durante a adolescência, o jovem encontra-se dividido entre a necessidade de ser segurado/contido/apoiado e o desejo de sentir a sua liberdade, sendo este um aspeto central dos conflitos entre pais e adolescentes (Baranes, 2007). No entanto, o apoio que o jovem encontra nas relações com os adultos permitir-lhe-á identificar e elaborar as mudanças que ocorrem com ele (Baranes, 2007), sendo que esta distância relacional é importante e pode gerida pelo psicomotricista em contexto individual.

Como menciona Sarda (2002), o “eu corporal” é um corpo que está sozinho, e para ficar erguido é necessário que um laço seja construído, ligando o “meu corpo” através da emoção e do pensamento, ao corpo e desejo do “outro”. Ou seja, seria fundamental uma intervenção individual com a Maria com intuito de proporcionar uma atenção dirigida para o interior do corpo, para as sensações, e assim permitir uma melhor descoberta e consciencialização corporal. Aqui a mediação corporal ganha relevo, no sentido em que ocorre um contágio relacional da qual o psicomotricista ajusta o seu próprio tónus aos movimentos tónico-corporais do sujeito (Sarda, 2002). Por sua vez, a intervenção de grupo possibilitaria o enfrentamento corporal ao espaço, com os outros, o desenvolvimento de competências sociais e o sentimento de pertença, dando-se continuação ao trabalho iniciado com esta adolescente.

## **V. Atividades complementares de formação**

Este estágio curricular contou com a realização de atividades complementares para a formação da estagiária, das quais se incluem, para além das reuniões de equipa descritas no subcapítulo 5.4., as reuniões semanais realizadas com o núcleo de estágio. Para além dessas atividades, procurou-se aprofundar e acompanhar conhecimentos científicos inerentes à saúde mental, bem como divulgar o papel da Psicomotricidade neste contexto através de apresentações públicas. Essas mesmas atividades são descritas em seguida.

### **1. Reuniões semanais com o núcleo de estágio**

As reuniões com o núcleo de estágio decorreram semanalmente às terças-feiras, na qual se procedeu, numa primeira fase, à apresentação de temáticas formativas que fossem pertinentes para o grupo, e tendo em conta o âmbito de estágio de cada um dos formandos. Assim, foram apresentados os seguintes trabalhos formativos: 1) Legislação em Saúde Mental em Portugal, 2) Psicomotricidade e Comportamentos

Aditivos/Dependências, 3) Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Comportamento Alimentar, 4) Intervenção Psicomotora nas Perturbações de Vinculação, 5) Intervenção Psicomotora na Agitação Psicomotora e 6) Intervenção de grupo versus Intervenção individual.

A partir de janeiro procedeu-se às apresentações e discussões dos estudos-de-caso dos discentes (ver Anexos V e W). Cada formando teve a possibilidade de falar sobre dois casos selecionados. No desenrolar das apresentações debateu-se diferentes questões relacionadas com a prática em si (e.g., gestão da agressividade, organização das sessões, estratégias de intervenção) num sentido crítico-científico que desse uma intencionalidade e credibilidade à intervenção desenvolvida com esses mesmos casos. Além das reflexões e experiências partilhadas houve a possibilidade para se analisar a estrutura e organização de um relatório de avaliação psicomotora (Anexo U), bem como partilhar instrumentos de avaliação. Outras iniciativas como apresentações públicas foram discutidas em conjunto, e o conteúdo das participações em workshops ou seminários foram partilhados com o núcleo de estágio.

## **2. Iniciativas de Formação Adicional e Apresentações Públicas**

### **2.1. Seminário “Pensar Positivo e Saúde Mental”**

Este seminário foi organizado pela Casa de Saúde Câmara Pestana e decorreu no Teatro Municipal Baltazar Dias (Funchal). Realizado no dia 11 de outubro de 2017, foi um evento que contou com a participação de preletores que promoveram a reflexão e diálogo acerca das melhores estratégias com vista à saúde mental.

Neste seminário foi abordado o que é a doença mental, como pensar positivo, a felicidade e o desporto, tendo havendo ainda o testemunho de dois atletas de alta competição.

### **2.2. Conferência sobre o Neurodesenvolvimento**

No dia 5 de dezembro assistiu-se à conferência sobre o neurodesenvolvimento, apresentado na Sala de Conferências do HNM pelo investigador internacional Dr. Christopher Gillberg.

A realização desta conferência teve como objetivo incentivar a investigação na área do Neurodesenvolvimento e abordar a implementação do projeto de investigação “Prevalência das Perturbações do Neurodesenvolvimento na Região Autónoma da Madeira”, possibilitando ainda a troca de impressões com este autor acerca das perturbações do neurodesenvolvimento.

### **2.3. Ação de formação apresentada à equipa de Pedopsiquiatria pela estagiária**

A 11 de dezembro de 2017 foi desenvolvida uma ação de formação destinada à equipa de Pedopsiquiatria com o tema da Psicomotricidade e as Perturbações da vinculação (Anexo P). O intuito passou por aprofundar e esclarecer à equipa o papel que a prática psicomotora pode desempenhar nestas situações. Nesta apresentação abordou-se a teoria da vinculação, os modelos internos dinâmicos, a importância da vinculação, as perturbações da vinculação, o ciclo vital de segurança, a Psicomotricidade nas perturbações de vinculação, entre outros. Esta ação de formação proporcionou uma dinâmica muito rica e interessante, em que através da capacidade crítica e reflexiva de toda a equipa, foi possível correlacionar os saberes teóricos e práticos, abordando-se mesmo até pontes de ligação com casos reais acompanhados no HNM.

### **2.4. XXIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**

Entre 12 e 14 de abril de 2018 decorreu o XXIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, organizado pela equipa de Pedopsiquiatria do SESARAM.

Este encontro decorreu no Auditório da Casa de Saúde Câmara Pestana (Funchal-Madeira), em que houve a oportunidade de enriquecer e aprofundar conhecimentos inerentes à saúde mental, conviver com outras psicomotricistas da RAM e ainda divulgar a Psicomotricidade, através da apresentação pela estagiária de uma comunicação-livre intitulada por: *Psicomotricidade em saúde mental infantil: apresentação de um caso clínico* (Anexo Q). Também foi elaborado de um póster intitulado por: *Intervenção Psicomotora nos Problemas de Vinculação* (Anexo R), que contou com a colaboração do orientador académico e colegas de estágio.

### **2.5. Semana da Reabilitação Psicomotora**

Na semana da Reabilitação Psicomotora que decorreu entre 14 a 18 de maio de 2018 na FMH, elaborou-se um póster enquadrado na temática: *Um ano de estágio...* (Anexo S). O objetivo passou por cada aluno do 2º ano de mestrado divulgar o seu local de estágio, expondo o contexto, população-alvo, principais desafios e conquistas, terminando com uma pequena mensagem para futuros estagiários.

### **2.6. Dia Mundial da Criança no HNM**

Não se considerando propriamente uma atividade de formação adicional, colaborou-se ainda nas atividades lúdicas e educativas realizadas no dia 30 de maio de

2018 no HNM, cujo objetivo passou por assinalar e comemorar o Dia Mundial da Criança. Desta forma, conjuntamente com o estagiário de Psicologia, foi realizada uma peça de teatro intitulada por “O Mágico Desastroso”. Esta dinâmica possibilitou a aproximação e conhecimento de outros profissionais (e.g., pediatria, enfermagem) e ao mesmo tempo, uma maior envolvimento nas atividades destinadas à comunidade proporcionada pelos técnicos que desenvolvem a sua atividade em meio hospitalar.

### **2.7. Divulgação da Psicomotricidade com a elaboração de panfletos**

No estágio foram elaborados panfletos alusivos à Psicomotricidade (Anexo T) com intuito de promover o conhecimento acerca desta abordagem terapêutica. Estes foram distribuídos pelos profissionais do Serviço de Pedopsiquiatria, pais e professores dos casos acompanhados, havendo ainda outros panfletos na sala de copa para divulgação a outros profissionais.

## **VI. Dificuldades e Limitações**

Ao longo da realização deste estágio curricular, algumas dificuldades e angústias foram sentidas, mas que fizeram naturalmente parte de um processo de crescimento profissional e pessoal.

Em primeiro lugar, considera-se que a falta de contacto e experiência no que diz respeito à prática psicomotora em contexto de saúde mental infantil e juvenil se constituiu como uma limitação. O trabalho desenvolvido pela antiga estagiária (ano letivo 2013/2014), pioneira e primeira psicomotricista naquela entidade acolhedora induziu expectativas elevadas na equipa de Pedopsiquiatria, da qual quisemos dar continuidade a esse profissionalismo, alargando ao mesmo tempo o campo de atuação nessa instituição: ou seja, uma intervenção dirigida não só a crianças, mas também aos adolescentes, por meio de uma intervenção individual ou grupal. Uma das dificuldades passou por aí, pela adoção de estratégias, pela tentativa de se constituir grupos, surgindo muitas vezes questões do género: que tipo de crianças/jovens? qual o número de elementos? que elementos-critérios ter em consideração para uma intervenção individual ou para a elaboração de um grupo terapêutico? Para além destas questões, acrescentaram-se as dificuldades na aplicação dos aportes teóricos à prática propriamente dita. A reduzida experiência neste âmbito despoletou uma maior autonomia, pesquisa científica, reflexão crítica e capacidade de iniciativa. Por sua vez, a orientação supervisionada e apoio da equipa técnica do serviço vieram facilitar a tomada de decisões.

A tendência para o encaminhamento de casos relacionados com a esfera motora e cognitiva constitui-se outro obstáculo, no sentido em que foi necessária uma maior

sensibilização e esclarecimento à equipa acerca do papel que a intervenção psicomotora pode desempenhar nas situações psicoafetivas. A apresentação à equipa sobre a Psicomotricidade e as perturbações da vinculação foram um ponto-chave para uma mudança de perspetiva, começando a ser encaminhadas crianças com problemas emocionais.

Este desconhecimento acerca da Psicomotricidade também é transversal, e mais acentuada entre pais e professores, da qual a nossa prática teve de ser inúmeras vezes explicitada e justificada o porquê de benéfica para as crianças e adolescentes acompanhados. Este cuidado de esclarecimento e divulgação efetuou-se não apenas presencialmente, mas também através de panfletos elaborados pela estagiária para que pudessem chegar às escolas.

Uma outra limitação relacionou-se com o facto de não ter havido a possibilidade de se realizarem reuniões presenciais com os professores, por motivos de ordem externa (e.g., a estagiária não possuir viatura própria). De facto, o professor representa uma figura de extrema importância no conhecimento acerca da criança. Ainda que tal se tenha constituído como uma barreira, o inquérito da BASC foi enviado através de cartas, juntamente com uma declaração/explicação do pretendido. Além disso, a criação de um email eletrónico possibilitou o esclarecimento de dúvidas que surgissem, acabando por facilitar a ligação com os professores. Não obstante, a indiferença por parte de alguns docentes comprometeu a realização das avaliações finais, cujos inquéritos acabaram por não ser devolvidos.

A prática em si permitiu um conjunto de vivências e desafios da qual a estagiária não tinha experiência em saber lidar, desde a realização das avaliações, entrevistas, aplicação das metodologias de intervenção, o saber agir perante comportamentos imprevistos das crianças e jovens nas sessões e o ter de lidar com os desabafos, frustrações e desânimo dos pais. O saber o que dizer e como dizer aos pais sem desencadear um sentimento de culpabilidade constitui-se também uma tarefa que nem sempre foi fácil, visto que alguns insistiam em compreender a problemática do filho, que muitas vezes se encontrava associada ao próprio contexto e dinâmica familiar. A questão da confidencialidade tornou-se também uma situação difícil de gerir, visto que alguns pais questionavam sobre o que ocorrera nas sessões, se o filho se tinha portado bem ou não, acabando por dificultar o estabelecimento dos limites de confidencialidade.

A constituição de um grupo de intervenção terapêutica foi também um desafio. Ainda que se pretendesse criar um grupo de intervenção para duas crianças, tal acabou por não ocorrer devido à incompatibilidade horária dos pais. Ainda assim, foi possível criar um grupo terapêutico com adolescentes, constituindo-se como uma ideia inovadora, e uma resposta diferenciada para aquelas faixas etárias. Mais uma vez, a

inexperiência neste âmbito gerou algumas inseguranças e incertezas relativamente ao rumo a seguir: como começar, que postura a adotar, que estratégias e metodologias mais adequadas? Ainda que os jovens possuíssem problemáticas em comum, a verdade é que a personalidade heterogénea do grupo, o nível de maturidade semelhante, os interesses e motivações convergentes acabaram por contribuir para o bom funcionamento das sessões. Por outro lado, algumas decisões tomadas inicialmente foram repensadas, tais como o benefício da realização de sessões individuais para o estudo de caso 2. Outra questão que se refletiu foi sobre o número elevado de casos (6) para a intervenção de grupo, tendo em consideração a exposição que o grupo oferece em si, e que por sua vez poderia influenciar negativamente a adesão à intervenção.

Lidar com imprevistos como a morte de um familiar, períodos de doença, mudança de escola, interrupção da intervenção por internamento (no caso de dois adolescentes), demonstram que no fundo, nem sempre a intervenção se desenrola de forma linear, ou pelo menos, como previsto e planeado inicialmente. No desenrolar do estágio sentiu-se que a assiduidade dos jovens não é tão regular como das crianças. É notório o desgaste dos pais, sentimento de desesperança, muitos deles já cansados de andar de consulta em consulta, interferindo de forma negativa com a assiduidade dos filhos. Este mesmo fator levou com que se criasse um plano B para eventuais ausências nas sessões.

Os próprios contextos familiares difíceis, aliados às condições socioeconómicas da família, levaram ao abandono e à desistência de uma possível intervenção em alguns casos. Infelizmente nem todas as famílias têm a possibilidade para se deslocar semanalmente para receber um acompanhamento, sendo que muitas delas vivem distanciadas do HNM. Além das dificuldades monetárias acrescem-se as limitações em termos dos horários e transportes disponíveis, com acessibilidade escassa em várias regiões da Madeira.

A opinião de outros profissionais do serviço e dos próprios professores, não que represente uma limitação em si, mas que geraram algumas angústias nos pais, das quais eram partilhadas com a estagiária. A título de exemplo, o facto de a psicóloga do estudo de caso 1 considerar que a criança deve ser medicada, e a aflição e ansiedade que é despoletada nesta mãe, e por sua vez partilhada com a estagiária. O que dizer a esta mãe e como apaziguá-la? Aliada a esta situação, acrescem-se os comentários dos professores, idênticos à da psicóloga. Apesar destas situações, as reuniões de equipa possibilitaram debater alguns casos e as medidas de intervenção mais apropriadas a cada um.

A grande quantidade de materiais disponíveis no ginásio tornou-se uma dificuldade da qual a estagiária teve de se adaptar. Enquanto que existem espaços terapêuticos em

que há falta de material, no ginásio do CDC o oposto acontece, existindo material excedentário (e.g., brinquedos para bebês, carrinhos de bebês, andarilhos, etc.) espalhados pelo ginásio não havendo armários que possibilitem a sua arrumação. Apesar disso, em articulação com outras técnicas que partilham esse espaço terapêutico noutros horários (e.g., terapeuta ocupacional), foi possível retirar alguns dos materiais excedentários para a sala ao lado facilitando assim, a intervenção psicomotora.

A aproximação do final de intervenção e a preparação das crianças do seu término constituiu-se igualmente como uma dificuldade, especialmente no caso de uma criança institucionalizada da qual a relação terapêutica se encontrava fortalecida. Como dizer às crianças? Todas elas gostavam de frequentar as sessões, e encontrar as melhores palavras para explicar a aproximação do seu término foi um desafio. Apesar disso, todas elas aparentemente reagiram bem, no entanto, o sentimento de separação, abandono, quebra, desencadearam um conjunto de emoções nem sempre fáceis de gerir.

## **VII. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro**

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada.

Apenas dê o primeiro passo.”

Martin Luther King

Esta frase ilustra metaforicamente a caminhada percorrida neste estágio, na qual várias “escaladas” tiveram de ser feitas, decisões tomadas, atitudes e posturas adotadas e refletidas. Iniciando pela inclusão na equipa multidisciplinar de Pedopsiquiatria, o primeiro passo passou, portanto, por uma atitude de total absorção: absorção do modo de funcionamento, observação do modo de agir, de interagir com pacientes e famílias, atenção às tomadas de decisões em equipa, compreensão da interligação e complementaridade das diferentes valências.

Aliada à absorção, surgiu naturalmente a necessidade e interesse crescentes em compreender as patologias, em perceber o papel que a Psicomotricidade pode desempenhar, que estratégias e metodologias mais adequadas a cada caso, ocorrendo concomitantemente, a elaboração mental de vários objetivos a atingir com a realização do estágio. As metas definidas foram claramente ambiciosas, possivelmente devido à personalidade da estagiária, mas também no sentido de se pretender adquirir o máximo de experiência possível no âmbito da saúde mental. As primeiras perguntas foram surgindo... de um lado, as crianças, do outro lado os adolescentes. Depois o individual versus o grupal. As necessidades da infância e da adolescência são muito variáveis, e

quando se trata de saúde mental, a importância da compreensão dos conhecimentos técnico-científicos ganha uma maior dimensão. Certamente que a orientação local e as reuniões de estágio concretizadas com o núcleo acadêmico possibilitaram uma visão mais esclarecedora para essas perguntas, bem como uma atitude reflexiva e a preocupação de buscar na literatura as respostas para essas questões.

O agir foi também ganhando espaço, e o desconhecimento da Psicomotricidade, ou pelo menos, dos vários campos de atuação exigiram a sensibilização da prática psicomotora, no seio da equipa de Pedopsiquiatria, mas também junto dos pais e dos professores. Foi fundamental desmitificar a crença de que a Psicomotricidade se trata meramente da motricidade, na qual se descarta a componente psíquica e a ligação que existe entre mente-corpo.

Intencionalidade e atitude terapêutica talvez sejam as palavras que melhor caracterizam o estágio. Sendo que o sujeito é uma unidade biopsicossocial, tornou-se fundamental então olhar para a criança ou jovem para além dos seus sintomas ou fenótipo comportamental, muitas vezes confundidos com diagnósticos de PHDA quando no fundo existem, profundezas internas em conflito resultantes de situações mal resolvidas em fases precoces do desenvolvimento. Fazer a interligação entre a história anamnésica e clínica do sujeito, a estrutura e dinâmica familiar com a identificação dos fatores de risco e de proteção, levaram a uma melhor apreciação diagnóstica, compreensão do caso na globalidade e a formulação do plano pedagógico-terapêutico com objetivos gerais e específicos que fossem ao encontro com as necessidades de cada um. O interesse pela vinculação, a sua importância e qualidade na díade mãe-criança foi crescendo em simultâneo. Neste contexto, foi-se progressivamente estabelecendo várias pontes de ligação, desde a formação dos modelos internos operantes dos sujeitos acompanhados, com o seu modo de agir e pensar o mundo.

Intencionalidade no sentido em que a postura do psicomotricista, o toque, o olhar, a aproximação, o distanciamento, a responsividade, a regressão e/ou a representação de uma figura de referência para a exploração do espaço, dependeram de uma análise aprofundada das avaliações iniciais realizadas, e a formulação de hipóteses com base em critérios científicos. Um agir pensado, um brincar com intenção, conversas inteligíveis verbais e não-verbais em jogo simbólico, descodificáveis e contínuas no tempo visaram compensar as lacunas afetivas das crianças acompanhadas. A empatia criada com as crianças e o fortalecimento da relação terapêutica requereu uma grande disponibilidade, entrega, sintonia afetiva, algo que não se concretiza do dia para a noite e que variou consoante os ritmos e diferenças de cada um. Não foi fácil gerir esta atitude terapêutica, foram muitas as situações com dúvidas, incertezas, alguns momentos até emocionalmente desgastantes. Por outro lado, gestos como um sorriso ou abraço

acabaram por compensar esses momentos de angústia e maior insegurança. A própria interpretação dos comportamentos da criança no seio da sessão e a sua inter-relação com questões mais psicanalíticas constituíram-se igualmente um desafio, exigindo a leitura e procura constante de informações.

Ainda que a experiência do estágio da Licenciatura se baseasse numa Psicomotricidade com incidência instrumental, procurou-se neste estágio curricular e dentro dos objetivos pré-estabelecidos desenvolver as áreas deficitárias partindo dos interesses e motivações das crianças. Foi um desafio lidar com algumas situações imprevisíveis, mas em muitas sessões as crianças foram capazes de surpreender com a sua capacidade de imaginação, da qual as atividades foram então sendo adaptadas às suas necessidades, sem esquecer as suas potencialidades e a preservação do sucesso.

A intervenção com os jovens teve uma direção e modo de funcionamento diferente. Pode-se considerar que as atividades propostas inicialmente permitiram uma progressiva desinibição dos elementos do grupo. Ao longo das sessões, foi-se “descartando” da figura central e os adolescentes foram ganhando voz, sentindo-se cada vez mais confortáveis com aquele espaço, percecionando-o como seguro. Assim, ocorreram momentos de partilha de trabalhos artísticos, sendo que alguns jovens chegaram mesmo a desabafar com o grupo assuntos mais pessoais. Tal como referido nas dificuldades e limitações, a intervenção nem sempre foi linear como o pensado inicialmente, ocorrendo por exemplo, sessões em que apenas compareciam um ou dois adolescentes. Ainda assim, foi interessante perceber que alguns deles optavam por querer falar acerca de preocupações ou frustrações suas, ou fazer uma das atividades pensadas pela estagiária individualmente, ao invés de abandonarem imediatamente o ginásio. A nossa intervenção também passa por aí, por conceder um espaço de segurança, contentor, na qual é possível tomar escolhas e compreender empaticamente as angústias do sujeito.

Intervir no contexto de saúde mental pressupõe lidar não apenas com o indivíduo que está à nossa frente, e as aprendizagens também passaram por aí. Foi importante compreender a importância do trabalho realizado em equipa e a intervenção nos diferentes contextos que o indivíduo está integrado. O trabalho com a família, é pois, fundamental, no sentido em que muitas problemáticas advêm da própria dinâmica familiar, dos estilos parentais, das vinculações inseguras que foram estabelecidas precocemente, das perturbações psiquiátricas dentro de um seio familiar que se constituem como fatores de risco, situações de abandono, divórcio, morte, e tantas outras que estão por detrás de uma criança ou adolescente geradoras de grande sofrimento. Por estas razões, nem sempre as crianças ou adolescentes evoluem como

nós perspetivamos, cada caso é um caso, cada lar é um lar, e muitas vezes a Psicomotricidade surge apenas como “uma luz ao fundo do túnel”. Consciencializar este facto não foi algo imediato, mas no contacto com outros profissionais, com as próprias famílias e no decorrer de toda a envolvência prática, foi-se aprendendo a gerir as “ambições” e a lidar com algum sentimento de impotência.

O estágio foi também em si um caminho de autodescoberta, de aprendizagem e reflexão acerca dos próprios comportamentos. Foi um momento formativo da qual se pôde experimentar e arriscar, pensar e repensar algumas decisões, que certamente melhor prepararão para a intervenção psicomotora num eventual contexto de saúde mental infantil e juvenil. Do estágio levam-se também amizades, relações de cumplicidade, quer da equipa de Pedopsiquiatria do HNM, das crianças e adolescentes acompanhados, quer do próprio núcleo de estágio académico.

Sendo este estágio parte integrante de um processo de formação de dois anos, não podemos descurar a importância dos aportes teóricos adquiridos no 1º ano do Mestrado, tal como toda a estrutura basilar criada ao longo da Licenciatura. A formação-base contribuiu sem dúvida para uma melhor preparação em termos de investigação científica, capacidade de iniciativa, organização e autonomia, que agora no 2º ano de Mestrado revelaram-se imprescindíveis em todo o processo de atuação enquanto única psicomotricista existente no HNM, durante este período. Tal como a redação deste relatório, a criação e intervenção com um grupo terapêutico de adolescentes constituiu-se como um dos principais desafios de todo o estágio. No entanto, olho para trás com enorme orgulho e satisfação pela concretização deste objetivo, sendo um fator inovador que veio demonstrar a importância da Psicomotricidade nestas faixas etárias. Além disso, despertou-me ainda mais o interesse e motivação para trabalhar com adolescentes no futuro.

Pessoalmente tenho consciência que ainda há muito para aprender, e por isso vejo a finalização deste estágio não como um fim, mas como o início de um novo sonho, já que,

“Os sonhos são como uma bússola, indicando os caminhos que seguiremos e as metas que queremos alcançar. São eles que nos impulsionam, nos fortalecem e nos permitem crescer.”

(Augusto Cury)

## VIII. Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. doi: doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333
- American Art Therapy Association. (2017). *(Concise) Definition of Art Therapy*. Retirado a 18 de maio de 2019 de [https://www.arttherapy.org/upload/2017\\_DefinitionofProfession.pdf](https://www.arttherapy.org/upload/2017_DefinitionofProfession.pdf).
- American Music Therapy Association (2019). *What is Music Therapy?*. Retirado 20 de maio de 2019 de <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders [DSM V]* (5.<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Author
- American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama. (2014). *What is Psychodrama, Sociometry and Sociodrama?*. Retirado a 23 de maio de 2019 de <https://asgpp.org/pdf/What%20is%20PD,%20etc.pdf>.
- Andrade, T.M.; Moraes, D.E.B; & Ancona-Lopez, F. (2014). Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(1), 126-141. doi: 10.1590/S1414-98932014000100010
- Anxiety and Depression Association of America [ADAA]. (2018a). *Symptoms*. Retirado a 20 de novembro de 2018 de <https://adaa.org/understanding-anxiety/generalized-anxiety-disorder-gad/symptoms>.
- Anxiety and Depression Association of America [ADAA]. (2018b). *Understanding GAD – and the Symptoms*. Retirado a 20 de agosto de 2018 de <https://adaa.org/understanding-anxiety/generalized-anxiety-disorder-gad>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2017). *Prática Profissional*. Retirado a 20 de agosto de 2018 de <https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Retirado a 25 de maio de 2019 de <https://www.appsicomotricidade.pt/documentacao/>
- Araujo, G., & Gabelán, G. N. (2010). Psicomotricidad y Arteterapia. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13(4), 307-319.
- Aucouturier, B. (2017). *Agir, jouer, penser: étayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique* (1.<sup>a</sup> ed.). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Aucouturier, B. (2005, outubro). *Do prazer de brincar ao prazer de aprender*. Transcrição da Conferência de Bernard Aucouturier realizada na I Jornada da Sociedade Brasileira de Psicomotricidade no estado de São Paulo.
- Ballouard, C. (2011). *L'Aide-mémoire de psychomotricité* (2.<sup>a</sup> ed.). Paris: Dunod.

- Bandura, A., & Walters, R. (1977). *Social learning theory*. USA: Englewood Cliffs, N.J., Prentice-hall.
- Baranes, C. (2010). Psychomotricité et indications. In C. Baranes (Ed.). *Être psychomotricien*. (194-209). Toulouse, França: ERES. doi: doi:10.3917/eres.potel.2010.01.0194.
- Baranes, C. (2009). Adolescence et Relaxation: Le group, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53(2), 79-89. doi: doi: 10.3917/rppg.053.0079.
- Baranes, C. (2007). Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. Un exemple: la relaxation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 120-126. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.02.004
- Baranes, C. (2006). *Intérêts et risques des médiations corporelles pour les adolescentes - Psychomotricité troisième année*. Retirado de <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations3/mediations3.pdf>
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (3.<sup>a</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Bénony, H. (2002). *O desenvolvimento da criança e as suas psicopatologias* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Beck, A., Steer, R., & Carbin, M. (1988a). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988b). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
- Beck, A., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1(42), 559-563. doi: 10.1176/ajp.142.5.559
- Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861. doi: 10.1037/h0037562
- Bergès-Bounes, M., & Lauras-Petit, A. (2006). De l'individu dans le groupe: la relaxation thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de groupe*, 47(2), 179-190. doi: 10.3917/rppg.047.0179

- Ponsin, F. (2002). L'élaboration de l'unité corporelle en relaxation. *Enfances & Psy*, 20(4), 96-101. doi: 10.3917/ep.020.0096.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, (3), 53-65.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances Psy*, 49(4), 78-88. doi: 10.3917/ep.049.0078.
- Bossé, J. (2017). *Prende corps: apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*. Collège Sciences de la Santé – Institut de formation en Psychomotricité: Université de Bordeaux.
- Bouscary, M. (2017). *La psychomotricité dans le soutien des interactions mère-enfant. Exemple des interactions perturbées par la maladie psychiatrique périnatale maternelle. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*. Collège Sciences de la Santé – Institut de formation en Psychomotricité: Université de Bordeaux.
- Bowes, L.; Arseneault, L.; Maughan, B.; Taylor, A.; Caspi, A.; & Moffitt, T. (2009). School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: a nationally representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 545-553. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819cb017.
- Brait, L; Macedo, K; Silva, F.; Silva, M.; & Souza, A. (2010). A relação professor/aluno no processo de ensino e aprendizagem. *Itinerarius Reflectionis*, 6(1), 1-15. doi: 10.5216/ir.v6i1.40868
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15(30), 131-139. doi: 10.1590/S0103-863X2005000100014
- Canadian Paediatric Society (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & child health*, 9(8), 575-583. doi: 10.1093/pch/9.8.575
- Cochrane-Brink, K., Lofchy, J. & Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451. doi: 10.1016/S0163-8343(00)00106-7
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado a 7 de agosto de 2018 de

- <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde [CNSM & ACSS]. (2018). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Retirado a 07 de Agosto de 2018 de <https://stg.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde [CNSM & ACSS]. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Retirado a 07 de agosto de 2018 de <http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/41c660e11a.pdf>.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade relacional*. Trilhos Editora
- Costa, J. (2003). Psicomotricidade relacional. *A Psicomotricidade*, 1(1), 42-46
- Costa, J.; Santos, M; & Vidigal, M. (2005). Era uma vez... (atelier de expressão dramática de contos infantis. In M. Vidigal et al. (Ed.). *Intervenções Terapêuticas em grupo de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar* (73-106). Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, P. & Moreira, B. (2008). O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. *Mental*, 6(10), 85-102.
- Cruz, J.; Matos, M; & Diniz, J. (2014). Leadership styles and education—the teachers' role. *International Journal of Social Science and Entrepreneurship*, (2), 54-60.
- Cruz, M. & Lobo, P. (2005). A Depressão na Criança – Projecto de Intervenção Terapêutica em Grupo (Breves reflexões). In M. Vidigal et al. (Ed.). *Intervenções Terapêuticas em grupo de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar* (107-138). Lisboa: Trilhos Editora.
- Decreto-Lei n.º 136/2015. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 145 – 28 de julho de 2015, 5081-5091.
- Decreto-Lei n.º 22/2011. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 29 – 10 de fevereiro de 2011, 716-723.
- Decreto-Lei n.º 304/2009. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 205 – 22 de outubro de 2009, 7933-7941.
- Decreto-Lei n.º 35/99. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 30 – 05 de fevereiro de 1999, 676-681.
- Decreto-Lei n.º 36/98. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 169 - 24 de julho de de 1998, 3544-3550.

- Decreto-Lei n.º 127/92. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 151 – 03 de julho de 1992.
- Decreto-Lei n.º 46102/64. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 299 – 23 de dezembro de 1964.
- Decreto-Lei n.º 2118/63. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série. N.º 79 – 3 de abril de 1963.
- Despacho n.º 13443/2014. Universidade de Lisboa – Reitoria. *Diário da República*, 2.ª série. N.º 214 - 5 de novembro de 2014, 27900-27901
- Delarue, C. (2010). Psychomotricité et obésité chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 23(5), 254-261. doi: 10.1016/j.jpp.2010.06.003
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado a 10 de junho de 2018 de <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns – Enquadramento Global e Nacional e Referência de Recurso em Casos Emergentes*. Retirado a 15 de agosto de 2018 <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Portugal - Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise. Retirado a 09 de Agosto de 2018 de <http://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2005). *Circular Normativa n.º: 06/DSPSM – Organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Eisenberg, M., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(8), 733-738. doi: 10.1001/archpedi.157.8.733
- Farokhi, M., & Hashemi, M. (2011). The analysis of children's drawings: social, emotional, physical, and psychological aspects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (30), 2219-2224. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.433
- Fernandes, J., Filho, P., & Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709. doi: 10.4322/2526-8910.ctoen1232.

- Ferreira, C. (2018). O Brincar: sua relação com o desenvolvimento e a constituição do EU. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 1(43), 150-156.
- Foley, Y., & Mullis, F. (2008). Interpreting Children's Human Figure Drawings: Basic Guidelines for School Counselors. *Georgia School Counselors Association Journal*, 1(1), 28-37.
- Fonseca, J. (2007). O Papel da Relaxação no Percurso Psicoterapêutico. *A Psicomotricidade*, 9, 35-40.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora – estudo de casos* (5.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: Edições FMH, 13-25.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M., Simões, M., Rijo, D., ... Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 103-112.
- Goldstein, J. (2012). *Play in children's development, health and well-being*. Bruxells: Toy Industries of Europe.
- Gouveia, M.; Frontini, R.; Canavarro, M.; & Moreira, H. (2016). Imagem corporal e qualidade de vida na obesidade pediátrica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 52-59. doi: 10.15309/16psd170108.
- Guimarães, S., Frazão, A., Melo, M, Duarte, S. & Toledo, S. (2016). O corpo do Psicomotricista: do corpo agido e vivido ao corpo relacional e terapêutico. *A Psicomotricidade*, (19), 47-65.
- Grabot, D. (2002). Le psychomotricien et les groupes. *Enfances Psy*, 3, 109-115. doi: 10.3917/ep.019.0109.
- Gravel, S., & Tremblay, J. (2004). *Développer l'intervention en psychomotricité auprès des enfants*. Cégep de Jonquière: Tréfié
- Guédeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles: Fabert.
- Hack, S; & Ramires, V. (2010). Adolescência e divórcio parental: continuidades e rupturas dos relacionamentos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 85-97. doi: 10.1590/S0103-56652010000100006.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and

- women. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 182-189. doi: 10.1001/archpsyc.62.2.182.
- Instituto de Administração da Saúde (2016). *Pedopsiquiatria com mais de 7 mil consultas em 2015*. Retirado a 10 de Agosto de 2018 de <http://iasaude.madeira.gov.pt/index.php/informacao-documentacao/comunicacao-social/recortes-de-imprensa/1542-pedopsiquiatria-com-mais-de-7-mil-consultas-em-2015>.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Retirado a 9 de Agosto de 2018 de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2).
- Irmãs Hospitaleiras (2018). *Resenha Histórica*. Retirado a 10 de Junho de 2018 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/crpsf/apresentacao/22-resenha/38-resenha-historica>.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant  
Definition of psychomotor therapeutics in child psychiatry. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.03.005.
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1984). *Simbología del movimiento*. Barcelona: Científico-Médica.
- Larminat, B. (2013). *Psychomotricité et adolescence: inventaire des connaissances actuelles et exemples de prises en charge avec des adolescentes. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité*. Faculté de médecine Toulouse Rangueil - Institut de formation en Psychomotricité: Université Paul Sabatier – Toulouse III
- Liebmann, M. (2004). *Art Therapy for Groups – A handbook of themes and exercises*. New York: Brunner-Routledge.
- Llauradó, C. (2012). Piel, envoltura, tocar y ser tocado: El ligar del tacto en Psicomotricidade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (37), 4-43.
- Luiz, A.; Gorayeb, R.; Júnior, R.; & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 35-39. doi: 10.1590/S1413-294X2005000300005
- Luz, I. (2008). A agressividade na concepção de Winnicott e suas implicações para a educação infantil. *Aprender–Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, (6), 109-137.

- Maia, J.; Ferreira, B.; Veríssimo, M.; Santos, A. e Shin, N. (2008). Auto-conceito e representações da vinculação no período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 3(26), 423-433.
- Maia, L. (2017). Até quando dormirei com a minha mãe? “Nunca!”. *Psicologia*, 1-8.
- Malchiodi, C. (2005). Expressive therapies - History, theory, and practice. In C. Malchiodi (Ed.). *Expressive Therapies* (1-15). New York: Guilford Publications.
- Manfroi, E., Macarini, S., & Vieira, M. (2011). Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. *Journal of Human Growth and Development*, 21(1), 59-69. doi: 10.7322/jhgd.19996
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2010). *Infância e Psicopatologia*. Brasil: Artmed.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação – o diálogo tónico emocional no nascimento da vida psíquica. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 13(1), 34-43.
- Martins, R. (2010). A Especificidade da Psicomotricidade: No Caminho da Identidade Psicocorporal. *A Psicomotricidade*, (13), 114-128.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In R. Martins & V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental. In R. Martins & V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. & Rosa, R. (2005). Crianças Hiperativas com Défice de Atenção (PHDA). In M. Vidigal et al. (Ed.), *Intervenções Terapêuticas em grupo de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar* (179-183). Lisboa: Trilhos Editora.
- Martins, R.; Simões, C. & Brandão, T. (2016). Mestrado em Reabilitação Psicomotora – Normas Regulamentares. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade de Lisboa.
- Martins, R. (s.d.). Esquema de Tensões. [Instrumento de Avaliação]. Documento não publicado, disponibilizado pelo autor.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85-95.
- Marvin, R.; Cooper, G.; Hoffman, K. e Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver–pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107-124. doi: 10.1080/14616730252982491
- Mira, A. & Fernandes, J. (2015). Comunicação não verbal na intervenção psicomotora. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (81-90). Rio de Janeiro: Wak Editora.

- Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad com déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases atiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurologia*, (28), 182-188.
- Mishima, F.; & Barbieri, V. (2009). O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 249-255. doi: 10.1590/S1413-294X2009000300009
- Mishima, F.; Dezan, S.; & Barbieri, V. (2014). Não pode!: A função Paterna e a Obesidade Infantil. *Psico*, 45(2), 176-186.
- Morais, A., Novais, R. & Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, (5), 41-49
- Morrison, J., & Flegel, K. (2017). *Interviewing Children and Adolescents: Skills and Strategies for Effective DSM-5? Diagnosis*. New York: Guilford Publications.
- Moura, O., & Matos, P. (2008). Vinculação aos pais, divórcio e conflito interparental em adolescentes. *Psicologia*, 22(1), 127-152. doi: 10.17575/rpsicol.v22i1.341
- Naglieri, J. (1988). *Draw a Person: A quantitative scoring system*. New York: Psychological Corporation.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Lombarda. *A Psicomotricidade*, (4), 103-111.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47(4), 193-219. doi: 10.1159/000078723
- Pereira, B. (2005). Relaxação Terapêutica e Perturbações do Sono – corpo e sono. *A Psicomotricidade*, (5), 63-67.
- Pinto, J. (1982). Sobre a concepção de vinculação. *Análise Psicológica*, 1/2(3), 47-66.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, (3), 45-49.
- Porter, M. L., Hernandez-Reif, M., & Jessee, P. (2009). Play therapy: A review. *Early Child Development and Care*, 179(8), 1025-1040. doi: doi.org/10.1080/03004430701731613
- Potel, C., Saint-Cast, A., & Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances Psy*, 61(4), 20-31. doi: 10.3917/ep.061.0020.
- Ramelli, M. (2007). Réflexions autour de la thérapie psychomotrice d'une petite fille instable. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 98-101. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.03.002
- Rebello, (2009). Efeitos da retenção escolar, segundo os estudos científicos, e orientações para uma intervenção eficaz: uma revisão. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 27-52. doi: 10.14195/1647-8614\_43-1\_2

- Reynolds, C.R.; & Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. USA: American Guidance Service.
- Robinson, S. (2006). Victimization of obese adolescents. *The Journal of School Nursing*, 22(4), 201-206. doi: 10.1177/10598405050220040301
- Rodrigues, A. & Antunes, N. (2014). *Mais forte do que eu! – Hiperactividade e défice de atenção (Causas, consequências e soluções)*. Alfragide: Lua de papel.
- Rodrigues, A. (2004). Avaliação da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Um contributo para o estudo da realidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (20), 7-17.
- 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). El rol del psicomotricista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (62), 35-60.
- Sanchez, P. (1984). Consideraciones en torno al concepto de psicomotricidade. *Anales de Pedagogia*, 345-351.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, (4), 86-95. doi: 10.3917/ep.020.0086.
- Santos, M. (2015). Problemas de saúde mental e perturbações psiquiátricas. In M. Santos (Ed.), *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir*. (19-28). Retirado de [http://www.silabo.pt/Conteudos/7943\\_PDF.pdf](http://www.silabo.pt/Conteudos/7943_PDF.pdf)
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais [SRAS]. (2012). *Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016*. Funchal: Instituto de Administração de Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM. Retirado a 10 de Agosto de 2018 de <http://www.iasaude.pt/attachments/article/1267/Plano%20Estrategico%20do%20Sistema%20Regional%20de%20Saude%202011-2016.pdf>
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais [SRAS]. (2003). *Plano Regional de Saúde*. Funchal. Retirado a 10 de Agosto de 2018 de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/02/PRSMADIRA.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado a 10 de Junho de 2018 de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Retirado a 7 de Agosto

- de 2018 de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- SESARAM (2017a). *Quem Somos*. Retirado a 3 de novembro de 2017 de [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7&Itemid=10](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=10)
- SESARAM (2017b). *Visão e Missão*. Retirado a 3 de novembro de 2017 de [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=700&Itemid=322](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=700&Itemid=322)
- SESARAM (2017c). *Consulta externa do Hospital Dr. Nélio Mendonça*. Retirado a 3 de novembro de 2017 de [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3732&Itemid=737](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3732&Itemid=737)
- SESARAM (2017d). *Cuidados Hospitalares*. Retirado a 8 de novembro de 2018 de <https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php/acesso-a-saude/indicadores/cuidados-hospitalares>
- SESARAM (2011). *Inauguração do Edifício do Departamento de Saúde Mental*. Retirado a 20 de novembro de 2017 de [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3636:inauguracao-do-edificio-do-departamento-de-saude-mental&catid=268](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3636:inauguracao-do-edificio-do-departamento-de-saude-mental&catid=268)
- Sim-Sim, I. (2009). Pontes, desníveis e sustos na transição entre a educação pré-escolar e o 1º ciclo da Educação Básica. *Exedra: Revista Científica*, (1), 111-118.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 246-251. doi: 10.1590/S0102-79722007000200010.
- Sociedade Portuguesa de Psicodrama [SPP]. (s/d). *O Psicodrama*. Retirado a 23 de maio de 2019 de <https://sociedadeportuguesapsicodrama.com/sobre-nos/>
- Stocker, F. (2007). A agressividade. *Contemporânea – Psicanálise e Multidisciplinaridade*, (2), 253-262.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. *Psicodiagnóstico*, (5), 45-56.
- Taylor, E., Dopfíner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child e Adolescent Psychiatry*, 13(1), 1-30.
- Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice: des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(3), 148-151. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.07.013

- Tomas-Aragones, L; Voicu, C.; & Marron, S. (2017). The clinical interview and assessment: general considerations. *Romanian Journal Clinical and Experimental Dermatology*, 4(1), 6-13.
- Vieira, J. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *PerspectivasOnLine 2007-2011*, 3(11), 64-68.
- Vidigal, M. et. al (2006), *Intervenções Terapêuticas em grupo de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Wilson, K. R., & Prior, M. R. (2010). Father involvement: The importance of paternal solo care. *Early Child Development and Care*, 180(10), 1391-1405. doi: 10.1080/03004430903172335
- Winnicott, D. W. (1979). *A criança e o seu mundo* (5.<sup>a</sup> ed). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- World Federation of Music Therapy [WFM]. (2011). *What is music therapy?*. Retirado a 18 de maio de 2019 de <https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- World Health Organization [WHO]. (2018a). *Mental disorders*. Retirado a 10 de junho de 2018 de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization [WHO]. (2018b). *10 Facts on mental health*. Retirado a 10 de junho de 2018 de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/)
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retirado a 10 de junho de 2018 de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Switzerland: WHO Press. Retirado a 10 de junho de 2018 de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Genebra: WHO. Retirado a 10 de agosto de 2018, de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf)