



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Relatório de Estágio de Aprofundamento de Competências
Profissionais: A Psicomotricidade e a Saúde Mental Infanto-Juvenil
Clínica da Encarnação – Hospital D. Estefânia

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

Orientador Académico: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins
Orientador Local: Mestre João Maria Antunes da Costa

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Mestre João Maria Antunes da Costa

Patrícia Barbosa Gonçalves
2012

AGRADECIMENTOS

Iniciarei os meus agradecimentos com uma frase do nosso escritor Fernando Pessoa. “Pedras no caminho? Guardo-as todas, um dia vou construir um Castelo...”.

Estas foram algumas das pessoas que me ajudaram a ultrapassar, a vencer, e a guardar, as pedras que foram surgindo ao longo da minha vida, e em específico da minha formação académica. Juntas contribuíram, para que cada obstáculo fosse superado, mas orientaram-me para que guardasse a lembrança de cada desafio, pois só assim, juntando todas as pedras boas e más da vida, conseguirei edificar o meu Castelo.

Assim, agradeço ao meu orientador académico, o professor Doutor Rui Martins, que pela sua exigência e capacidade reflexiva, contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu orientador de local de estágio, o professor João Costa, por me ter apoiado e orientado nas dúvidas e inseguranças que foram surgindo, e pela transmissão de conhecimentos e da sua experiência, obtidos ao longo de anos de intervenção em Saúde Mental. Obrigada!

Obrigada aos meus pais, por me apoiarem nos dias mais difíceis, e por me ajudarem sempre a lutar para vencer as dificuldades, nunca permitindo que desistesse. Obrigada também por me felicitarem e ficarem felizes com as minhas conquistas!

Ao Diogo, um agradecimento especial, por ouvir as minhas dificuldades e os meus stresses, ao longo destes anos académicos, e por sempre me apoiar e tentar fazer com que me sentisse melhor. Obrigada também, pelas ajudas informáticas, que muito contribuíram para as minhas conquistas.

Aos meus padrinhos e ao meu irmão, que estão sempre presentes.

À Marisa, colega e amiga nesta jornada académica ao longo destes 5 anos, obrigada pelo apoio que sempre me deste. Nem todos os dias são fáceis, mas tentas sempre ver em cada um, algo de bom.

Agradeço aos profissionais da Clínica da Encarnação e do Hospital D. Estefânia, em especial à Catarina, pela disponibilidade que apresentaram e pelos saberes que partilharam comigo.

Por fim, agradeço aos meus amigos e colegas, dos vários contextos da minha vida, que estiveram sempre presentes, e foram sobretudo compreensivos pelas minhas ausências.

Obrigada a todos!

RESUMO

Este relatório apresenta as atividades de estágio, desenvolvidas no âmbito da intervenção psicomotora em Saúde Mental Infanto-Juvenil, na Clínica da Encarnação. O estágio insere-se no Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais. Tem como objetivo principal, promover o domínio e o conhecimento científico e metodológico, no âmbito da Reabilitação Psicomotora, e desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de programas de intervenção psicomotora.

Foram atendidas no estágio 35 crianças/jovens entre os 4 e os 14 anos, cuja intervenção decorreu em dinâmica grupal. Como modelo exemplificativo da intervenção, apresentar-se-á um estudo de caso de uma criança de 6 anos com Atraso Global do Desenvolvimento, em seguimento individual, e um estudo de caso, de um grupo de quatro crianças, entre os 7-8 anos. Genericamente, será apresentado, o trabalho desenvolvido com a restante população. Este relatório envolve ainda uma fundamentação teórica acerca da Saúde Mental, Psicomotricidade e psicopatologias e também a apresentação de outras atividades, como as reuniões de estágio e atividades de formação.

Como conclusão, salientam-se os contributos obtidos ao nível da experiência profissional, na aplicação de instrumentos, planeamento e gestão das sessões, interação em equipa e com a família e contributos pessoais, em termos de autoconhecimento.

Palavras-chave: Saúde Mental, Psicomotricidade, Infância, Adolescência, Intervenção grupal, Observação, Psicopatologias, Família, Equipa Multidisciplinar, Avaliação.

ABSTRACT

This report presents the internship, developed within the psychomotor intervention in Child and Adolescent Mental Health, in the Clinic of Encarnação. The internship is part of the Master in Psychomotor Rehabilitation, in the field of Advancement of Professional Skills. Its main objective is to promote the area and scientific knowledge and methodology, in the context of Psychomotor Rehabilitation, and build capacity for planning, management and coordination of psychomotor intervention programs.

About 35 children/young people between 4 and 14 years-old were assisted at the internship, whose intervention was held in group dynamic. As a model illustration of the intervention, will be presenting a case study of a 6 years-old child with Global Development Delay, in individual follow-up, and a case study, of a group of four children aged between 7-8 years. Generally, we will present the work with the rest of the population. This report is also composed by a theoretical development on Mental Health, Psychomotor and psychopathologies, as well, the presentation of others activities, as meetings and training activities.

In conclusion, we highlight the contributions obtained at the level of professional experience, in the application of instruments, planning and management of sessions, interaction with the others professionals and family and personal contributions, in terms of self-knowledge.

Keywords: Mental Health, Psychomotricity, Childhood, Adolescence, Group intervention, Observation, Psychopathologies, Family, Multidisciplinary team, Evaluation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	3
1. Saúde Mental.....	3
1.1. Saúde Mental em Portugal e Enquadramento Legal.....	3
1.2. Saúde Mental na Infância e Adolescência em Portugal	4
2. Psicomotricidade.....	5
2.1. Psicomotricidade Instrumental e Relacional	6
2.2. Finalidades da Intervenção Psicomotora	8
2.3. O Papel do Psicomotricista.....	8
2.4. A Sessão de Psicomotricidade	9
2.5. Dinâmica Individual e Dinâmica Grupal	10
3. Patologias.....	11
3.1. Depressão Infantil.....	11
3.2. Organização da Personalidade Bordeline.....	12
3.3. Organização da Personalidade Psicótica.....	12
3.4. Perturbação do Comportamento.....	13
3.5. Oposição	13
3.6. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção.....	13
3.7. Perturbação da Ansiedade-Separação	14
3.8. Perturbação da Comunicação e Relação.....	15
3.9. Perturbação da Vinculação.....	15
3.10. Perturbações Regulatórias	16
3.11. Perturbação da Linguagem.....	16
3.12. Atraso Global do Desenvolvimento.....	17
3.13. Perturbação do Humor Sem Outra Especificação.....	17
3.14. Síndrome Asperger	18
3.15. Perturbações do Sono	18
3.16. Perturbações Alimentares	18
3.17. Perturbações Esfincterianas	19
3.18. Inibição	19
4. Psicomotricidade e Saúde Mental.....	19
5. Enquadramento Institucional.....	22
5.1. Contexto Funcional e Valências de Intervenção/Atendimento	23
5.2. Relação com outros Contextos de Intervenção ou Comunitários.....	24
CAPÍTULO 2: ABORDAGEM À PRÁTICA PROFISSIONAL	27
1. A Psicomotricidade na Clínica da Encarnação.....	27
1.1. Intervenção em Grupo e Intervenção Individual.....	28
1.2. A Sessão-Tipo.....	28

1.3.	Contexto de Intervenção.....	29
2.	A População Intervencionada	31
3.	A Relação com outros Profissionais e Valências na Instituição e Comunidade	33
4.	Calendarização	34
5.	Processo de Intervenção	34
5.1.	Avaliação.....	34
5.2.	Modelos e Instrumentos	35
5.2.1.	Observação Informal.....	35
5.2.2.	BASC.....	36
5.2.3.	DAP	37
5.2.4.	BPM.....	37
5.2.5.	GOC	37
5.2.6.	A Entrevista	38
5.3.	Metodologia de Avaliação.....	38
6.	Estudo de um Caso	39
6.1.	Anamnese	39
6.2.	Instrumentos e Condições de Avaliação	41
6.3.	Resultados da Avaliação Inicial	41
6.4.	Projeto Pedagógico-Terapêutico	44
6.4.1.	Perfil Intra-Individual	44
6.4.2.	Objetivos de Intervenção	44
6.4.3.	Justificação da Intervenção.....	45
6.4.4.	Planeamento e Fases de Intervenção.....	45
6.5.	Análise e Discussão dos Resultados do Processo de Intervenção	46
6.5.1.	A Intervenção	46
6.5.2.	Resultados da Intervenção	47
7.	Estudo de Caso de um Grupo.....	49
7.1.	Grupo 7	49
7.1.1.	Casos Clínicos.....	49
7.1.2.	Avaliação Inicial	50
7.1.3.	Objetivos de Intervenção	50
7.1.4.	Análise da Intervenção	51
7.1.5.	Resultados da Intervenção	51
8.	Os outros Grupos Intervencionados.....	53
8.1.	Grupo 1	53
8.1.1.	Casos Clínicos.....	53
8.1.2.	Avaliação e Objetivos de Intervenção	54
8.1.3.	Análise da Intervenção	55
8.2.	Grupo 2	55

8.2.1.Casos Clínicos.....	55
8.2.2.Avaliação e Objetivos de Intervenção	56
8.2.3.Análise da Intervenção	57
8.3. Grupo 3	57
8.3.1.Casos Clínicos.....	57
8.3.2.Avaliação e Objetivos de Intervenção	58
8.3.3.Análise da Intervenção	59
8.4. Grupo 4	60
8.4.1.Casos Clínicos.....	60
8.4.2.Avaliação e Objetivos de Intervenção	61
8.4.3.Análise da Intervenção	62
8.5. Grupo 5	63
8.6. Grupo 6	63
8.7. Grupo 8 e 9	64
8.7.1.Casos Clínicos.....	64
8.7.2.Avaliação e Objetivos da Intervenção	65
8.7.3.Análise da Intervenção	66
9. Dificuldades e Limitações	68
10. Atividades Complementares de Formação.....	69
10.1. Conferências e Formações.....	69
10.2. Atividades no Local de Estágio.....	69
11. Reuniões de Apoio ao Estágio.....	70
CAPÍTULO 3. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS DE FUTURO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	78
Anexo A: Caraterísticas e Sinais de Alerta de Atraso no Desenvolvimento.....	79
Anexo B: Instruções de preenchimento da GOC.....	81
Anexo C: Caraterização dos Grupos.....	82
Anexo D: Avaliação Inicial do D pela GOC	84
Anexo E: Resultados da Avaliação Final do D	97
Anexo F: Resultados da Avaliação Final do R	113
Anexo G: Resultados da Avaliação Final do S.....	116
Anexo H: Resultados da Avaliação Final da M.....	119
Anexo I: Resultados da Avaliação Final do F.....	122
Anexo J: Exemplo de um Relatório de Sessão do D.....	125
Anexo K: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 7	129
Anexo L: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 1.....	134
Anexo M: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 2.....	137

Anexo N: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 3.....	140
Anexo O: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 4.....	145
Anexo P: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 5.....	151
Anexo Q: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 6.....	153
Anexo R: Exemplo de um relatório de sessão do Grupo 8 e 9.....	156
Anexo S: Estudo de Caso apresentado na Clínica da Encarnação.....	160
Anexo T: Apresentação de aula de sensibilização para a Psicomotricidade ..	185

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> O ginásio das sessões de psicomotricidade.....	30
<i>Figura 2.</i> Desenho do homem no DAP inicial.....	41
<i>Figura 3.</i> Desenho do próprio no DAP inicial	41
<i>Figura 4.</i> Desenho da mulher no DAP inicial.....	41
<i>Figura 5:</i> Desenhos do corpo do RJ e EF em 13/03/12.....	60
<i>Figura 6.</i> Construção de um dragão pelo RC em 31/05/12	67
<i>Figura 7.</i> Desenhos do DAP final do D	99
<i>Figura F8.</i> Desenhos DAP inicial e final, do R	115
<i>Figura G9.</i> Desenhos do DAP inicial e final, do S	118
<i>Figura H10.</i> Desenhos DAP inicial e final, da M.....	121
<i>Figura I11.</i> Desenhos do DAP final, do F	124

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Cronograma do estágio do RACP, em Reabilitação Psicomotora	34
<i>Tabela 2.</i> Horário semanal do estágio	34
<i>Tabela 3.</i> Resultados do DAP inicial.....	41
<i>Tabela 4.</i> Perfil intra-individual do D	44
<i>Tabela 5.</i> Objetivos de intervenção para o D	44
<i>Tabela 6.</i> Planeamento temporal da intervenção com o D.....	45
<i>Tabela 7.</i> Resultados da avaliação inicial do R, S, M e F.....	50
<i>Tabela 8.</i> Resultados da avaliação inicial do GP, GA e J.....	54
<i>Tabela 9:</i> Resultados avaliação inicial da M, F e I	56
<i>Tabela 10.</i> Resultados da avaliação inicial do D, RJ, EN e EF	58
<i>Tabela 11.</i> Resultados da avaliação inicial do G, L, J e P.....	61
<i>Tabela 12.</i> Resultados da Avaliação inicial do RM, RP, RC, I, H e D.....	65
<i>Tabela A13.</i> Sinais de alerta de atraso no desenvolvimento (adap. Ferreira, 2004).....	79
<i>Tabela C14.</i> Caracterização do Grupo 1.....	82
<i>Tabela C15.</i> Caracterização do Grupo 2.....	82
<i>Tabela C16.</i> Caracterização do Grupo 3.....	82
<i>Tabela C17.</i> Caracterização do Grupo 4.....	82
<i>Tabela C18.</i> Caracterização do Grupo 5.....	82
<i>Tabela C19.</i> Caracterização do Grupo 6.....	83
<i>Tabela C20.</i> Caracterização do Grupo 7.....	83
<i>Tabela C21.</i> Caracterização do Grupo 8.....	83
<i>Tabela C22.</i> Caracterização do Grupo 9.....	83
<i>Tabela D23.</i> Avaliação inicial do D pela GOC.....	85
<i>Tabela E24.</i> Resultados da avaliação final do D pela GOC	101

Índice de Gráficos

<i>Gráfico 1.</i> Resultados da avaliação inicial da BASC-pais.....	42
<i>Gráfico 2.</i> Resultados da avaliação inicial da BASC-escola.....	42
<i>Gráfico 3.</i> Avaliação inicial da BPM	43
<i>Gráfico E4.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-pais do D	97
<i>Gráfico E5.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-pais do D.....	97
<i>Gráfico E6.</i> Comparação nas Escalas Clínicas, na BASC-escola do D.....	98
<i>Gráfico E7.</i> Comparação nas Escalas Adaptativas, na BASC-escola do D.....	98
<i>Gráfico E8.</i> Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP do D	99
<i>Gráfico F9.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-pais do R.....	113
<i>Gráfico F10.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-pais do R.....	113
<i>Gráfico F11.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-escola do R.....	114
<i>Gráfico F12.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-escola do R	114
<i>Gráfico F13.</i> Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, do R	115
<i>Gráfico G14.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-pais do S	116
<i>Gráfico G15.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-pais do S	116
<i>Gráfico G16.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-escola do S.....	117
<i>Gráfico G17.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-escola do S.....	117
<i>Gráfico G18.</i> Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, do S.....	118
<i>Gráfico H19.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-pais da M.....	119
<i>Gráfico H20.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-pais da M.....	119
<i>Gráfico H21.</i> Comparação das Escalas Clínicas, na BASC-escola da M	120
<i>Gráfico H22.</i> Comparação das Escalas Adaptativas, na BASC-escola da M	120
<i>Gráfico H23.</i> Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, da M.....	121
<i>Gráfico I24.</i> Comparação das Escala Clínicas, na BASC-pais do F	122
<i>Gráfico I25.</i> Comparação das Escala Adaptativas, na BASC-pais do F	122
<i>Gráfico I26.</i> Resultados da Avaliação das Escalas Clínicas, na BASC-escola do F.....	123
<i>Gráfico I27.</i> Resultados da Avaliação das Escalas Adaptativas, na BASC-escola do F.....	123
<i>Gráfico I28.</i> Avaliação Final DAP, do F	124

ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APP	Associação Portuguesa de Psicomotricidade
BASC	<i>Behavioral Assessment System for Children</i>
BPM	Bateria Psicomotora
CHLC	Centro Hospitalar de Lisboa Central
CNSM	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DAP	<i>Draw a Person</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
FMH	Faculdade de Motricidade Humana
GOC	Grelha de Observação de Comportamentos
HDE	Hospital D. Estefânia
NCCIP	<i>National Center for Clinical Infant Program</i>
PHDA	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
PMSD	Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento
RACP	Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
SOE	Sem Outra Especificação
UNESCO	<i>United Nations Education Scientific and Cultural Organization</i>
UPI	Unidade de Primeira Infância
UTL	Universidade Técnica de Lisboa
WHO	<i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO

O presente relatório desenvolveu-se no âmbito do Estágio em Reabilitação Psicomotora, na área da Saúde Mental Infanto-Juvenil, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade Técnica de Lisboa (UTL). Tem em vista a obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. O presente estágio foi desenvolvido, durante o 2º ano do referido mestrado, entre os meses de Outubro de 2011 a Junho de 2012, na Clínica da Encarnação.

Este relatório reflete parte das atividades e competências desenvolvidas durante o período de estágio, e procura realizar uma análise e reflexão sobre as mesmas.

São objetivos gerais do RACP: Promover o domínio e o conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológicas; Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; e Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (FMH, 2010).

A um nível mais específico, pretende-se com este estágio, proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionado para o exercício da profissão, através do ganho de competências em três domínios principais: Intervenção pedagógico-terapêutica, relação com outros profissionais, e relação com a comunidade.

Na vertente de intervenção pedagógico-terapêutica, pretende-se desenvolver competências ao nível: da avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intra-individual; da conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da Reabilitação Psicomotora; da identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor e elaboração das respetivas medidas preventivas.

Ao nível da relação estabelecida com os outros profissionais, pretende-se: a participação na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e de aprendizagem em equipa multidisciplinar; e a participação na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação.

No domínio referente à relação que o estagiário deverá estabelecer com a comunidade, objetiva-se, a sua integração na comunidade através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou na comunidade, que privilegiem a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos e comunidade) (FMH, 2010).

O estágio apresentado no presente relatório, desenvolveu-se na Clínica da Encarnação no âmbito da Saúde Mental Infanto-Juvenil. A Clínica da Encarnação é uma das equipas do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia (HDE), e tem como missão a prevenção, tratamento e reabilitação das perturbações mentais de crianças e jovens dos 5 aos 13 anos, da região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo da zona de referenciação da clínica. Os serviços prestados englobam as consultas externas Médicas, de Psicologia e de Enfermagem; avaliação e seguimentos Psicológicos, Psicopedagógicos, de Psicomotricidade ou em Terapia da Fala; Terapias Psicofarmacológicas; Psicoterapias; Terapias de Grupo, Trabalho Comunitário e Intervenções Familiares. No âmbito do estágio desenvolvido foram também atendidas crianças da Unidade de Primeira Infância (UPI), do mesmo departamento do HDE, com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos de idade. A intervenção psicomotora

assumiu a vertente de reeducação e terapia, sendo necessário ultrapassar problemas psicoafectivos, que comprometem a adaptabilidade da pessoa.

No que diz respeito à estruturação do relatório escrito, este está dividido em três capítulos principais. Capítulo 1-Enquadramento teórico da prática profissional, Capítulo 2-Abordagem à prática profissional, e Capítulo 3-Conclusões e perspectivas de futuro.

No Capítulo 1 é realizada uma breve fundamentação teórica acerca da Saúde Mental, e sobre o enquadramento legal da Saúde Mental da Infância e Adolescência em Portugal. No ponto seguinte, aborda-se temas como a Psicomotricidade, Finalidades da intervenção psicomotora, Papel do psicomotricista, Dinâmicas de intervenção e a Sessão de Psicomotricidade. No ponto 3 são caracterizadas as psicopatologias contactadas, nos casos intervencionados, durante o período de estágio. No ponto 4, é apresentado o papel da Psicomotricidade na Saúde Mental. Por fim, é realizado o enquadramento institucional, com apresentação do contexto funcional e valências de atendimento, e a relação com os outros contextos de intervenção.

No capítulo 2, apresenta-se primeiramente a forma como é desenvolvida a Psicomotricidade na clínica, e num segundo momento, a população intervencionada, e a relação que a psicomotricidade estabelece com os outros profissionais. Em seguida é exposta a calendarização das atividades de estágio, e o processo de intervenção e avaliação dos casos. Num momento seguinte é apresentado um estudo de caso individual e outro de grupo, ilustrativo da forma como se procede a condução e realização de uma intervenção psicomotora. Apresenta-se também, de uma forma sucinta, as outras crianças intervencionadas. Numa fase final, reflete-se acerca das dificuldades e limitações sentidas durante o desenvolvimento do estágio, assim como, são apresentadas outras atividades de formação realizadas, e o papel atribuído às reuniões de apoio ao estágio.

No capítulo final, capítulo 3, é apresentada a conclusão e reflexão acerca do ano de estágio e as perspectivas de futuro.

Por fim, são enumeradas as referências bibliográficas que serviram de suporte à elaboração do relatório.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo serão desenvolvidos conceitos e temas teóricos importantes, no âmbito de uma intervenção psicomotora em saúde mental infanto-juvenil. Assim, começar-se-á por definir o conceito de saúde mental, e seguidamente abordar a saúde mental em Portugal, dando ênfase à saúde mental infanto-juvenil. Numa fase seguinte, é desenvolvido o conceito de psicomotricidade, e outros temas a ter em consideração numa intervenção psicomotora. Em seguida, é apresentada uma componente descritiva das psicopatologias contactadas durante o período de estágio. Ainda nesta linha de abordagem será explorado o papel da psicomotricidade na saúde mental. Numa fase final deste capítulo, é realizado o enquadramento institucional do local de estágio.

1. Saúde Mental

A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (*World Health Organization, WHO, 2003*). Por seu lado, a saúde mental é definida, como um estado de bem-estar em que o indivíduo compreende o seu próprio potencial, consegue lidar com as tensões normais da vida diária, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a sua comunidade (*WHO, 2003*), ou seja, refere-se a um bom funcionamento psíquico, emocional, afetivo, mental e espiritual (*João dos Santos, s.d., cit. in Branco, 2010*). O constructo de saúde mental, inclui assim conceitos, como o bem-estar subjetivo, a perceção de autoeficácia, a autonomia, a competência, a interação e o reconhecimento de capacidade para realizar o seu potencial intelectual e emocional (*WHO, 2003*).

Os problemas de saúde mental, resultam de uma interação complexa, entre o indivíduo, a família, e o meio sociocultural onde está inserido. Quando algum dos fatores que contribuem para a saúde mental falham, estamos perante uma situação de doença, que afeta o funcionamento biopsicossocial do indivíduo (*Coordenação Nacional para a Saúde Mental, CNSM, & Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS, 2011*). Estudos epidemiológicos realizados, provam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade, e umas das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais (*Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007*).

No futuro, aponta-se para um aumento do número de pessoas com perturbações mentais. Quer pelo quadro de envelhecimento da população, que tem levado a um aumento da frequência dos quadros demenciais, e conseqüente procura de cuidados especializados. Quer pelos problemas sociais (desemprego, desigualdade, pobreza, violência) que afetam parte da população ativa, e culminam em situações stressantes e impulsionadores de problemas de funcionamento pessoal (*Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007*).

1.1. Saúde Mental em Portugal e Enquadramento Legal

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional (1963) que promovia medidas específicas de saúde mental. Promulgava a criação de centros de saúde mental em todos os distritos, e o aparecimento de movimentos em favor dos cuidados de saúde primários. Mais tarde (final dos anos 90) promoveu, o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial.

Contudo, a cobertura nacional por estes serviços, é ainda muito incompleta, e o relatório de 2005 da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, aponta para insuficiências graves ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados (CNSM, 2008). A maior parte das equipas de saúde mental, continuam a contar com um número escasso de psicólogos, enfermeiros, psicomotricistas, técnicos de serviço social e outros profissionais não médicos, mantendo a maior parte das equipas o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico, em vez, do seguido atualmente nos serviços modernos de saúde mental. A ausência quase total de programas de promoção/prevenção, é outro dos fatores que contribuem para a discrepância atual em relação à Europa (CNSM, 2008), e culmina em situações de discriminação e marginalização, reduz a coesão social, e tem efeitos económicos negativos (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2007).

Assim, é importante inserir Portugal no movimento de modernização dos serviços de saúde mental, reforçando os princípios acordados na Declaração de Helsínquia (WHO, 2005). A referida Declaração, traça como prioridades, a prevenção, tratamento e reabilitação da saúde mental, tais como:

- Desenvolver e implementar medidas para reduzir a prevalência de casos de saúde mental, comorbilidade e suicídio;
- Aumentar a capacidade de articulação entre médicos e outros profissionais, para o acesso efetivo, identificação e tratamento das pessoas com problemas de saúde mental;
- Recrutar e redesenhar programas que promovam o trabalho multidisciplinar competente, etc. (WHO, 2005).

A existência de uma equipa multidisciplinar que integre profissionais de saúde (pedopsiquiatras, médicos, enfermeiros, psicólogos), de educação (professores e educadores), de serviço social e terapeutas (da fala, de psicomotricidade, ocupacionais, etc.) está estabelecida no ponto 3 do Artigo 11º do Decreto-Lei 35/99.

Em Portugal, atualmente vigora o Decreto-Lei nº304/2009, o qual vem incorporar no Decreto-Lei nº35/99, as alterações decorrentes da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, bem como as alterações da orgânica do Ministério da Saúde. A Lei de Saúde Mental aprovada nos anos 90 (Lei nº 36/98) e o Decreto-Lei nº35/99 estabeleceram um novo regime de organização da Saúde Mental, através da efetiva articulação funcional com as áreas da educação, emprego e ação social, seguindo os princípios recomendados pelos organismos internacionais na área da Saúde Mental. Os princípios orientadores da saúde mental da infância e adolescência, é gerida pela Circular Normativa nº6/DSPSM da Direção Geral de Saúde, DGS (2005).

1.2. Saúde Mental na Infância e Adolescência em Portugal

Estima-se que 10-20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (DGS, 2001). Em Portugal não existem dados oficiais ao nível da saúde mental infanto-juvenil (CNSM & ACSS, 2011), no entanto, o estudo realizado sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa, sugerem que Portugal é o país da Europa com maior prevalência (Almeida, 2010, cit. in CNSM & ACSS, 2011). Tem-se constatado nos últimos anos, um aumento de problemas relacionados com a infância e adolescência, e uma maior visibilidade social e mediática de outros. Isto tem contribuído, para uma maior consciência social em relação a estes factos, nomeadamente ao nível dos maus-tratos, abusos sexuais, violência, perturbações do comportamento em idades cada vez mais precoces, comportamentos autoagressivos, depressões e comportamentos aditivos (Ferreira, 2006).

Como já referido, as perturbações psiquiátricas trazem grandes encargos à sociedade com a evolução pela vida adulta, par tal, é necessário um cuidado precoce

efetivo e atempado, devendo as estratégias preventivas serem consideradas como prioritárias (Marques & Cepêda, 2009). Assim, é objetivo do governo português: desenvolver estratégias ao nível da saúde mental, na vertente de prevenção e tratamento ao nível da infância e adolescência; e melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil, e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais, direito de menores e família (CNSM, 2008). Entre as várias medidas contempladas, pretende-se: a constituição de maior número de equipas multidisciplinares nos hospitais gerais; maior articulação entre os contextos de vida da criança; e a reorganização e criação de mais hospitais/áreas de dia nos serviços especializados (CNSM, 2008). A articulação entre as equipas de saúde mental especializadas, e os centros de saúde, torna-se imprescindível para um trabalho coeso e eficiente (Marques & Cêpeda, 2009).

Os princípios organizacionais das estruturas de saúde mental da infância e adolescência, sustentam-se nos seguintes parâmetros:

- Atendem a população entre os zero e os dezassete anos, e 364 dias por ano;
- Devem garantir a acessibilidade e equidade no acesso;
- Os serviços são prestados através de equipas multidisciplinares;
- Envolve a articulação com a comunidade;
- Devem integrar um conjunto diversificado de intervenções e programas terapêuticos;
- Devem evolver ativamente o utente e a sua família na tomada de decisões (CNSM & ACSS, 2011).

2. Psicomotricidade

O termo psicomotricidade, surgiu por intermédio de Dupré, através de estudos realizados em indivíduos com debilidade motora. Foi reatualizado por Ajuriaguerra em 1947, associando ao termo psicomotricidade, o conceito de ato motor e reeducação (Defontaine, 1976).

Vários foram os autores que contribuíram para o desenvolvimento da psicomotricidade, enquanto disciplina científica. Wallon vincou a importância da motricidade para a emergência da consciência, considerando o movimento motor, como construtor do psiquismo. Dele proveio a associação entre as emoções e a motricidade, desenvolvendo o conceito de relação tónico-emocional (Fonseca, 2005, 2006). Ajuriaguerra, estudioso da neuropsiquiatria infantil, enfatizou o papel da noção do corpo para o desenvolvimento do indivíduo, solidificando a ligação entre a consciência corporal e o cérebro, e as consequências de uma desintegração corporal. Estas conclusões de Ajuriaguerra, apoiadas em estudos neurológicos, reforçaram o papel da psicomotricidade enquanto entidade científica, ao definir uma localização funcional para as síndromes assomatognósicas ao nível do lobo parietal (Fonseca, 2005). Da mesma forma, Ajuriaguerra desenvolveu e trabalhou sobre o conceito de diálogo tónico-emocional, reforçando o papel da relação precoce mãe-bebé para o desenvolvimento psicoafectivo da criança, como foi defendido por autores como Winnicott.

Merleau-Ponty contribuiu com a abordagem fenomenológica à imagem do corpo, envolta no paradigma de ter ou de ser corpo. Freud e outros psicanalistas, deram também o seu contributo para a génese da imagem do corpo, pondo em relevo o papel do inconsciente no desenvolvimento do psiquismo, sendo o corpo, o meio pelo qual este se manifesta (Fonseca, 2005). Sob a influência da psicanálise, a psicomotricidade alcançou um novo campo conceptual, quando olha para além do corpo orgânico e expressivo, conferindo importância ao “corpo simbólico” que é construído a partir da relação que o indivíduo estabelece com o corpo do outro (Levin, 1999, cit. in Branco,

2010). Piaget foi também um dos pilares da teoria psicomotora, ou defender a inteligência como resultado da motricidade, ou seja, a experiência motora é o meio através do qual se propicia o desenvolvimento cognitivo (Fonseca, 2005, 2006).

Em Portugal, é por intermédio de João dos Santos que se inicia o desenvolvimento da psicomotricidade. Este salientou dois aspetos, no conceito de psicomotricidade, conferindo-lhe uma nova perspetiva de intervenção. Saliou o caráter pluridisciplinar da psicomotricidade, apontando a expressão motora como o ponto de partida para o desenvolvimento emocional, psíquico, mental e espiritual; e destacou a importância de articular o trabalho terapêutico com a Escola, pois, esta é o local onde toda a expressão motora tem efeito e é colocada à prova (Santos, s.d., cit. in Branco, 2010). Também Vítor da Fonseca, deu um importante contributo para o desenvolvimento da psicomotricidade em Portugal, focando sobretudo a sua investigação no âmbito da intervenção psicomotora nas dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 2006).

Para concluir, é importante definir o conceito de psicomotricidade, o qual agrega na sua base metodológica, os contributos conferidos pelos autores supracitados. Assim, a psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2005), ou seja, é uma forma holística de visualizar o Homem, resultante da união entre o corpo e a mente, cognição, emoção, simbolismo e motricidade, na forma de ser e de agir num contexto biopsicossocial (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012). Martins (2000) define, também, a psicomotricidade, como uma reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, na qual o reeducador ou terapeuta estuda e compensa as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, geralmente associadas a problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo.

2.1. Psicomotricidade Instrumental e Relacional

No global, a prática psicomotora é unificadora, pois trabalha a relação contínua entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, promovendo o potencial adaptativo do sujeito, isto é, favorece a sua adaptabilidade ao meio envolvente (Martins, 2001).

Como já referido, a psicomotricidade é indicada para indivíduos com problemáticas ao nível da incidência corporal, afetiva e cognitiva, e que podem evoluir mais facilmente, através do agir, da experimentação e do investimento corporal. Esta intervenção pode desenvolver-se em contextos diferenciados, e variar consoante a história pessoal do indivíduo, a origem e as características das suas dificuldades, as características do meio institucional onde é desenvolvida, e até, de acordo com a personalidade e formação profissional do psicomotricista. Em função destes critérios, o enfoque da intervenção poderá ter um caráter mais clínico e terapêutico, e incidir sobre a valorização da componente relacional e psicoafectiva, estando-se perante uma intervenção de maior cariz relacional. Ou por outro lado, centrar-se mais na componente instrumental da atividade, ou seja, uma psicomotricidade mais instrumental e de cariz reeducativo (Martins, 2001).

Contudo a divisão da psicomotricidade nestes dois conceitos, psicomotricidade relacional e psicomotricidade instrumental, serve apenas para indicar a predominância do tipo de intervenção. Pode variar, como já referido de acordo com vários fatores, mas numa intervenção psicomotora, a componente instrumental e relacional são inseparáveis, estando ambas presentes durante todo o trabalho com o indivíduo.

Numa vertente de intervenção mais instrumental, a prática de trabalho centra-se mais na componente instrumental da atividade. Valoriza-se a intencionalidade e a consciencialização da ação, há uma relação mais precisa com os materiais e com o

espaço, e o terapeuta pretende desenvolver défices precisos, e para tal conduz a experimentação sensório-motora nesse sentido. Nesta prática, as atividades são mais dirigidas, estando a espontaneidade do indivíduo dependente da sua capacidade de iniciativa e criatividade. Por outro lado, quando há questões de problemáticas psicoafetivas envolvidas, a incidência recai mais sobre a valorização da expressão espontânea, a qual possibilita a expressão pulsional do indivíduo. Procura-se através da relação securizante com o terapeuta, reorganizar questões emocionais/afetivas que foram mal sedimentadas. Nesta situação a prática de intervenção incide sobretudo, numa componente relacional, e o enfoque recai sobre o valor da relação que se estabelece com o indivíduo (Martins, 2001).

Independentemente das opções que se desenvolva, a intervenção psicomotora será sempre um espaço de prazer sensório-motor, de jogo simbólico e de representações (Martins, 2001). Tem como pressupostos sempre presentes: o estabelecimento entre o indivíduo e o terapeuta, de uma aliança terapêutica de conhecimento recíproco, de interesse, de compreensão, de empatia, de confiança e cumplicidade (Costa, 2008).

A linha orientadora seguida na clínica da Encarnação incide mais, sobre a prática da psicomotricidade relacional, e para tal será explorada nos parágrafos seguintes a componente relacional atribuída à psicomotricidade. Gatecel (2010) refere que na psicomotricidade relacional, trabalha-se sobre a relação e não com a relação, devido à sua vertente terapêutica. Nesta interação, promove-se o reviver da relação mãe-bebé através da ação criança-terapeuta, procurando-se estabelecer uma sintonia afetiva que acione sentimentos de excitação e atenção, tornando a criança predisposta para a relação e interação com o outro. Este jogo afetivo, do toque, do contato, do sorriso, da voz, das mímicas entre a “mãe e a criança”, é promotor do desenvolvimento cognitivo e emocional no bebé (Sami-Ali, 2011), daí a pertinência da relação que se estabelece durante a psicomotricidade relacional.

A relação terapêutica que se estabelece não é neutra, é emotiva e implica a participação de ambos (indivíduo-terapeuta). A criança utiliza o corpo do terapeuta, disponível e cooperante, jogando com habilidade motoras e psíquicas, promovendo-se uma simbiose simbólica, que permitirá à criança reorganizar-se psicologicamente e narcisicamente. Assim, o corpo do psicomotricista é um corpo relacional, e não apenas recetáculo, que ajuda a criança a perceber a sua unificação psicomotora (Gatecel, 2010). Neste diálogo por mediatização corporal, os canais principais de comunicação envolvem: as orientações corporais, as posturas e proxémia, as mímicas e gestualidade, o diálogo-tónico, a respiração e a voz, o contato corporal, o olhar e o odor. Na psicomotricidade, o material e os objetos utilizados, não são introduzidos apenas pela sua funcionalidade, mas sobretudo pelo tipo de jogo simbólico que vão encorajar (Martins, 2001). O significado do objeto, constrói-se na relação estabelecida entre o terapeuta e a criança, e tem a possibilidade de sofrer mutações, de acordo com a pessoa que o utiliza, e a expressão emocional que a acompanha (Costa, 2008).

Na psicomotricidade de maior incidência relacional, toda a ação da sessão, centra-se nos interesses e motivações da criança, em cogestão com o adulto. Ao assegurar-se os interesses da criança, otimiza-se o seu empenho e participação, promovendo-se a sua autoestima, para que se sinta capaz, promotora e construtora, favorecendo, entre outros, a capacidade de mentalização (Costa, 2008).

Como metodologias de intervenção, utilizam-se os jogos de exercícios (funcionais ou sensório-motores) que ajudam a harmonizar os gestos e a eficácia; os jogos simbólicos, os quais permitem compensar ou completar a realidade graças à ficção, assim como, promovem a passagem de um nível sensório-motor para o da representação; os jogos de construção, que têm origem no jogo simbólico, mas evoluem para uma adaptação mais precisa à realidade; e os jogos de regras (jogos sociais) os quais impelem obrigações comuns, e o desenvolvimento da cooperação e descentração pessoal (Schnydrig, 1994, cit. in Martins, 2001).

Na psicomotricidade, há um conjunto de princípios que orientam a atuação do psicomotricista, e procuram, sobretudo, promover a organização psíquica da criança, através de experiências psicomotoras geradoras de prazer, tais como:

- Valorizar as descobertas motoras e estimular a criatividade e espontaneidade da criança;
- Apoiar as situações de maior expressividade emocional e de prazer;
- Promover a consciencialização das ações executadas;
- Promover a verbalização das ações, levando-a a organizar as suas intenções, sentimentos e pensamentos;
- Estimular a apreciação e reflexão sobre a ação motora do outro e a sua experimentação;
- Implicar a criança na atuação e decisão da organização, e gestão da sessão (Costa 2008).

Portanto, a psicomotricidade respeita os ritmos próprios, interesses e motivações da criança, procurando o seu envolvimento completo e em parceria com o terapeuta. É objetiva, através do diálogo psicoafectivo, aceder aos bloqueios e permitir uma expressão mais organizada e adaptativa da sua intencionalidade psicomotora.

2.2. Finalidades da Intervenção Psicomotora

A psicomotricidade, enquanto modalidade de intervenção terapêutica, procura através do gesto e da mediação corporal organizar a expressão motora inadequada (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, APP, 2010). No geral, visa modificar a função tónica e a expressão motora, ajudando o indivíduo a organizar o seu comportamento e o espaço onde age (Mazet & Houzel, 1993).

São objetivos gerais da intervenção psicomotora: ampliar a capacidade de comunicação; prevenir dificuldades relacionais, afetivas, emocionais, motoras e de aprendizagem; promover a autoestima e facilitar a socialização; estimular a perceção corporal; potencializar a capacidade de criar e recriar situações de aprendizagem; facilitar a aceitação de limites e aumentar a tolerância à frustração, entre outros (Martins, 2001). De modo mais específico pretende-se: melhorar a atividade mental favorecendo a elaboração, processamento, execução e controlo do movimento; reconhecer direções, relações objetivas e proporções; eliminar sincinésias e paratonias; facilitar as reações adaptativas; definir a lateralidade; inibir os impulsos motores; melhorar e verificar a integração da noção do corpo; valorizar o aspeto simbólico e expressivo do movimento; aperfeiçoar a capacidade de relação e comunicação, entre outros (Fonseca, 2005).

A psicomotricidade é assim, um espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação e desenvolvimento, espaço de observação e compreensão da problemática da criança, e veículo de expressão, prazer, autonomia e autoconhecimento.

2.3. O Papel do Psicomotricista

Tendo em consideração os princípios orientadores da prática terapêutica e pedagógica em psicomotricidade, cabe ao psicomotricista, o papel de mediatizar o envolvimento psicomotor, ou seja, a relação da criança com o ambiente. No papel de mediatizador, a sua função não se limita a criar tarefas e a controlar a execução motora. Mas sobretudo, tem o papel de interagir intencionalmente com a criança, suscitar estratégias intencionais que despertem a sua criatividade, organização e planeamento da expressão motora, e proporcionar segurança afetiva e autoconfiança à criança (Fonseca, 2005, 2006).

O corpo e a personalidade do terapeuta são o principal instrumento de trabalho durante a intervenção. A sua disponibilidade afetiva e relacional, a capacidade de escuta, o sentido empático, são fatores que condicionam o estabelecimento de uma relação terapêutica securizante entre os indivíduos (Fonseca, 2005, 2006).

O psicomotricista deve induzir a criança para a resposta mais adequada, e cada vez mais adaptativa e complexa (Costa, 2008). Este deve ser um suporte de comunicação, estimulando a imaginação criadora, não lhe competindo avaliar as manifestações da criança com critérios de rendimento, mas sim, aceitar todas as expressões da criança como válidas (Martins, 2001), promovendo sentimentos de maior autoestima e autoconceito. Contudo, tem também de ajudar a criança, a lidar com as suas dificuldades e frustrações, adotando uma postura de escuta ativa, ajudando-a a elaborar e organizar formas mais ajustadas de conduta (Costa, 2008).

A atitude do psicomotricista é essencial para que se estabeleça um ambiente securizante, de cooperação, envolvimento e partilha entre o terapeuta e o indivíduo. Há um conjunto de características essenciais à intervenção em psicomotricidade, e das quais, o psicomotricista deve ser portador: a empatia, adotando uma postura de compreensão mútua; a simpatia, promovendo a afinidade e partilha de sentimentos/afetos; procurar a sintonia afetiva para uma melhor regulação das emoções; neutralidade moral, isto é, não produzir juízos de moral, nem julgar, pois essa atitude enfraquece a relação; ser responsivo, dando uma resposta adequada ao momento vivido; e promover uma atitude heurística favorecendo a parte criativa e inventiva do indivíduo (Costa, 2008). Como nos refere João dos Santos (1989, cit. in Branco, 2010), a psicomotricidade só surtirá efeitos terapêuticos, se for relacional, ou seja, se o terapeuta conseguir criar entre ele e o indivíduo, um clima de empatia, de compreensão e de respeito mútuo.

Em suma, o psicomotricista está ativamente envolvido no processo terapêutico, interrogando-se e refletindo sobre as suas atitudes, procurando aumentar o seu campo de compreensão e alterando atitudes na relação consigo e com os outros (Martins, 2001), procurando estratégias/formas de atuação que favoreçam o desenvolvimento da criança.

2.4. A Sessão de Psicomotricidade

Toda a sessão de psicomotricidade centra-se nos interesses e motivações da criança, em cogestão e cooperação com o adulto. Este tem o papel de regular a exploração do espaço e dos materiais em segurança, assim como, de estimular a criatividade e a curiosidade da criança (Costa, 2008). O modelo de sessão pode variar consoante o contexto de intervenção, problemática abrangida, formação e personalidade do terapeuta, entre muitos outros fatores. Contudo, pode definir-se um modelo global, que é muitas vezes utilizado no âmbito de uma intervenção psicomotora.

Inicialmente é estabelecido o plano de sessão, através do enumerar ordenado das atividades que a criança pretende realizar. O psicomotricista tem o papel de organizar o tempo de permanência na atividade, evitando o saltitar constante, e atribuir à criança a responsabilidade de decidir a realização, ou não, das atividades, incutindo e ajudando à mentalização. As sessões de psicomotricidade têm uma duração média de 45 minutos, mas este valor não é estanque, podendo estar-se perante sessões com menor ou maior duração temporal, de acordo com o envolvimento e motivação da criança (Costa, 2008).

De uma forma global, existe um primeiro momento, o qual corresponde ao diálogo inicial, e onde cada um expressa algo significativo para si, debatem-se ideias e sugestões, e estabelecesse o plano de sessão (Costa, 2011). O plano de sessão pode variar com o decorrer da sessão, mas cabe ao psicomotricista, o papel de questionar a criança e levá-la a refletir sobre a sua intenção (Rodrigues, Gamito, & Nascimento, 2001). Num segundo momento, desenvolvem-se as atividades simbólicas, motoras, de

construção e relaxação, correspondendo este momento, à fase de desenvolvimento. E num terceiro, e último momento, realiza-se o diálogo final, onde se reflete sobre os momentos de sessão, enumerando-se as atividades, apontam-se facilidades e dificuldades sentidas, e planeia-se por vezes a próxima sessão (Costa, 2011).

O momento de retorno à calma ou relaxação, deve ser introduzido em todas as sessões de psicomotricidade, pois a relaxação favorece a pacificação das tensões, ajuda à vivência tónico-emocional, assim como à reelaboração do esquema e imagem corporal (Martins & Rosa, 2005). A relaxação terapêutica funcional assim, como uma ponte entre o que é sentido e vivido (Martins, 2001).

De uma forma geral, a sessão de psicomotricidade deve seguir o envolvimento da criança, a sua disponibilidade afetiva-emocional, os seus interesses e motivações, mas cabe ao terapeuta, como já foi referido, aferir os limites e capacidades da criança, e conduzir a sessão num sentido que promova o desenvolvimento adaptativo da mesma. Pode-se optar por uma sessão mais livre e espontânea, privilegiando o diálogo tónico-emocional e relacional, ou mais estruturada, com fases definidas e atividades planeadas, ou um misto de ambas. Cabe ao terapeuta a decisão de definir o tipo de sessão que empregará, mediante os objetivos e as características dos indivíduos. Contudo, é importante que haja consistência na estrutura da sessão, ao longo da intervenção, pois transmite à criança segurança, sendo esta capaz de antever as fases que desenvolverá.

2.5. Dinâmica Individual e Dinâmica Grupal

Como optar entre uma dinâmica individual ou de grupo? O grupo tem um papel fundamental na construção da identidade e autonomia dos jovens. Promove a formação de opiniões e atitudes, constitui um espaço de diálogo e apoio acerca dos problemas, oferece novas relações consigo próprio, estimula a gestão de conflitos e o desenvolvimento de relações gratificantes (Matos, 2005). Como refere Onofre (2003), o grupo é criador de sensibilidades e de conhecimentos, ao mesmo tempo que é organizador de respostas adaptáveis às situações vivenciadas. A junção em grupos faz parte da natureza humana. Quando um grupo é deliberadamente escolhido pela criança, este apresenta-se como um fator de segurança, e provoca o surgimento de projetos, visto ser o resultado de ações e imaginações de vários, constituindo-se como um fator de regulação da ação. O grupo proporciona acima de tudo o prazer de ser reconhecido e aceite pelo outro (Vayer, 1980). Contudo, no âmbito terapêutico, os grupos são formados por critérios externos à vontade da criança, e esta afinidade natural e de escolha pessoal, muitas vezes não surge.

No global, a intervenção em grupo, fomenta a interação social, proporciona o surgimento de formas de expressão variadas, despoleta conflitos e momentos de cooperação, põe em evidência dificuldades relacionais e de interação com o meio. No âmbito da psicomotricidade, autores referem que crianças com dificuldades na simbolização, descentração tónico-emocional e dificuldades de integração de normas e regras, beneficiam da sua inclusão numa dinâmica de grupo (Aucouturier, 2005, cit. in Naia & Martins, 2006). A intervenção em grupo é benéfica para todos os indivíduos, independentemente das suas dificuldades efetivas, contudo, há situações em que a mesma não é possível devido às características da criança. Por exemplo, em situações de imaturidade relacional com bloqueios nas relações, existe primeiro uma necessidade de autoconhecimento e experimentação individual (Rodrigues et al., 2001), ou quando a criança põe em risco, pelas suas atitudes, os outros e o funcionamento do grupo.

O grupo agrega um conjunto de motivações, interesses e intenções diferentes, e inerentes a cada criança. No percurso terapêutico não se observa uma coesão grupal imediata. De início a criança, apesar de estar em grupo necessita de experimentar individualmente os materiais. Com o decorrer do tempo alia-se a parceiros que

satisfaçam as suas necessidades, seja de eficácia ou para demonstrar superioridade ou seduzir o outro. Por vezes, estabelecem-se cumplicidades, excluindo-se o restante grupo. O momento de coesão do grupo corresponde ao auge da intervenção, há concordância na escolha dos materiais, o grupo decide em conjunto a sessão, e verifica-se organização nas relações interpessoais (Costa, 2005). Porém, por vezes esta coesão grupal não se alcança, e observa-se a predominância do individual no seio grupal.

Outra questão importante no trabalho com grupos, é o receio de não compreender o grupo. É um sentimento que acompanha o terapeuta quando inicia o seu trabalho com grupos. O grupo, devido à complexidade e riqueza de situações que se gera, exige disponibilidade total do terapeuta, e necessidade, por parte deste, de um constante aprofundamento teórico, para desempenhar a sua função de forma o mais capaz possível, assim como, uma elevada capacidade de adaptação às exigências.

3. Patologias

Neste item, serão apresentadas as patologias com as quais trabalhei durante o período de estágio. As patologias serão apresentadas segundo uma componente descritiva, baseada na classificação de sintomas do DSM-IV e/ou segundo os diagnósticos psicodinâmicos. Apesar de o diagnóstico não espelhar em completo o perfil de uma criança, dá-nos informações relevantes acerca dos sintomas e funcionamento mental, imprescindíveis para a condução da intervenção.

3.1. Depressão Infantil

Os episódios depressivos na criança ocorrem naturalmente em situações de luto ou perda. Podem observar-se comportamentos pautados por lentificação psicomotora ou inibição motora, associados a um rosto pouco expressivo e sorridente. Esta situação pode ainda contrastar, com momentos de agitação motora, sobretudo, em tarefas de maior exigência de atenção. A instabilidade está também presente, sob acessos de cólera e de oposição, podendo surgir sentimentos de auto-desvalorização, desinteresse e baixa autoestima, e por vezes há sentimentos de culpabilidade camuflados (Marcelli, 2005; Mazet & Houzel, 1993).

Existe variabilidade nos comportamentos depressivos em função da idade. Até aos 24-30 meses de vida, os comportamentos mais marcantes, prendem-se com episódios de choro excessivo, acompanhado de estados de retirada e indiferença face ao progenitor. Pode também verificar-se ausência de alertas ou brincadeiras próprias da idade (ausência de jogos com as mãos ou brinquedos e da curiosidade) e atrasos nas aquisições psicomotoras e da linguagem. Nesta idade, as reações depressivas surgem em resposta à desadequação afetiva, ou falhas na interação mãe-criança (Marcelli, 2005).

Entre os 3-6 anos, ao nível comportamental podem observar-se situações de isolamento, agitação, instabilidade com comportamentos agressivos, mas sobretudo hetero-agressivos, e autoestimulações. Ao nível afetivo, observa-se procura afetiva intensa que alterna com momentos de recusa relacional, de cólera e violência face à mínima recusa, e oscilações bruscas de humor. Nas aquisições sociais há um atraso, manifestado sobretudo pela ausência de jogo com as outras crianças, e falta de autonomia. Podem ocorrer também perturbações psicossomáticas como: dificuldades em dormir, pesadelos e sonolência diária; alterações na alimentação (recusa alimentar e/ou excessiva ingestão); e enurese ou encoprese intermitente (Marcelli, 2005).

Consideram-se como causas etiológicas da depressão infantil, situações de perda ou separação e o ambiente familiar. Nomeadamente, antecedentes de depressão parental, carência parental (contato medíocre e sem estimulação, desvalorização,

rejeição ou indiferença perante a criança), excessiva severidade educativa, e situações de maus-tratos e abuso (Marcelli, 2005; Mazet & Houzel, 1993). Estas situações afetam o desenvolvimento narcísico da criança, induzindo sentimentos de baixa autoestima e uma imagem negativa e distorcida de si próprio. Como se sabe, o desenvolvimento narcísico, está dependente da imagem que recebe de quem lhe está mais próximo nos primeiros anos de vida, e por isso, depende da qualidade da relação entre pais-filhos (Ferreira, 2002).

3.2. Organização da Personalidade Bordeline

As crianças com Organização da Personalidade Bordeline apresentam um polimorfismo sintomático, não existindo uma sintomatologia própria. Todos os sintomas podem ser observados, desde fobias a rituais obsessivos, instabilidade, tiques, inibição, alterações no sono e alimentação, atraso no desenvolvimento da linguagem, e dificuldades relacionais (Marcelli, 2005).

Na generalidade, estas crianças, apresentam dificuldades de aprendizagem e de integração escolar, apesar do nível cognitivo normal; labilidade de humor; oscilações no comportamento entre momentos de excitação e de inibição/isolamento; baixa tolerância à frustração, baixa autoestima e dificuldades no controlo dos afetos, expressos por hetero-agressividade; e comportamentos de dependência e sedução face ao adulto (Vidigal et al., 2005) Numa abordagem psicanalítica, esta perturbação é considerada pré-psicótica ou de “estados limites”, e apresenta características como: uma atividade imaginária incoerente, pobre ou ameaçadora; perturbações na simbolização; baixa autoestima; angústia pela dificuldade de conhecimento de si e dificuldades na identidade; adaptação à realidade mantendo um certo contato com o real, mas ao mesmo tempo incapaz de elaborar os sentimentos de angústia; e pode ocorrer algum atraso na maturação cognitiva, motora, perceptiva ou verbal (Mazet & Houzel, 1993).

A atividade lúdica nestas crianças é frequentemente invadida por temas de agressividade, destruição, aniquilação e regressão, tornando o jogo instável, volúvel e caótico, e têm também dificuldades em aceitar as regras do jogo. Contudo, muitas vezes, estes sintomas não se manifestam no global em contexto clínico, pois poderá prevalecer a inibição relacional, não havendo espaço para a expressão do fantástico, ou por uma aparente submissão da criança aos desejos e expectativas do adulto (Marcelli, 2005).

3.3. Organização da Personalidade Psicótica

A Organização da Personalidade Psicótica, caracteriza-se pela quebra de contato com a realidade, alterações na comunicação, e na competência afetiva para se relacionar com o outro. Os sintomas são variáveis, manifestando-se de forma diferente, consoante a idade de início e o tipo de quadro. Podem observar-se no global: crises de angústia face à mudança/separação ou sem razão aparente, grande intolerância à frustração, dificuldades nas interações sociais (isolamento, desconfiança), instabilidade psicomotora com expressão agressiva, comportamentos e ideias bizarras (medos, obsessões), alucinações ou ideias delirantes, e confusão entre a fantasia e a realidade (Marques & Cepêda, 2009).

Esta patologia interfere com várias áreas do funcionamento mental e do desenvolvimento (Marques & Cepêda, 2009). Existe também, outro conjunto de comportamentos mentalizados ou agidos, que podem ser observados nestas crianças, como: a não distinção entre o si e o outro, expressa por comportamentos como ausência de sorriso social, sem angústia do estranho, a manipulação do corpo como objeto externo, desatenção para com os limites do corpo, com grande frequência de quedas, e sem atitudes de proteção; necessidade de imutabilidade no ambiente externo, como meio

securizante; a presença de descargas motoras externas, como alterações no comportamento, estereotípias e balanceio (Marcelli, 2005).

Consideram-se fatores de risco para a instalação desta psicopatologia: causas genéticas, o consumo de substâncias e desfasamento entre as várias áreas do desenvolvimento psicoafectivo (Marques & Cepêda, 2009).

3.4. Perturbação do Comportamento

A Perturbação do Comportamento envolve um grupo complexo de situações, marcadas por perturbações de oposição ou do comportamento, e caracterizadas por: dificuldades na aceitação de regras, passagens a atos agressivos desencadeados frequentemente por momentos de frustração, e presença de comportamentos antissociais de gravidade variável (roubos, mentira, fugas, agressividade, etc.) (*American Psychiatric Association*, APA, 1996; Marques & Cepêda, 2009). Estes indivíduos têm fraca empatia, e pouca preocupação com os sentimentos e bem-estar do outro. Em situações ambíguas percebem as intenções do outro como hostis. Nas últimas décadas, a incidência de casos tem vindo a aumentar. É uma patologia que surge até aos 5-6 anos, mas observa-se normalmente, no final da infância ou início da adolescência (APA, 1996).

Muitas vezes estas crianças, perante a violência a que estiveram sujeitas, encontram como única resposta de ação, comportamentos rebeldes, desafiantes e até marginais, que lhes dão a sensação de poder face ao adulto. Mas que no fundo, escondem fragilidades do EU, que se situam em estádios mais regressivos, do que a fase etária em que se encontram (Santos, 1953, cit. in Branco, 2010).

3.5. Oposição

A conduta de oposição, caracteriza-se por comportamento negativista, hostil, e desafiante. São crianças que se encolerizam facilmente e discutem com os adultos, desafiando ou recusando cumprir pedidos ou regras, aborrecem deliberadamente os outros e culpam-nos pelas suas ações, apresentam teimosia, e são verbalmente agressivos e provocadores, entre outros (APA, 1996).

Durante os anos escolares podem apresentar baixa autoestima, labilidade de humor, e baixa tolerância à frustração. Estes comportamentos são mais evidentes nas interações com adultos ou sujeitos que conhece bem, e não se manifestam em todos os contextos (APA, 1996). Consideram-se fatores de risco para esta perturbação, situações de: disfunção familiar (experiências traumáticas, carências precoces, maus-tratos, negligência, alterações na vinculação), perturbações mentais parentais, temperamento difícil da criança, baixo nível socioeconómico, entre outros (Marques & Cepêda, 2009).

3.6. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se por: falta de atenção, impulsividade e hiperatividade, em maior intensidade do que o observado habitualmente para idade. Para a definição efetiva da PHDA, é necessário que esta se manifeste antes dos sete anos de idade, e que os sintomas se verifiquem em pelo menos dois contextos (APA, 1996).

São crianças que ao nível da atenção apresentam: dificuldades de permanência e em completar tarefas, interrompem frequentemente conversas/situações, evitam atividades de grande esforço mental/concentração, não mantêm uma conversa ou raciocínio, e têm dificuldades em seguir regras de jogo, são desorganizadas e normalmente perdem objetos ou esquecem-se de tarefas do quotidiano (APA, 1996).

A hiperatividade ou irrequietude motora é visível na dificuldade em permanecer quieto e sentado em espera, têm necessidade de constante movimento sobretudo em situações que é inadequado fazê-lo, fazem muito barulho ao brincar e falam

excessivamente, levantam-se antes de completar tarefas, e mexem mãos e pé excessivamente (APA,1996).

A impulsividade está presente na impaciência, dificuldades em adiar respostas, dificuldades em esperar pela vez, iniciam conversas em momentos desadequados, não ouvem as indicações até ao fim, iniciam atividades potencialmente perigosas sem aferir as consequências das mesmas, o que pode levar a acidentes próprios ou com os outros. Normalmente, os sintomas têm tendência a ocorrer com mais frequência em situações de grupo, e podem ser mínimos ou ausentes, em situações motivadoras, novas ou em situações interpessoais. Associadas a estas características, podem observar-se baixa tolerância à frustração, labilidade emocional, baixa autoestima, teimosia, rejeição pelos pares, irresponsabilidade, baixo rendimento, entre outros (APA,1996).

Estima-se que 3-5% das crianças em idade escolar apresentem uma PHDA. No que diz respeito às explicações científicas para a PHDA, sabe-se que esta está presente em familiares biológicos em primeiro grau, dando-lhe um cunho de hereditariedade. Pode também manifestar-se por desordens emocionais e psíquicas no ambiente familiar (APA, 1996). É também importante conhecer as explicações neurobiológicas para estes défices. Uma das explicações mais plausíveis, é a da disfunção nas funções executivas, por défice de dopamina nos lobos pré-frontais, como nos descreve a teoria de Barkley (1997), resultando em défices na inibição comportamental. Mas atualmente prevalecem as teorias relacionadas com alterações na sensibilidade ao reforço, como possível fator etiológico (Luman, Oosterlaan, & Sergeant, 2005).

No entanto, para trabalhar com estas crianças, o conhecimento dos sintomas não é suficiente, pois isolados não têm significado, e acima de tudo não se compreende a génese do problema. É necessário elaborar a história do desenvolvimento psicomotor, cognitiva, comportamental e relacional, para um conhecimento completo da criança. O conhecimento de todo o contexto familiar e das relações entre a criança e as figuras de vinculação, é ponto relevante de toda a intervenção, pois os fatores sócio-emocionais interferem frequentemente com a sua manifestação (Rodrigues, 2003).

As teorias psicodinâmicas, também trazem contributos para a intervenção com estas crianças. Nomeadamente, a presença em algumas crianças de uma deficiente estruturação ao nível da relação com o objeto primário (falhas no holding), e este défice, manifesta-se na necessidade de ser contido nas verbalizações e ações agressivas, e nos sentimentos de baixa autoestima diários (Berger, 1999, cit. in Rodrigues, 2003). Manifesta-se também por falhas na ligação do pensamento-movimento, não sendo a criança capaz de simbolizar sem primeiro agir, apresentando-se o movimento como uma fuga ao pensamento (Carron, 1996; Rodrigues, 2003). Assim, na intervenção com estas crianças, é necessário acima de tudo uma visão global do seu funcionamento psicomotor, cognitivo e afetivo, mas também de todo o meio envolvente.

3.7. Perturbação da Ansiedade-Separação

A característica principal da Perturbação da Ansiedade-Separação é a ansiedade excessiva, relativamente à separação de casa ou daqueles a quem a criança está vinculada. Manifesta-se por: mal-estar excessivo e persistente quando ocorre ou é antecipada a separação, preocupação excessiva e persistente pela possível perda das figuras de vinculação, preocupação persistente e excessiva pela possibilidade de um acontecimento adverso os separar, medo excessivo de estar sozinho sem as figuras vinculadoras, pesadelos repetidos sobre a temática da separação, queixas somáticas quando ocorre ou é antecipa uma separação, entre outros (APA, 1996).

É uma das perturbações habituais da primeira e segunda infância ou adolescência. Surge antes dos 18 anos, e provoca mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar ou em outras áreas importantes da vida da criança/adolescente. Estima-se que cerca de 4% das crianças e jovens adolescentes manifestem esta

perturbação (APA, 1996). Estas crianças têm tendência a manifestar perturbações emocionais ao longo do desenvolvimento (Marques & Cepêda, 2009).

3.8. Perturbação da Comunicação e Relação

A Perturbação da Comunicação e Relação manifesta-se no bebé e criança pequena, e envolve dificuldades graves no relacionamento e na comunicação, combinadas com dificuldades na regulação dos processos fisiológicos, sensoriais, atenção, motores, cognitivos, somáticos e afetivos (*National Center for Clinical Infant Program*, NCCIP, 1994/1997).

Crianças com estas características podem ser classificadas, posteriormente, como tendo uma Perturbação Global do Desenvolvimento SOE, de acordo com o estabelecido no DSM-IV, ou podem ser classificadas na Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento (PMSD), onde prevalecem como características, as dificuldades de relação e comunicação (NCCIP, 1994/1997). Contudo, nestas idades precoces, e especialmente antes dos três anos de idade, é preferível não estabelecer um diagnóstico final, pois é uma idade ainda muito flexível, em termos de capacidades de relacionamento (NCCIP, 1994/1997).

O diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento SOE, é utilizado quando: existe um défice grave e global na interação social recíproca, ou nas competências de comunicação verbal e não-verbal, ou perante comportamentos, interesses e atividades estereotipados e repetitivos, mas que não se inserem na íntegra em nenhuma outra categoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento específicas (APA, 1996).

O diagnóstico de PMSD deve ser considerado, quando há dificuldades na comunicação e processamento motor e sensorial, mas que, revelem ainda alguma capacidade para a interação nas relações. A PMSD caracteriza-se por: dificuldades significativas, mas não ausência total, de capacidade de envolvimento em relações emocionais e sociais, com um cuidador primário; dificuldades na comunicação verbal, não-verbal e simbólica; alterações no processamento auditivo; alterações significativas no processamento de outras sensações, incluído hipo ou hiper-reatividade a estímulos ou planeamento motor (NCCIP, 1994/1997).

3.9. Perturbação da Vinculação

A Perturbação Reativa de Vinculação/maus tratos do bebé, manifesta-se devido à privação ou maus tratos preconizados nos primeiros anos de vida da criança, e em consequência, apresentará dificuldades em iniciar interações sociais ou em manifestar respostas socialmente adequadas (ambivalentes ou contraditórias). Esta perturbação é muito semelhante à Perturbação Reativa da Vinculação na Infância do DSM-IV (NCCIP, 1994/1997).

A Perturbação Reativa da Vinculação, do DSM-IV, manifesta-se por uma relação social perturbada e inadequada para o nível de desenvolvimento do indivíduo, e surge antes dos 5 anos de idade. Está associada a cuidados patológicos (abuso físico, negligência, ou problemas relacionais pais-filhos). Pode manifestar-se segundo um tipo de relação inibido ou desinibido. No tipo inibido, a criança tem uma interação excessivamente inibida, hipervigilante ou com respostas altamente ambivalentes (aproximação vs. afastamento). O tipo desinibido, é marcado por um padrão de vinculações difusas, revelando sociabilidade indiscriminada, ou falta de seletividade na escolha das figuras de relação (APA, 1996).

Esta perturbação pode estar associada a atrasos no desenvolvimento, ou perturbações alimentares, na primeira e início da segunda infância. Contudo, estas crianças se forem adequadamente suportadas em termos ambientais e relacionais, podem apresentar melhorias consideráveis (APA, 1996). São definidos um conjunto de

fatores que melhoram a resiliência da criança, perante qualquer tipo de violência ao qual possa ter sido submetida: a capacidade de tentar ultrapassar ativamente a situação traumática em vez de reagir passivamente, a competência cognitiva, a autoestima positiva e autoconfiança, as características da personalidade (persistência, flexibilidade, motivação), relações estáveis com um cuidador, modelos de comportamento e clima educativo positivo, e o suporte social da comunidade (Gabarino, 1993).

3.10. Perturbações Regulatorias

As Perturbações Regulatorias evidenciam-se na criança, até aos 4-5 anos de idade. Caracterizam-se por dificuldades em regular o comportamento e os processos fisiológicos, sensoriais, de atenção, motores ou afetivos, ou seja, corresponde a dificuldades em autorregular-se, e em regular os estímulos externos, por dificuldades de processamento, e manifestam-se por padrões comportamentais desadequados (NCCIP, 1994/1997).

Estas dificuldades afetam o processamento sensorio-motor, e em consequência afetam a interação social e adaptação da criança. As Perturbações Regulatorias podem ajudar a compreender, e a sensibilizar para estratégias de prevenção e tratamento, de alguns dos desvios do desenvolvimento e psicopatologias da infância, como: as dificuldades do sono e alimentação, dificuldades no comportamento, medo, ansiedade, dificuldades no desenvolvimento da fala e linguagem, dificuldades de interação, perturbações depressivas (NCCIP, 1994/1997).

Estas crianças apresentam dificuldades sensoriais, sensorio-motoras ou de processamento, e na generalidade podem apresentar-se como crianças hipersensíveis (Tipo I), hiporreativas (Tipo II), ou desorganizadas do ponto de vista motor (Tipo III). Há um quarto tipo para crianças que manifestam o critério de dificuldades no processamento, mas cujo padrão comportamental, não se insere em nenhum dos anteriores (NCCIP, 1994/1997).

No âmbito das dificuldades observadas nas crianças, durante a intervenção psicomotora desenvolvida, torna-se importante explorar a desorganização regulatória do ponto de vista motor. Neste tipo de Perturbação da Regulação, salienta-se a fraca capacidade de planeamento e organização motora. Manifesta-se por um padrão de comportamento pautado por agitação nas atividades, procurando contato/estimulação com os objetos; são crianças descuidadas e cuja ansia de procurar sensações, pode levar a magoar pessoas ou partir objetos; são intrusivas; batem sem ser provocadas; e têm fantasia e criatividade pobre, no jogo e comportamento. Nos padrões de processamento motor e sensorial observa-se: hipo-reactividade ao toque e som, procura excessiva de estímulos, fraco planeamento motor com comportamento impulsivo, atividades motoras desorganizadas, e dificuldades na atenção devido à hipo-reactividade (NCCIP, 1994/1997).

3.11. Perturbação da Linguagem

Na génese das perturbações da linguagem podem estar problemas neurofisiológicos ou psicoafectivos, e é essencial um bom conhecimento do desenvolvimento normal da linguagem. A ontogénese da linguagem desenvolve-se em três fases essenciais: pré-linguagem (até aos 12-13 meses), a primeira linguagem (dos 10 meses aos 2 anos e meio-3anos) e a linguagem (após os 3 anos) (Marcelli, 2005).

A pré-linguagem é composta por lalações e galreio. A primeira linguagem surge sob a forma de ecolália, mas rapidamente evolui, e expressa intencionalidade. O número de palavras na linguagem receptiva é bastante superior à linguagem expressiva, e a criança evolui da “palavra-frase” para a construção de frases. Nesta fase, a “linguagem infantil” persiste por alguns meses, e é marcada por simplificações articulatórias, fonéticas, sintáticas. Quando esta linguagem persiste para além dos 3-4 anos, pode estar

presente um atraso na fala. Com o surgimento da fase da linguagem, a criança emprega o “eu” como sinal de individuação, abandonando o “mim eu”, e há um enriquecimento qualitativo e quantitativo. Por volta dos 4-5 anos a criança é capaz de comunicar sem dificuldades e apresenta uma linguagem organizada e explícita (Marcelli, 2005).

As Perturbações da Linguagem localizam-se no DSM-IV no grupo das Perturbações da Comunicação. Encontram-se entre as perturbações habituais da primeira e segunda infância ou adolescência (APA, 1996). As perturbações da articulação correspondem a deformações fonéticas, e são frequentes e comuns até aos 5 anos, e quando persistem para além desta idade, pode ser necessária uma reeducação. O significado psicoafectivo desta alteração, pode estar relacionado com um contexto de oposição ou regressivo (ex. nascimento irmão mais novo), aliando-se a uma “linguagem infantil”. O atraso simples da linguagem é identificado pelo aparecimento da primeira frase após os três anos, seguido de uma “linguagem infantil” prolongada (Marcelli, 2005).

A comunicação pela linguagem é o meio preferencial, e essencial para reconhecer o funcionamento mental da criança. A linguagem reforça a função simbólica, aumenta a capacidade de comunicação, permite pensar no ausente, e expressa sobretudo a organização psíquica. Note-se que as perturbações da linguagem são frequentes nas psicoses da criança (Marcelli, 2005).

3.12. Atraso Global do Desenvolvimento

O Atraso Global do Desenvolvimento é definido como um atraso significativo, em dois ou mais domínios do desenvolvimento (Peterson, Kube, & Palmer, 1998). Pode afetar as áreas da motricidade global e/ou fina, a linguagem, a cognição, as competências sociais e pessoais, e a autonomia (Ferreira, 2004) (Anexo A). Apresenta uma entidade heterogénea, tem um fenótipo variável, assim como causas etiológicas múltiplas. Estima-se que 1-3% das crianças com menos de 5 anos, apresentem atraso em algum domínio do desenvolvimento (McDonald & Rennie, 2011). De forma quantitativa, é considerado um atraso significativo quando a criança se encontra dois desvios-padrões abaixo da média das crianças para a sua idade (Ferreira, 2004).

É importante proceder ao diagnóstico etiológico do Atraso Global do Desenvolvimento, assim como ao diagnóstico descritivo dos vários aspetos do quadro clínico (dificuldades e potencialidades), devido há grande heterogeneidade de características. Assim como, focar as capacidades cognitivas e do comportamento adaptativo, fatores etiológicos e patologia orgânica associada, e aspetos comportamentais, psicológicos e emocionais, e as condições ambientais e enquadramento sociofamiliar (Ferreira, 2004). Entre as possíveis causas do Atraso Global do Desenvolvimento, apresentam-se com maior predominância, as anomalias cromossómicas, mas também o X-frágil, síndromes de anomalias múltiplas conhecidas e indeterminadas, doenças neurometabólicas, hipoxia perinatal, infeções, malformações cerebrais, síndromes epiléticos e neurocutâneos, entre outros (Ferreira, 2004; Shevell, Majnemer, Rosenbaum, & Abrahamowicz, 2001). Contudo estima-se que cerca de 19,1% dos atrasos, tenham causa etiológica desconhecida (Ferreira, 2004).

3.13. Perturbação do Humor Sem Outra Especificação

A Perturbação do Humor Sem Outra Especificação (SOE) insere-se dentro das Perturbações do Humor, e corresponde a um grupo de sintomas que não se inserem em nenhuma perturbação do humor específica. Caracteriza-se por diferentes episódios de alterações de humor, variáveis entre episódios depressivos e episódios maníacos, ou humor persistentemente elevado ou irritável (APA, 1996).

Na criança ou adolescente, a Perturbação de Humor, manifesta-se por sentimentos de desvalorização/culpabilidade persistentes, que interferem com a vida do indivíduo. Observa-se humor depressivo, fadiga e outras queixas somáticas, isolamento

social, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, alterações do sono e alimentares, perturbações no comportamento e baixo rendimento escolar. Na criança mais jovem, observam-se predominantemente, sintomas de irritabilidade e agressividade, e no adolescente sintomas depressivos. A evolução dos sintomas é variável (Marques & Cepêda, 2009).

3.14. Síndrome Asperger

A Síndrome de Asperger é uma desordem neurodesenvolvimental (Elkis-Abuhoff, 2008), caracterizada por dificuldades acentuadas na interação social, padrões de interesse, atividades e comportamentos restritos e repetitivos (APA, 1996). Estas características interferem significativamente com a atividade social e relacional do indivíduo.

Inserem-se nas Perturbações Globais do Desenvolvimento, as quais se caracterizam por alterações graves em várias áreas do desenvolvimento, tais como: as competências sociais, as competências de comunicação ou pela presença de padrões repetitivos de comportamento. Em contraste com outras perturbações do desenvolvimento, nas crianças com Síndrome de Asperger, não se observam alterações significativas na linguagem, o desenvolvimento cognitivo e autonomia são adequados à idade, e demonstram curiosidade/interesse pelo meio envolvente (APA, 1996).

A Síndrome de Asperger não deverá ser diagnosticada, antes dos 3 anos de idade, pois até esta idade, o desenvolvimento da linguagem ocorre de forma normal, no que diz respeito à compreensão, mas não ao uso (Matson, Wilkins, & González, 2008), sendo que o diagnóstico formal, só se deverá efetivar por volta dos 11 anos (Howlin & Asgharian, 1999).

Além dos diagnósticos formais, existem um conjunto de sinais e sintomas, que acompanham grande parte das patologias, e que traduzem informação importante sobre o funcionamento da criança. Assim, serão abordadas de forma generalizada, as perturbações do sono, da alimentação, de controlo de esfíncteres e a inibição.

3.15. Perturbações do Sono

A presença precoce, de alterações nos ritmos de sono, podem ser indicativas de alterações na organização da personalidade. Entre as patologias do adormecer, encontra-se a insónia do primeiro ano de vida. Estas parecem refletir um mal-estar relacional, entre o lactente e o seu ambiente (Marcelli, 2005).

A insónia comum resulta sobretudo de inadequações ambientais (ex. ruídos, excesso ingestão alimentar, etc.), mas pode também representar, dificuldades precoces na relação mãe-bebé. As insónias precoces graves, podem representar antecedentes patológicos graves de autismo ou psicoses precoces. Há as insónias agitadas em que o bebé grita, agita-se, e não se consegue acalmar até se encontrar esgotado, e as insónias tranquilas, onde o bebé permanece silencioso, de olhos abertos e sem fazer solicitações. Segundo alguns autores, a insónia precoce grave, traduziria o insucesso da mãe no papel de protetora do sono do filho (Marcelli, 2005).

3.16. Perturbações Alimentares

As Perturbações Alimentares podem espelhar, dificuldades na interação mãe-bebé. Serão apenas exploradas as recusas alimentares. A anorexia surge entre os 5-8 meses de idade, e pode resultar de uma mudança brusca no regime alimentar (ex.

desmame). Podem ser do tipo simples, quando é uma perturbação reacional e passageira, a um comportamento de imposição da mãe. Ou grave, sendo que de início, nada difere da anorexia simples, mas com o decorrer do tempo, pode ser acompanhada de outras perturbações (cólera, espasmos, vômitos) e induzir repercussões somáticas (Marcelli, 2005).

Na abordagem psicopatológica destas perturbações, a recusa alimentar pode ter várias interpretações: o desvio da cabeça do biberão/seio pode representar o “não”, como indicação de saciedade, ou recusa na relação mãe-bebé; e pode resultar de dificuldades da criança em gerir a ansiedade, podendo culminar em perturbação psicossomática (Marcelli, 2005).

3.17. Perturbações Esfincterianas

O controlo dos esfíncteres ocorre normalmente entre os 3-4 anos de idade. Contudo por vezes ocorre emissão ativa completa, e não controlada de urina, após a idade de maturação fisiológica, estando-se perante um caso de enurese. Excluindo-se os fatores urológicos e neurológicos, muitas vezes está na base desta perturbação, questões afetivo-relacionais, como a presença de um episódio marcante na vida da criança (ex. separação familiar, nascimento irmão). A enurese desaparece normalmente na segunda infância da criança (Marcelli, 2005).

A encoprese é a defecação nas cuecas, em crianças que já ultrapassaram a idade de aquisição do controlo deste esfíncter (2-3 anos). É quase exclusivamente diurno e surge normalmente entre os 7-8 anos. A dimensão relacional e psicológica, é o fator dominante do surgimento de uma encoprese. Na vertente psicanalítica observa-se na criança, uma fixação acentuada na fase anal, quer no pólo expulsão-agressão, quer no de retenção (Marcelli, 2005).

3.18. Inibição

A inibição é um sintoma muito comum, e pode afetar todos os setores de vida da criança. Reflete-se na vertente comportamental (isolamento, evitamento de relações sociais) e na vertente intrapsíquica (perturbação da memória, incapacidade de pensar) (Marcelli, 2005). Mazet e Houzel (1993) referem que a inibição surge em resultado de uma forte angústia por parte da criança. Pode ser transitória, e manifestar-se em situações familiares, escolares e grupais concretas, mas de uma forma geral, limita as atividades psíquicas e comportamentais do indivíduo.

Ao nível dos comportamentos, podem observar-se crianças isoladas, que apesar do desejo, não ousam aproximar-se do outro, não brincam na escola, e recusam atividades em grupo. São crianças pouco ativas e com mímica pobre, situação que poderá agravar o ciclo vicioso da timidez. Nos comportamentos mentalizados, pode estar-se perante situações de inibição em sonhar/fantasiar, apresentar ligeiros traços obsessivos, e presença de jogos conformistas. O receio de falhar limita-lhes a participação na sociedade (Marcelli, 2005; Mazet & Houzel, 1993).

Quando a inibição é atenuada, podem surgir um conjunto de comportamentos opostos, como: sintomas fóbicos, obsessivos ou agressivos. Nestas situações é importante estabelecer uma estreita relação com os pais, de forma a compreenderem esta mudança, como algo positivo (Marcelli, 2005).

4. Psicomotricidade e Saúde Mental

Alterações na saúde mental têm repercussões na totalidade de vida do indivíduo, sendo necessária uma intervenção terapêutica precoce, para que não se instaure uma

psicopatologia definitiva. A psicomotricidade é a expressão corporal do funcionamento psíquico. Em certas situações, esse funcionamento mental é expresso por atos corporais impulsivos, agressivos, desorganizados, espacial e temporalmente desorientados, não sinérgicos.

A expressão motora desadequada, resulta da impossibilidade da criança elaborar mentalmente as fontes de tensão ou sofrimento, muitas vezes resultante de perturbações na díade mãe-bebê. Esses comportamentos refletem interferências com o funcionamento global do indivíduo, e logo da sua saúde mental (Santos, s.d., cit. in Branco, 2010). Desta forma, pela intervenção psicomotora é possível organizar e dar sentido a muitas expressões corporais desajustadas, visto que, toda a expressão psicomotora adequada, contribui para uma melhor capacidade de aprendizagem, e logo de funcionamento psíquico e social. Assim, se releva a importância que a psicomotricidade tem no âmbito da saúde mental, devendo ser iniciada o mais precocemente possível, e no seio de uma equipa multidisciplinar.

Apresentar-se-á de seguida um conjunto de patologias, contactadas no âmbito da intervenção em saúde mental, cuja expressão motora está prejudicada, e qual o papel que a psicomotricidade poderá desempenhar para o possível reajuste das mesmas. São dadas indicações específicas de intervenção, consoante o sintoma ou patologia. Qualquer intervenção na área da psicomotricidade objetiva fundamentalmente a reabilitação e integração do indivíduo na família, sociedade e na escola (Santos, s.d., cit. in Branco, 2010).

Nos sintomas de instabilidade, inibição e impulsividade, há um desajuste no tónus, assim como, na organização temporal. Nos casos de instabilidade, ao nível da atenção, é importante recorrer a situações de memorização motora e de imitação de movimentos diretos, mantendo um equilíbrio entre situações de realização e evocação, e de interiorização simbólica e codificação. Nos casos de impulsividade, devem encontrar-se vias de compensação do excesso de energia motora, sendo que, as atividades de equilíbrio ajudam a organizar os limites da ação motora, e favorecem o controlo emocional (Fonseca, 2006). Na inibição, atividades promotoras de sucesso e de diversificação experiencial, favorecem a interação do indivíduo, promovendo sentimentos de autoconfiança. Como o pensamento simbólico está preservado, utilizar técnicas expressivas, aliadas a uma sintonia afetiva, poderá conduzir a criança, a aventurar-se em formas de expressão e relação mais ativas. A passagem progressiva à intervenção grupal é a confirmação de um maior ajuste social (Costa, 2008; Fonseca, 2006).

Nas psicoses infantis, está-se perante situações de desintegração da imagem corporal, a qual interfere na organização da personalidade, perturbando o potencial relacional, e a autonomia. A criança com psicose apresenta ao nível psicomotor, dificuldades no conhecimento do esquema corporal, do espaço e do tempo. Na representação do desenho do corpo apresentam intrusão na imagem de si, de figuras mitológicas, do fantástico, elementos inanimados e mecânicos, entre outros, demonstrando a constante confusão entre fantasia-realidade. É de ter em atenção que a aparente adequada representação do desenho do corpo ou nomeação e reconhecimento dos segmentos corporais, não é garantia de uma boa imagem corporal, pois a clivagem entre o real e o fantástico está sempre presente (Boutinaud, 2007).

A intervenção psicomotora com estas crianças, além de considerar as dificuldades instrumentais reais, tem de contemplar também, estes estados de ansiedade e fantasia em torno do corpo (Boutinaud, 2007). A intervenção deverá focar-se no conhecimento e exploração do espaço e dos objetos, favorecendo na criança, a aquisição da noção de autonomia, pela vivência corporal e relacional proporcionada (Fonseca, 2006). É importante dar um corpo à criança, trabalhar pelo concreto, fazer uso do eu corporal da criança para que essas ações produzam memórias, trabalhando os limites e organizando o esquema corporal. Devido à dificuldade na percepção das sensações e sentimentos, o

terapeuta deverá ler na criança e verbalizar as sensações experienciadas por esta (Costa, 2008).

Os indivíduos com Organização da Personalidade Borderline apresentam ao nível psicomotor, falhas significativas na autoestima e na imagem corporal, alterações na estruturação espaço-temporal, falhas no planeamento motor, descoordenação motora, perturbação no pensamento simbólico, instabilidade, agressividade não organizada e uma forte labilidade emocional. São também crianças que apresentam dificuldades em manter e estabelecer relações com o outro (Costa, 2008). Estes são alguns aspetos a ter em conta durante a intervenção.

A Depressão infantil reflete-se por: baixa autoestima da criança, sentimentos de inferioridade e de revolta, desistência, diálogo breve, jogos e desenhos pobres, intolerância à frustração, dificuldades de iniciativa e motricidade desinvestida, ou por outro lado, podem manifestar euforia e instabilidade psicomotora, utilizando a mania e a onnipotência como defesas. A psicomotricidade propõe-se nestes casos a fomentar e maximizar as competências e qualidades da criança, aumentar a autoestima e autovalorização, trabalhar as questões de iniciativa não permitindo à criança colocar-se numa situação de impasse, e proporcionar situações criativas e diversificadas, para ultrapassar a sua carência imaginária, de representação e simbolização. Deve-se ainda proporcionar a expressão livre dos afetos e a expressão simbólica das pulsões agressivas (Costa, 2008).

Na intervenção com crianças com problemas de comportamento, é importante manter coerência nas regras e limites, evitar situações humilhantes ou depreciativas, favorecer a elevação da autoestima e autoconfiança, fomentar outras formas de expressão da agressividade, e planejar e organizar o espaço. Assim, justifica-se a necessidade de uma intervenção centrada na elevação da autoestima, e em grupo, estimulando a coesão, pertença e partilha (Costa, 2011). Algumas estratégias são apontadas, como favoráveis, na relação com estes indivíduos, como: a orientação para atividades criativas; canalizar a tendência de agir, para atividades socialmente integradas; aproveitar as capacidades psicomotoras do indivíduo e reforçá-las; e pelo jogo estimular a criatividade e a autoexpressão (Coimbra de Matos, s.d., cit. in Costa, 2011).

As crianças com PHDA apresentam sobretudo, ao nível psicomotor, alterações tónico-posturais, com défices no equilíbrio e flutuações no tónus, e na praxia fina (Salgueiro, 1999). Os objetivos gerais de uma intervenção com estas crianças, prendem-se com: a aprendizagem do autocontrolo, aumento da autoestima e habilidades sociais, focalização da atenção e permanência nas tarefas, e a organização temporal (Carron, 1996; Rodrigues, 2003).

A intervenção psicomotora intervém no sentido global, de pelo jogo focalizar a atenção, promovendo a autorregulação dos impulsos, assim como, incutir o planeamento das ações (Martins & Rosa, 2005). O trabalho com crianças com PHDA, ao nível da psicomotricidade tem algumas metodologias específicas, desenvolvidas em função dos objetivos propostos pelo terapeuta. De acordo com Marquet-Doléac, Soppelsa e Albaret (2005) é importante trabalhar durante a intervenção, questões relacionadas com, a motivação, observação, seleção da informação, experimentação e verificação, pois são pressupostos fundamentais à efetivação de qualquer aprendizagem, servindo de ponte para as estratégias a adotar em meio escolar.

Na intervenção em crianças com Perturbações da Comunicação e Relação, é importante fornecer os níveis necessários de envolvimento sensorial (hipo ou hiperestimulação) e afetivo; promover sequências de ação gradualmente interativas; regular a reatividade aos estímulos, pelo contato com os materiais; e favorecer a ação motora e organização do pensamento simbólico (NCCIP, 1994/1997).

Na síndrome de Asperger, há uma ausência quase total da vivência de relações seguras com os objetos, devido às dificuldades relacionais e comunicacionais destas crianças. Em função disso, apresentam uma noção corporal diferente e desadequada

(ignoram ou desorganizam-se com os estímulos; falhas na função de para-excitação) (Boutinaud, 2007). No global, apresentam falhas na simbolização do movimento, na organização espaço-temporal, dificuldades no planeamento motor, má noção do esquema corporal, alterações no ritmo, descoordenação motora global e fina, assim como, dificuldades no relacionamento e interação com o outro (Costa, 2008). Estes são fatores importantes a ter em conta na intervenção, devendo as dificuldades relacionais, ser o principal enfoque da intervenção (Boutinaud, 2007).

Na presença de crianças com Perturbações na Vinculação, a intervenção psicomotora, deve procurar diminuir a angústia de perda do espaço de segurança, de forma a facilitar novos vínculos, que permitam novas vias de adaptação ao espaço social. Estas crianças reagem por impulsos, devido à dificuldade na organização das emoções, reagindo em resposta ao seu estado de angústia e mal-estar interno. Estas dificuldades são lidas pelo adulto, como atitudes desadequadas, provocando por seu lado, a agressividade das crianças, face a esta incapacidade de comunicação (Núñez, 2003).

O psicomotricista tem a função de representar o par “mãe-pai”, proporcionando um espaço de segurança, proteção e liberdade, para que a criança consiga expressar o seu mal-estar, e possa expressar simbolicamente os seus conflitos. Por esta via, a criança encontra formas de simbolizar o sofrimento, reconhecê-lo e diferenciá-lo do objeto. A criança tem de aprender a separar-se, e reconhecer-se como independente do outro, passando da fase da dependência, para a independência. Contudo, este trabalho não é fácil, pois a criança não permite que algo se interponha entre ela, e o seu desejo idealizado (a mãe) (Núñez, 2003).

O terapeuta tem o papel de acompanhar a criança na sua viagem simbólica, pois só assim, superará a angústia do abandono, e numa fase seguinte, por intermédio de atividades criativas e expressivas em grupo, poderá reconhecer-se a si mesma (Núñez, 2003). Este autor refere ainda que o abandono ativa o gene da psicose, e que os maus-tratos propiciam os problemas de conduta social. Assim, as Perturbações da Vinculação prejudicam todo o funcionamento biopsicossocial do indivíduo.

Nas crianças com Perturbações Regulatórias, é importante estabelecer um relacionamento afetivo contínuo, com carinho e empatia, juntamente com uma estrutura de ação e limites claros, de forma a favorecer a sua adaptabilidade. É importante conhecer e observar o limiar neurológico da criança (hipo ou hiper), de forma a adequar a quantidade de “estimulação”. Proporcionar atividades simbólicas, de imaginação e “faz-de-conta”, ajudam a aumentar a capacidade de flexibilidade, e autorregulação da criança. É também papel do terapeuta conduzir as intencionalidades da criança, evitando que fique no impasse entre a vontade e a ação, ajudando-a a organizar-se (Costa, 2008; NCCIP, 1994/1997).

5. Enquadramento Institucional

Os dados seguintes provêm do Manual Local de Qualidade da Área de Pedopsiquiatria/Clínica da Encarnação, disponível na Clínica da Encarnação, assim como do portal digital do HDE.

A Clínica da Encarnação é uma das equipas de ambulatório do Departamento de Pedopsiquiatria do HDE, situada na freguesia dos Olivais, em Lisboa, e foi assim designada em 1986, aquando da destituição do ex-Centro de Saúde Mental Infanto-Juvenil nas Amoreiras. O HDE está integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), o qual foi criado pelo DL nº 50-A/2007, e visa a integração numa mesma organização de quatro unidades hospitalares: Hospital de S. Marta, EPE, HDE, Hospital de S. José e o Hospital de S. António dos Capuchos (CHLC, s.d.). O HDE é especializado no atendimento materno-infantil, e tem como principal objetivo, prestar

cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à Criança e à Mulher, assim como, intervir na sociedade para a promoção e defesa dos direitos da Criança e da Mulher. O Departamento de Pedopsiquiatria é um dos departamentos constituintes do HDE, onde se prestam cuidados de saúde mental infantil em regime de ambulatório ou de internamento. O ambulatório é composto por três equipas sectoriais, a Clínica do Parque, a Clínica da Encarnação e a Clínica da Lapa, por duas equipas especializadas em termos de idade, a UPI (partilha edifício com a Clínica da Encarnação) e a Clínica da Juventude, e por uma Unidade de Internamento/Ligação.

A Clínica da Encarnação tem como missão a prevenção, tratamento e reabilitação, das perturbações mentais de crianças e jovens dos 5-13 anos, podendo manter o seu seguimento até aos 18 anos. Está-lhe também atribuída, atividades de formação e investigação, bem como de apoio às famílias dos utentes e articulação com a comunidade. Os utentes seguidos na Clínica estão divididos de acordo com a rede de referenciação hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e atualmente, abrange áreas das freguesias de Marvila e Olivais (Lisboa), Loures Oriental, Benavente, Arruda dos Vinhos, Azambuja, parte de Vila Franca de Xira, Lourinhã, Mafra e distrito de Portalegre (CNSM & ACSS, 2011). Os serviços prestados pela Clínica, englobam as consultas externas Médicas, de Psicologia e de Enfermagem; avaliação e seguimentos Psicológicos, Psicopedagógicos, de Psicomotricidade ou em Terapia da Fala; Terapias Psicofarmacológicas; Psicoterapias; Terapias de Grupo, Trabalho Comunitário; e Intervenções Familiares. Mantém uma continuidade de cuidados e um tratamento pluridisciplinar integrado, articulando-se com as estruturas da comunidade: Centros de Saúde, Escolas, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Segurança Social, entre outros.

No que diz respeito à caracterização física do espaço, no hall de entrada encontram-se as receções e a sala de espera. O interior da Clínica divide-se em duas alas: à direita, a unidade da UPI e, à esquerda, a unidade da Clínica da Encarnação. Estas alas são constituídas por diversos gabinetes médicos e psicoterapêuticos, salas de reuniões, arrecadações, sala primeiros socorros, casas de banho, copas e um ginásio (localizado na UPI).

5.1. Contexto Funcional e Valências de Intervenção/Atendimento

De acordo com funcionamento logístico das valências terapêuticas da Clínica da Encarnação, os utentes podem fazer o pedido de consulta, através do telefone, *fax* ou pessoalmente, à assistente administrativa do serviço. O encaminhamento do utente pode ser efetuado por iniciativa própria, ou pela escola, centro de saúde, CPCJ, entre outros.

Neste primeiro contacto, é realizada uma primeira e sucinta recolha de dados pessoais e sintomas, preenchendo-se o impresso de acolhimento, pela assistente administrativa. Em reunião semanal com a Chefe de Equipa, os pedidos são distribuídos pelos médicos pedopsiquiatras, de acordo com as áreas residenciais que lhes competem. O período que decorre entre o primeiro atendimento e a primeira consulta não deve ultrapassar os 30 dias.

Na primeira e segunda consulta efetua-se a recolha de informação (motivo encaminhamento, dados amnésicos) e observação do utente, de forma a definir-se um diagnóstico provisório e o plano terapêutico. Em seguida, o pedopsiquiatra pode reencaminhar o utente, para avaliação/observação e/ou intervenção por outras valências terapêuticas, de acordo com o plano terapêutico estabelecido. A revisão do plano terapêutico é da responsabilidade do médico assistente, e deve ser planeado em colaboração com os técnicos intervenientes. Assim, as atividades na Clínica mantêm uma continuidade de cuidados e um tratamento interdisciplinar integrado.

Cada utente da Clínica da Encarnação tem um processo próprio, constituído por: “Ficha de 1º Atendimento” elaborada pela assistente administrativa, no momento do primeiro contacto; “Memorando” onde são registadas as consultas do utente, bem como os contactos realizados com os pais, escola ou outras entidades necessárias para o adequado acompanhamento do utente; “História Clínica”, realizada pelo pedopsiquiatra; “Folha de Seguimento” onde o mesmo médico descreve as consultas subsequentes; “Folha de Reavaliação” que o médico preenche durante a reavaliação do utente; “Nota de Alta” preenchida também pelo mesmo médico, quando é dada alta ao utente; e pelos registos de avaliação e intervenção realizadas pelas outras valências da Clínica.

A equipa fixa da Clínica é constituída por uma Chefe de Equipa, que é Médica Pedopsiquiatra e assistente hospitalar graduada, uma Assistente Técnica e uma Operacional, dois Médicos Pedopsiquiatras, uma Professora Especializada e coordenadora da área pedagógica do departamento, um Psicomotricista, uma Terapeuta da Fala, duas Psicólogas, uma da qual é coordenadora da área de psicologia do departamento, uma Enfermeira Especializada, e uma Técnica Superior de Assistência Social. Anualmente existem ainda internos de pedopsiquiatria, e também estagiários das outras valências terapêuticas.

O encaminhamento para a psicomotricidade é realizado pelo pedopsiquiatra, e é da responsabilidade do psicomotricista estabelecer contacto com o utente para efetivação do seguimento. É realizada uma observação inicial, a primeira em contexto de gabinete, e a seguinte no ginásio. Após esta avaliação informal, o psicomotricista define o acompanhamento pela psicomotricidade ao utente. Por vezes estabelece-se um período temporal, normalmente um mês, para avaliar a adequação da intervenção às necessidades reais do utente e da família. As decisões tomadas são discutidas com o médico assistente e outros técnicos intervenientes. A intervenção em psicomotricidade é maioritariamente grupal, por isso é definido pelo psicomotricista, a inserção nos grupos de acordo com os critérios estabelecidos ou o seu acompanhamento individual, caso a situação o justifique.

A intervenção interdisciplinar na Clínica da Encarnação é conseguido pelo facto de, existirem reuniões de equipa semanais, onde todos os profissionais discutem, debatem e refletem sobre casos de utentes em acompanhamento, e em conjunto, definem estratégias para o sucesso do plano terapêutico. Para além destas reuniões semanais, existe uma reunião mensal no HDE, com a participação de todas as equipas do departamento de Pedopsiquiatria do HDE, nas quais se apresentam, também, casos clínicos, casuísticas das equipas ou formas de intervenção terapêutica, e é realizada a atualização sobre temas da saúde e desenvolvimento da criança/adolescente. É fundamental o trabalho em equipa, porque só assim se complementam mutuamente, nos respetivos conhecimentos e competências.

5.2. Relação com outros Contextos de Intervenção ou Comunitários

Os técnicos da Clínica da Encarnação articulam o seu trabalho, com os vários contextos onde o utente está inserido, ou locais que o poderão favorecer, de acordo com o plano terapêutico definido. Estabelece-se uma articulação entre a clínica e parceiros da comunidade, tais como, Centros de Saúde, Escolas, Segurança Social, CPCJ, entre outros. A articulação com estes serviços realiza-se sempre que a situação clínica, sociofamiliar, educacional das crianças/adolescentes e famílias seguidas, assim o exijam. O interesse superior da criança deve ser uma consideração prioritária em todas as ações e decisões que lhe digam respeito, como o preconizado pela Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989). Estes contactos são efetuados após autorização verbal dos pais ou responsáveis legais, e ficam registados no processo clínico.

O contato com a escola é realizado por qualquer técnico que acompanhe a criança, e que sinta necessidade de uma melhor articulação com este contexto, para uma melhor efetivação da intervenção. A escola é por natureza, e a par da família, o contexto primordial de desenvolvimento da criança, local onde passa a maior parte do seu tempo, e onde se podem evidenciar as problemáticas emocionais e comportamentais. O técnico articula a sua intervenção com a escola, recolhendo um feedback desta, acerca do funcionamento da criança, e desenvolvem estratégias conjuntas que possam vir a favorecer o seu desenvolvimento.

Muitas vezes está-se perante a necessidade de uma diversificação pedagógica, tendo em conta o atual grau de desenvolvimento da criança, e não uma diversificação curricular (Branco, 2010), como frequentemente é apontado como “solução”. É necessário, por vezes, despertar os professores para o facto de que cada criança possuiu características, interesses, habilidade e necessidade de aprendizagem que são únicas, e que os programas educacionais deveriam ter em conta a diversidade de tais características, como nos proclama a Declaração de Salamanca (1994) (UNESCO, 1994). Assim, é importante manter contato regular com o professor que acompanha a criança, tendo conhecimento do seu aproveitamento académico e do seu funcionamento na classe e com os pares.

Outros locais podem ser contactados consoante as necessidades de cada utente.

Quando existem famílias problemáticas, com poucos recursos, ou com falta de informação, entre outros fatores, a Técnica de Assistência Social, auxilia no encaminhamento para a procura de respostas a essas condições. Pode contactar com associações da comunidade, que possam ajudar as famílias nessas dificuldades, ou em situações mais graves contactar com a CPCJ. A CPCJ visa promover os direitos da criança e do jovem, e prevenir ou acabar, com situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou o desenvolvimento integral do indivíduo (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, 2008). Na Clínica da Encarnação o trabalho comunitário está organizado através de responsáveis definidos (enfermeira especializada, técnica serviço social, pedopsiquiatra e professora especializada), e quando necessário por grupos multidisciplinares. Há uma articulação pré-estabelecida com a comunidade, e que ultrapassa as necessidades pontuais, realizando-se mensalmente reuniões comunitárias na Clínica, com as Escolas, Centros Saúde e CPCJ.

Quando há sobreposição ou multiplicidade de intervenções, entre o acompanhamento público e o privado, tenta-se também estabelecer prioridades conjuntas na intervenção, e uma articulação entre os contextos, em favor desenvolvimento da criança.

Por fim, a ligação à família é prioritária em todo o processo de intervenção. Pois, como é do conhecimento geral, esta é o elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural, para o crescimento e bem-estar de todos os membros, e em particular das crianças, devendo receber a proteção e assistências necessárias para desempenhar plenamente esse papel (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989). Em todo o processo a família tem direitos e deveres, e é parte integrante das decisões definidas acerca da intervenção.

A família é informada acerca das várias opções de tratamento disponíveis, abordados os objetivos, benefícios, riscos e durabilidade da intervenção. E tem-se em consideração, a disponibilidade dos pais, e valências, na definição final do plano terapêutico. É também necessário respeitar as características individuais dos utentes e família, considerando as suas necessidades culturais, espirituais e étnicas. Acompanha o processo da criança, o impresso de consentimento informado assinado pelos pais ou representantes legais.

Deverá ser dada atenção especial, às famílias problemáticas ou carenciadas, no sentido de conduzi-las para respostas mais ajustadas, e que permitam a reorganização

saudável do ambiente familiar. Se houver necessidade de um acompanhamento especializado à família, este fica geralmente ao cargo da Enfermeira especializada.

Em suma, é importante proceder a esta proximidade e acompanhamento, pois a família é o principal pilar no desenvolvimento social e psicoafectivo da criança. A família, apesar de sempre em evolução no seu conceito e estrutura, nunca poderá desaparecer, pois dela depende o desenvolvimento da própria civilização, isto é, a família permite ao ser humano que nasce, desenvolver-se a nível físico, bioneurológico e social (Santos, 1982, cit. in Branco, 2010).

Portanto, para que a evolução da criança se processe de forma saudável e equilibrada, é necessária a interação permanente de vários fatores: a família; o grupo e a comunidade à qual a criança pertence; o sanitário, incidindo na recuperação/prevenção de qualquer perturbação ao desenvolvimento; o educacional e escolar; e o institucional, através do apoio específico e rigorosamente habilitado às necessidades da criança (Branco, 2010). Este paradigma suporta assim, a necessidade efetiva que existe na articulação, entre a Clínica e a comunidade, pois só assim será possível uma abordagem completa às necessidades do utente.

CAPÍTULO 2: ABORDAGEM À PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo será apresentado o trabalho realizado no âmbito do Estágio em Saúde Mental Infanto-Juvenil, na Clínica da Encarnação, entre o período de Outubro 2011 a Junho 2012. Mas também serão apresentadas outras atividades desenvolvidas durante este ano de formação.

Numa primeira fase, apresentar-se-á a forma como a psicomotricidade é desenvolvida na clínica, os contextos de intervenção, e a sessão tipo. Em seguida proceder-se-á à apresentação da população intervencionada, e numa fase seguinte expõe-se a relação estabelecida com os outros profissionais no âmbito da intervenção. De forma a compreender o seguimento/intervenção tipo, será apresentada a metodologia de avaliação, e um estudo de caso de uma criança e de um grupo. De uma forma mais generalizada, apresentar-se-á a intervenção nos restantes casos. Por fim, serão refletidas dificuldades e limitações sentidas, e numa última parte, apresentadas outras atividades de formação realizadas, e o papel conferido às reuniões de apoio ao estágio.

Todos os casos aqui apresentados correspondem, a casos acompanhados por mim, desde o início do estágio.

1. A Psicomotricidade na Clínica da Encarnação

O encaminhamento para a psicomotricidade é definido pelo médico pedopsiquiatra responsável pelo caso, e em algumas situações pontuais, é aconselhado o seguimento por outros técnicos. Mas cabe ao médico pedopsiquiatra a decisão final sobre o seguimento ou não. Este encaminhamento é realizado, quando após avaliação, reconhecem a psicomotricidade, como uma terapêutica capaz de organizar os sintomas e funcionamento da criança. Assim, as crianças são encaminhadas para a psicomotricidade quando apresentam problemáticas de incidência corporal, cognitiva ou relacional, que se manifestam pela expressão motora desorganizada/desadequada, tais como: alterações da noção do corpo, perturbações da lateralização e estruturação espaço-temporal, dispraxias, problemas psicossomáticos, problemas de comportamento, dificuldades de comunicação e contato, instabilidade psicomotora, dificuldades de processamento, dificuldades de atenção, entre outros.

Quando é iniciado o acompanhamento pela psicomotricidade, de uma forma geral, realiza-se uma primeira entrevista com os pais e com a criança, em contexto de gabinete, e em seguida um momento de observação informal com a criança no ginásio. Na segunda sessão, a criança permanece todo o tempo no ginásio em contexto de observação livre. Após estas duas observações toma-se a decisão sobre a viabilidade do acompanhamento ou não, e procede-se à definição do tipo de intervenção (grupo ou individual). O mês seguinte é ainda um período de avaliação informal, e se necessário realiza-se a avaliação formal. A intervenção é continuada até Junho/Julho, momento após a qual é interrompida, e no início do ano letivo seguinte, procede-se à reavaliação do caso, e redefinição das linhas de intervenção.

Na Clínica da Encarnação, a intervenção realiza-se sobretudo sobre a forma de dinâmica grupal, de acordo com a linha terapêutica desenvolvida na clínica. As intervenções em grupo tiveram o seu início na década de 70, e pretenderam, por um lado, suprimir ou rentabilizar os recursos terapêuticos para dar resposta a um número cada vez mais acrescido de pedidos, e por outro lado surgiram, devido à incapacidade das terapias individuais darem respostas a um conjunto generalizado de patologias, nomeadamente as perturbações do comportamento e patologias da mentalização (Vidigal, 2005). Na psicomotricidade de base relacional privilegia-se a qualidade da relação que se estabelece com a criança, onde a participação da criança é espontânea, livre e aberta. Livre porque a motivação vem da própria, e aberta porque se desenvolve

segunda uma metodologia dinâmica e flexível, à disponibilidade e interesses, das outras crianças e do adulto (Costa, 2008).

Assim, a intervenção em psicomotricidade desenvolve-se preferencialmente sobre a dinâmica de grupo, mas em situações específicas, desenvolvem-se também intervenções de cariz individual. A justificação para tal é apresentada de seguida.

1.1. Intervenção em Grupo e Intervenção Individual

A intervenção psicomotora na clínica decorre maioritariamente em grupo. Os grupos são formados segundo critérios de: tamanho corporal (estatura e coordenação), nível de comunicação e relação, nível simbólico, e organização da personalidade da criança. O tipo de patologia e escalão etário, são também fatores importantes a ter em conta na formação dos grupos. Mas como muitas vezes a idade cronológica não reflete a idade mental, e como uma mesma patologia não se manifesta de forma igual em todos os indivíduos, estes dois critérios não são considerados como prioritários.

Os grupos são assim organizados, de acordo com o tipo de dificuldades que as crianças apresentam, o tamanho corporal, a organização da personalidade da criança e o nível de comunicação e relação, tentando-se formar grupos mais ao menos equitativos, nestes fatores.

Estão a ser intervencionados, um conjunto de nove grupos, definidos segundo os critérios anteriores. Os grupos 1 e 2 correspondem na generalidade a crianças com dificuldades instrumentais, o grupo 3 é composto por crianças com dificuldades no planeamento motor e impulsividade, o grupo 4 corresponde a crianças instáveis, o Grupo 5 é o grupo das Perturbações da Ansiedade com indicação para relaxação, o Grupo 6 engloba adolescentes com alterações do comportamento, o grupo 7 agrega crianças com sintomas de PHDA, e o grupo 8 e 9 é composto por crianças com problemas de oposição e relacionais/sociais.

Contudo, por vezes há crianças que não têm indicação imediata para a integração em grupo, devido a questões relacionadas com a sua funcionalidade, por discrepância prática, psicológica e social acentuada em relação aos elementos do grupo, ou em casos de problemas de separação-indivuação. Com estas crianças, desenvolve-se uma intervenção individual, até alcançarem maturidade psicossocial para a integração em grupo. Atualmente, é seguido em acompanhamento individual, uma criança de 6 anos de idade, que no início da intervenção, apresentava elevada discrepância social/psicológica em relação aos pares (inibição relacional).

1.2. A Sessão-Tipo

A sessão de psicomotricidade está dividida em quatro momentos principais: o diálogo inicial e momento do quadro, o desenvolvimento das atividades, o retorno à calma, e o diálogo final. Tenta manter-se esta estrutura ao longo das sessões, proporcionando à criança, uma rotina que lhe traz segurança, ao poder prever e anteceder, o que irá decorrer no espaço de sessão. À entrada no ginásio, procede-se ao descalçar do calçado por parte de todos os elementos, sendo este um fator inerente e contínuo ao longo das sessões.

As sessões têm uma duração média de 45-50 minutos por grupo.

No diálogo inicial, as crianças verbalizam sobre acontecimentos importantes da semana (positivos ou negativos), e discutem entre si, atividades realizadas por uns e que outros também fizeram ou gostariam de fazer. É o momento de recuperar memórias e recontá-las, e favorecer a organização temporal das mesmas. Neste momento da sessão estabelece-se também como serão desenvolvidas as atividades, e cada um refere o que gostaria de realizar, e negocia-se qualquer inconveniente. Em seguida expõe-se no

quadro as atividades escolhidas, elaborando-se o plano de sessão. À vez cada criança coloca o seu nome e por baixo deste, escreve ou desenha o que pretende realizar na sessão. Muitas vezes após escolhidas as atividades, as crianças decidem alterá-las ou juntarem-se a atividades dos pares, isto é permitido, mas têm de referir (consciencializar) o porquê da mudança.

O desenvolvimento das atividades, corresponde ao período de sessão onde as crianças realizam as suas intenções motoras e relacionais. Desenvolvem as atividades previamente definidas, dão-se sugestões de variações à mesma, estimulam-se estratégias perante as dificuldades, ocorrem conflitos e a resolução de problemas, entre outros. É o momento da sessão onde se desenvolvem os objetivos da intervenção, partindo do interesse e desejos da criança, tendo o psicomotricista o papel de proporcionar meios de expressão securizantes e que favoreçam o desenvolvimento.

O retorno à calma corresponde à atividade final da sessão, e consiste num momento de atividades de relaxação. Pretende-se organizar os ciclos respiratórios e consciencializar para os estados do corpo, da mesma forma, pretende-se que seja um momento de regulação da agitação antecedente, e preparação para a finalização da sessão. Ajuda também à consciencialização corporal favorecendo a organização do esquema corporal, e é também um momento que favorece a regressão, pela proximidade, contato, ação sobre o corpo, e continuidade que o envolve. Numa fase inicial as crianças não conseguem perceber a necessidade do retorno à calma ou o “descansar”/“massagens”, mas com o decorrer das sessões, começam a integrá-lo nos momentos de sessão, pedindo espontaneamente a sua realização.

Por fim, no diálogo final, pretende-se desenvolver na criança uma maior consciencialização sobre as atividades realizadas e aplicações no quotidiano. Enumeram-se por ordem as atividades, e o que se realizou em cada, pergunta-se por dificuldades sentidas e estratégias que foram aplicadas. Finaliza-se a sessão com o calçar do calçado e saída da sala em conjunto.

Esta é a sessão-tipo desenvolvida na maioria dos grupos, contudo há grupos em que tal não é possível de aplicar.

Assim, no grupo 3 que é composto por crianças da UPI, com perturbações sobretudo regulatórias e da comunicação e relação, as sessões pretendem favorecer o contato com os materiais e a auto-organização das aferências sensoriais, a verbalização dos afetos, e devido às suas dificuldades relacionais e de mentalização, as sessões são livres e abertas, respeitando-se apenas o ritual do calçar/descalçar. Ocasionalmente procede-se a um momento final de retorno à calma, quando a iniciativa surge da criança, pedindo esta o “dormir”. Aproveita-se então este momento, para trabalhar a consciência corporal de si e o estabelecimento de relação proximal com o outro.

No grupo 6, que corresponde ao grupo de adolescentes com alterações do comportamento, muitas das sessões consistem na realização de projetos, de acordo com os seus gostos e vontades. Para tal, não se reproduz a estrutura de sessão inicialmente apresentada. Contudo o diálogo inicial e final estão sempre presentes. Ocasionalmente realizam-se sessões integrais de relaxação, em momentos de maior desregulação emocional e comportamental, baseando-se toda a sessão no retorno à calma.

1.3. Contexto de Intervenção

A intervenção psicomotora desenvolve-se no ginásio, localizado na ala da UPI. Contudo com o grupo 6, por vezes utiliza-se o espaço exterior à clínica, a copa, ou mesmo o gabinete para o desenvolvimento das sessões. O gabinete da psicomotricidade é maioritariamente utilizado, para as entrevistas e avaliações com os pais e/ou crianças, devido à função contentora, focalizadora, e profissional que transmite.

O ginásio é amplo, com grande incidência de luz natural, e artificialmente climatizado. Contém uma grande variedade de materiais, visualmente expostos, que permitem as mais variadas expressões, apelando ao espírito criativo do indivíduo. No que concerne à caracterização física do espaço, a sala apresenta duas fachadas opostas compostas por janelas, permitindo a entrada da claridade natural. Na outra parede localiza-se o espelho e o quadro branco, e oposta a essa parede encontra-se a porta. É livre de móveis e obstáculos, contendo apenas uma mesa pequena e duas cadeiras, e um conjunto de cacifos para arrumação, ambos localizados junto da parede. As janelas possuem estores, os quais permitem regular a intensidade da luz natural, e permite mesmo escurecer totalmente a sala, situação utilizada em algumas dinâmicas de sessão.

O quadro branco é peça fundamental para a organização das sessões. Nele é realizado o planeamento conjunto da sessão, e a inscrição do nome dos elementos do grupo, mas permite também a expressão gráfica livre da criança. O espelho permite a visão de corpo inteiro, e pelo facto de ser articulado possibilita à criança visualizar-se repetidamente. É um instrumento imprescindível, pois é através da imagem especular que a criança integra a imagem e o reconhecimento de si.

Além deste material, contém também um conjunto variado de outros materiais:

- As bolas, de diferentes cores, texturas e tamanhos, continuam a ser objeto de eleição privilegiado;
- A bola terapêutica favorece entre outras situações, estimulações vestibulares, relaxação e aferição dos reflexos primitivos da criança;
- A piscina de bolas, é o local de eleição para os momentos de descarga energética;
- Os colchões, com várias cores, permitem o contraste duro/mole, mas também serve como instrumento de proteção ou contenção;
- As esponjas de diversas cores, tamanhos e formas, favorecem as atividades de construção e o jogo simbólico;
- Tapete, Placas sensoriais, estimulam os proprioceptores pedais;
- O papel de cenário permite a realização conjunta e possibilita o contorno real do próprio corpo maximizando o autoconhecimento;
- Arcos de várias cores e tamanhos, baloiços para pendurar no teto, prancha de bodyboard, banco sueco, prancha de equilíbrio e minitrampolim, favorecem situações de estimulação vestibular e ajuste gravítico, além das mais variadas funções que podem assumir;
- O escorrega e o espaldar, proporcionam momentos de coragem e desafio;
- O túnel de tecido e os panos proporcionam estimulação proprioceptiva e a transformação de personagens no jogo simbólico;

- As cordas, puzzles, jogos de tabuleiro, bonecos e fantoches, entre outros, completam o material das sessões, e assumem a função que o indivíduo desejar.



Figura 1. O ginásio das sessões de psicomotricidade

2. A População Intervencionada

Foram acompanhadas semanalmente em psicomotricidade, entre Outubro 2011 e Junho de 2012, cerca de 35 crianças, com idades compreendidas entre os 4 e os 14 anos de idade. Algumas das crianças cessaram a intervenção, por alta ou desistência/falta de comparência, e outras crianças foram sendo integradas ao longo do ano, mas no global a população apoiada rondou este número. Estas crianças foram acompanhadas por mim em todos os momentos da intervenção psicomotora, tendo realizado os momentos de avaliação e o correspondente período de intervenção. Contudo, no grupo 6, a intervenção assumiu a modalidade de co-terapia, partilhando as funções de terapeuta com uma enfermeira especializada em saúde mental e com formação em psicomotricidade. Esta situação permitiu aliar conhecimentos, discutir visões, favorecendo a intervenção realizada com o grupo.

Seguidamente apresentam-se os casos intervencionados. No anexo C podem ser consultados dados mais específicos sobre cada grupo.

O grupo 1 foi composto inicialmente por cinco crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos, mas verificou-se apenas a presença assídua de três dessas crianças. A intervenção decorreu às segundas-feiras às 10 horas. Corresponde a um grupo com dificuldades gerais de base instrumental, com diagnósticos de Atraso do Desenvolvimento, Perturbação do Comportamento e Oposição, Organização da Personalidade Psicótica, Depressiva e Bordeline. Neste grupo desenvolveu-se a organização tipo de sessão. Iniciou-se a intervenção por momentos mais livres e abertos, e numa segunda fase, trabalhou-se questões mais instrumentais conduzidas por algumas sugestões da terapeuta.

O grupo 2 é composto por três crianças entre os 7 e os 11 anos de idade. Duas dessas crianças são crianças institucionalizadas, e é um grupo caracterizado por dificuldades instrumentais de base relacional. Apresentam diagnósticos de PHDA, Perturbação do Comportamento e do Humor SOE, e Organização da Personalidade Bordeline. Tiveram intervenção às segundas-feiras às 11 horas. A intervenção foi sobretudo relacional, estabelecendo-se uma relação empática, confiança e securizante, troca e organização dos afetos, vivendo-se muito sobre o jogo simbólico e jogos de construção. No que diz respeito à organização das sessões, numa primeira fase realizou-se apenas o diálogo inicial e momento do quadro, desenvolvimento das atividades e diálogo final. Com o estabelecimento de uma relação securizante, entre a terapeuta e as crianças, iniciou-se a introdução do retorno à calma. Apesar da recusa inicial, agora são as próprias crianças que pedem este momento de sessão.

O grupo 3 é constituído pelas crianças da UPI, e integra um conjunto de cinco crianças entre os 4 e os 5 anos. Uma das crianças só foi integrada em Março 2012. A intervenção ocorreu às terças-feiras às 10 horas. Estas crianças apresentam na generalidade Perturbações da Comunicação e Relação, e Atraso Global no Desenvolvimento. Manifestam dificuldades regulatórias culminando em desorganizações no planeamento motor e impulsividade. Não existem sessões estruturadas neste grupo, realizando-se sobretudo a exploração dos materiais de diferentes formas sensoriais e motoras, e a verbalização dos afetos, procurando-se uma ação mais intencional e comunicativa, com o outro e o envolvimento.

O grupo 4 é formado por quatro crianças entre os 5 e os 7 anos de idade. É um grupo com diagnósticos de Depressão, Perturbação da Vinculação, perturbações na Comunicação e Relação e Atraso Global do Desenvolvimento. Todas as crianças, à exceção de uma, têm acompanhamento semanal e o P tem acompanhamento quinzenal. As sessões ocorreram às terças-feiras às 11 horas. Este grupo pela instabilidade que apresentou, teve muitas dificuldades em respeitar a estrutura das sessões.

O grupo 5 corresponde a crianças com indicação, sobretudo para a relaxação terapêutica. Como se sabe, a relaxação é um trabalho de atenção dirigida para dois

aspectos principais do indivíduo: o aumento da consciência fisiológica ou corporal, e o aumento da consciência sobre o estado da realidade interna ou psicológica (Fonseca, J. 2007). O grupo foi composto apenas por uma criança de 9 anos, com Perturbação da Ansiedade, a qual teve alta por melhorias, no início de Fevereiro de 2012. A relaxação foi escolhida neste caso, como metodologia principal de intervenção, devido aos efeitos benéficos que apresenta, sobre situações de tensão neuromuscular provocadas por interferência psicológica (Bergès & Bounes, 1985), como é o caso das situações ansiogénicas. As técnicas de relaxação, pretendem que o indivíduo tome consciência das sensações e emoções experimentadas pelo corpo, e posteriormente seja capaz de verbalizar sobre elas (Martins, 2001a). Nas sessões de relaxação a estrutura foi ligeiramente diferente, sendo dado maior ênfase ao retorno à calma, e menor ao desenvolvimento das atividades. Numa parte inicial a criança realizava as atividades que desejava, e em seguida procedia-se à realização da relaxação pelo método de Jacobson. As sessões decorreram às terças-feiras às 11:50 horas.

O Grupo 6 é constituído por sete jovens entre os 10 e os 14 anos de idade, e corresponde ao grupo das perturbações gerais do comportamento. A intervenção realizou-se às quartas-feiras às 11:30 horas. Este é um grupo do “agir”, e para tal a sua ação é muito motora e pouco racional, ou seja, apresentam grandes falhas ao nível da capacidade de mentalização, expressando-se por atos de impulsividade, e também por dificuldades relacionais. Neste grupo trabalhou-se a coesão e partilha grupal, procurando-se conduzir a sessão, para o prazer na relação com o outro e a procura da interação social. Da mesma forma apresentam muitas vezes sentimentos de auto-depreciação e auto-desvalorização, camuflados sob a forma de autoritarismo, onipotência e arrogância (Vidigal, 2005). Para tal, a elevação do autoconceito foi outro dos objetivos desenvolvidos no grupo. O desenvolvimento de projetos (culinária, desporto, música, etc.) foi a estratégia adotada com este grupo, procurando-se através do envolvimento e do prazer, trabalhar as relações com o outro e consigo mesmo, a expressão das emoções/intenções por via verbal, e a previsão, planeamento e organização das ações.

O Grupo 7 é composto por quatro crianças entre os 7 e os 8 anos. É um grupo com diagnósticos de PHDA, Perturbação da Linguagem, e Perturbação da Ansiedade-Separação. Neste grupo realizou-se a organização tipo de sessão, mas numa fase inicial o retorno à calma era recusado. Foi um grupo onde numa primeira fase, as ações eram livres e espontâneas, mas num segundo momento desenvolveu-se uma sessão mais semiestruturada e conduzida para trabalho das questões instrumentais, relacionadas com a impulsividade, mentalização e autocontrolo. Desenvolveram sobretudo jogos de regras em grupo, apresentando-se como um grupo internamente coeso. A intervenção decorreu às quintas-feiras às 10 horas.

O Grupo 8 é constituído por três crianças entre os 7 e os 9 anos de idade. É um grupo com diagnósticos e comportamentos díspares, com presença de Perturbação da Ansiedade-Separação, conduta de Oposição e Perturbação do Comportamento SOE. Inicialmente foi complicado cumprirem os rituais de sessão, nomeadamente o diálogo e o retorno à calma, mas com o decorrer da sessão foi algo que foi sendo alcançado. Não há coesão grupal, mas ações em pares ou individuais, observando-se extremos de atitudes impulsivas e atitudes pacificadoras. Tiveram sessão às quintas-feiras às 11 horas.

O grupo 9 é constituído por três crianças entre os 9 e os 10 anos de idade. As sessões decorreram às quintas-feiras às 11.50horas. Apresentou-se como um grupo com diagnósticos de PHDA e Perturbações do Humor, sendo na generalidade um grupo fortemente marcado por atitudes de oposição e ambivalência emocional. Na generalidade este grupo apresentou-se pouco assíduo, o que prejudicou a intervenção. São crianças que ocasionalmente têm dificuldades em cumprir os rituais de sessão, e é um grupo pouco coeso. Prevaleceram como atividades, os jogos de construção. Existiu muita individualidade nas ações e dificuldades na expressão das emoções, prevalecendo a via do agir, resultando em situações frequentes de conflito físico e verbal.

3. A Relação com outros Profissionais e Valências na Instituição e Comunidade

A psicomotricidade desenvolve-se no seio de uma equipa multidisciplinar, e para tal é necessário um contato constante, e não pontual, entre a equipa, e em específico, entre os profissionais que contactam diretamente com cada criança. Como nos refere João dos Santos (s.d., cit. in Branco, 2010) o trabalho na área da psicomotricidade exige relação humana e empática entre o técnico e o indivíduo, e trabalho de equipa, com especialistas de várias ciências médicas e sociais.

Assim, para um adequado funcionamento da equipa e em prol do bem superior da criança e da família, são realizadas reuniões semanais às quartas-feiras, entre todos os elementos da equipa. Nessas reuniões são apresentados casos, e define-se linhas de intervenção em conjunto. Devido ao significativo número de técnicos na clínica, por cada reunião está definido qual dos técnicos irá expor um caso, e discutem-se questões relacionadas com o mesmo. Em 8 de Fevereiro de 2012, teve lugar a apresentação do caso por parte da psicomotricidade, e apresentei nesse sentido, um caso em seguimento por nós, expondo a recolha de dados amnésicos, com organização da história clínica, o processo e resultados da avaliação, o projeto pedagógico-terapêutico proposto, e os resultados da intervenção.

Contudo, na primeira quarta-feira de cada mês, está definida uma reunião conjunta entre todas as equipas do departamento de pedopsiquiatria do HDE, a realizar-se no próprio HDE. Essas reuniões têm um sentido mais direcionado para a formação, muitas vezes ilustrada com casos particulares de cada clínica. Tiveram lugar formações à volta da temática de “Bullying e Saúde Mental”, “Emoções, Empatia e Autismo”, “Narrativas de uma adolescente na clínica da Juventude”, “O papel das comorbilidades – o ovo ou a galinha” e o “Tratamento compulsivo/involuntário”. Apenas enumerei as formações nas quais estive presente.

No espaço da clínica da Encarnação ocorreu uma formação sobre “Reanimação clínica”, procedendo-se ao executar do logaritmo de reanimação do bebé, criança, adolescente e adulto, nos respetivos bonecos de reanimação.

Na Clínica tem também lugar mensalmente uma reunião comunitária, onde estão presentes um número específico de técnicos e parceiros da comunidade. Estas reuniões têm o intuito de discutir e esclarecer dúvidas acerca do acompanhamento da criança na comunidade, assim como da intervenção levada a cabo na clínica.

No decorrer das intervenções em psicomotricidade, estabelece-se pontualmente e de acordo com a necessidade dos parceiros, contato com as escolas ou responde-se a contatos desta. Esta atitude permite manter um diálogo coerente, responder às evoluções ou retrocessos da criança, conhecer o funcionamento da criança em cada contexto, e em conjunto definir estratégias uniformes de diálogo e interação.

Em conclusão, reforça-se a importância do trabalho em equipa, e apoio-me na indicação de João dos Santos (1983, cit. in Branco, 2010), o qual refere que é necessário que a observação periódica, o diagnóstico clínico e a intervenção, sejam realizadas em equipa, pois, caso contrário a reeducação das problemáticas e a sua integração no quotidiano, não abrangerá todos os pontos necessários, e acabará por falhar.

4. Calendarização

Tabela 1. Cronograma do estágio do RACP, em Reabilitação Psicomotora

	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Contato com a clínica/conhecimento dos casos	■								
Período de observação e estabelecimento de relação terapêutica	■	■							
Avaliação inicial dos casos			■						
Intervenção	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reavaliação e Conclusões								■	■
Reuniões de apoio ao estágio		■	■	■	■	■	■		
Elaboração do relatório	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Tabela 2. Horário semanal do estágio

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira
9h			Reunião de	
9:30h-10h		Individual	Equipa/	
10h-10:50h	Grupo 1	Grupo 3	Departamento	Grupo 7
11h-11:50h	Grupo 2	Grupo 4		Grupo 8
11:50h-12.30h		Grupo 5	Grupo 6	Grupo 9
....14h	Registo processos	Registo processos	Registo processos	Registo processos
17.30h-20h	Reunião do núcleo de estágio em saúde mental			

5. Processo de Intervenção

Neste ponto será apresentada a forma de avaliação das crianças em intervenção, com referência e justificação dos instrumentos e metodologias utilizadas. Numa fase seguinte, é apresentado um estudo de caso individual e de um grupo, representativo de todo processo, com a respetiva intervenção e resultados. E de uma forma mais genérica, são apresentados os resultados da intervenção com os restantes grupo.

5.1. Avaliação

O termo avaliação pode ser definido como um processo que consiste em reunir informações, com o objetivo de despistar, verificar e especificar, comportamentos e competências do indivíduo, de modo a facilitar a tomada de decisões acerca do mesmo (Salvia & Ysseldyke, 1991). Para Fonseca (2008) a avaliação psicomotora envolve um processo de recolha de dados, utilizada para esclarecer e identificar a existência de

dificuldades motoras e cognitivas, com frequentes repercussões no desempenho académico, na personalidade, e no relacionamento interpessoal.

Avaliar é importante em todos os momentos da intervenção, pois permite verificar o ponto atual onde se encontra a criança. Ao entrar para a psicomotricidade, as crianças inicialmente, não são avaliadas por instrumentos formais. São avaliadas de uma forma informal, realizando-se a observação psicomotora, e auxiliando-se ocasionalmente uma grelha de registo de comportamentos. Neste ano em concreto, fiz ocasional uso da Grelha de Observação de Comportamentos (GOC). Contudo para uma definição mais clara e objetiva dos objetivos de intervenção, foi necessário recorrer a instrumentos padronizados, realizando-se a avaliação formal.

A aplicação de alguns dos instrumentos exige uma interação específica, e não em contexto natural com a criança, podendo interferir com o seu real desempenho. Outros dos instrumentos utilizados, remetem-se a ser realizados por pais e professores, e para tal não afetam diretamente a interação com a criança. A aplicação destes instrumentos permitiu a identificação concreta das áreas fortes e fracas do perfil funcional da criança.

No final da intervenção foi importante voltar a aplicar os mesmos instrumentos, de forma a verificar o impacto da intervenção na criança. São chamados instrumentos de referência a critério, uma vez que têm como objetivo avaliar o desenvolvimento de capacidades específicas em termos absolutos, e não comparar as capacidades da criança, com outras, da mesma idade cronológica (Rodrigues, Santos, & Mira, 2004). Durante a intervenção, a avaliação informal foi uma ferramenta sempre presente, e neste caso foi sistematizada sobre a forma de relatórios de sessão, focando-se os comportamentos, fatores psicomotores, e aspetos emocionais e relacionais da criança.

5.2. Modelos e Instrumentos

Utilizaram-se como instrumentos de avaliação formais a *Behavioral Assessment System for Children* (BASC), o *Draw a Person* (DAP), e a Bateria Psicomotora (BPM). Com um cariz informal utilizou-se a GOC, e procedeu-se também há realização de relatórios de sessão, e de entrevistas semiestruturadas, para recolha e esclarecimento de dados anamnésicos.

5.2.1. Observação Informal

A observação é um método de recolha de dados destinados a representar a realidade com a maior fidelidade possível, fornecendo ao técnico uma imagem objetiva, da sua observação e permite dissemelhar formas habituais e inabituais de ação. Deste modo, a observação é ponto importante da intervenção psicomotora, mas a observação em psicomotricidade afasta-se de todas as observações neurológicas e psicológicas clássicas, uma vez que se centra numa interação e reciprocidade entre o observador e a criança (o observado) (Fonseca, 2007). Assim, pode entender-se que a observação psicomotora procura definir a personalidade psicomotora da criança, relacionando o produto motor observado, com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes (Costa, 2008).

Portanto, a observação psicomotora deve permitir verificar os seguintes aspetos: adaptação da criança às situações; se o nível de execução apresenta dificuldades; se a velocidade de execução altera a adaptação emotiva posta em jogo; se a fadiga altera a execução; o ajustamento às situações propostas (ritmo, memorização, etc.); se a inibição impede o desenrolar da ação; se há alteração profunda da atividade espontânea; hesitação na lateralização; estereotipias e tiques, entre outros. Com base nestes dados é possível traçar um perfil de dificuldades, reorganizar e adaptar a intervenção psicomotora ao indivíduo (Fonseca, 1995).

5.2.2. BASC

A BASC é um instrumento de avaliação do comportamento e auto-percepção, para indivíduos entre os 4 e os 18 anos de idade. É composta por cinco formas diferentes de recolha de informação, as quais podem ser utilizadas individualmente ou combinadas: a escala de autoavaliação, na qual o indivíduo pode descrever as suas emoções e auto-percepções; duas escalas de avaliação, uma para pais e outra para professores, as quais descrevem comportamentos observáveis na criança; um questionário de recolha de informações do desenvolvimento da criança; e uma grelha de registo e classificação direta de comportamentos observados em contexto de sala de aula.

É um instrumento multidimensional, pois avalia vários aspetos do comportamento e da personalidade, expressos por uma dimensão positiva (adaptativa) e outra negativa (clínica). Foi concebida para facilitar a classificação diagnóstica e educacional de uma variedade de perturbações emocionais e do comportamento, e ajudar à elaboração dos respetivos planos terapêuticos. A BASC apresenta fiabilidade mesmo quando as componentes de recolha são utilizadas individualmente, mas utilizados em conjunto as informações recolhidas nos vários contextos, permitem uma compreensão mais completa da criança (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No que diz respeito à consistência interna, estas apresentam consistência entre géneros e faixas etárias, mas também entre as escalas dos pais e professores, e permitem uma comparação ao longo do tempo. Descrevendo as escalas que compõe a BASC, verifica-se o seguinte: a escala de avaliação para professores e pais é composta por três formas, correspondentes a três níveis etários: pré-escolar (4-5), crianças (6-11) e adolescentes (12-18). As escalas apresentam descrição de comportamentos a serem cotados por uma escala de frequência de quatro níveis: 0-Nunca, 1-Ocasionalmente, 2-Frequentemente, e 3-Sempre.

As escalas de pais e professores avaliam os comportamentos clínicos, agregando-os nos seguintes domínios: Problemas Exteriorizados (Agressividade, Hiperatividade, Problemas Comportamento), Problemas Interiorizados (Ansiedade, Depressão e Somatização), Problemas Escolares (Problemas de Atenção e Dificuldades de Aprendizagem), e outros problemas como a Atipicidade e a Tendência para o Isolamento. Os comportamentos adaptativos são expressos pelo domínio das competências adaptativas (Adaptabilidade, Competências Sociais, Liderança e Competências de Estudo). Estas subescalas podem variar consoante a versão e níveis etários. Em todas as versões existe um índice que mede o valor global das escalas clínicas (índice de sintomas comportamentais) (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Em relação à escala de autoavaliação existem ligeiras diferenças nas componentes avaliadas. Existe uma versão para crianças (8-11) e outra para adolescentes (12-18), a primeira é composta por 12 subescalas e a segunda por 14 subescalas, e em substituição do índice de sintomas comportamentais existe, o índice de sintomas emocionais que considera tantas as escalas clínicas como as adaptativas. No global são compostas pelas seguintes escalas: Desajustamento Clínico (Ansiedade, Atipicidade, Locus de controlo, Stresse social e Somatização), Desajustamento Escolar (Atitudes na escola, Atitudes com os professores, Procura de sensações), outros problemas (Depressão, Sentimento de inadequação), e Desajustamento Pessoal (Relações com os pais, Relações interpessoais, Autoestima e Autoconfiança) (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A BASC encontra-se traduzida para português de Portugal, mas não está aferida à população portuguesa.

5.2.3. DAP

O DAP é um instrumento de avaliação quantitativo aplicado ao desenho da figura humana, em indivíduos entre os 5 e os 17 anos de idade. Consiste na execução gráfica de três provas: desenho do homem, desenho da mulher e desenho de si próprio.

O DAP apresenta um sistema de cotação quantitativa, possível de ser utilizado como medida de aferição da inteligência por meio não-verbal. É de fácil utilização e cotação, e pode ser utilizado como parte de um conjunto de instrumentos de avaliação, ou como instrumento de despiste. Devido à componente de avaliação não-verbal não há questões linguísticas, de coordenação motora, habilidade cognitivas que o possam influenciar, permitindo a sua aplicação em qualquer população (Naglieri, 1988). Na observação qualitativa dos desenhos, pode analisar-se o conhecimento que o indivíduo tem de si, a organização do esquema corporal, a diferenciação entre géneros e geracionais, a conotação pessoal que poderá aplicar às representações, etc.

Cada desenho é avaliado segundo quatro categorias: presença do segmento corporal, detalhes do segmento corporal, proporção do segmento corporal e bônus atribuído à representação. No global são avaliados catorze segmentos/partes corporais. Existem tabelas de cotação para os desenhos individuais e para os desenhos agrupados, divididas por escalões etários que consideram a idade e meses do indivíduo. A forma de cotação desta prova foi desenvolvida para reduzir as possíveis influências culturais e gráficas, desenvolvendo-se um sistema de cotação que permite ser aplicado na cotação dos três desenhos, nas quatro categorias de classificação e nos catorze critérios a ser pontuados (Naglieri, 1988).

O DAP não se encontra aferido para a população portuguesa.

5.2.4. BPM

A BPM foi desenvolvida por Vítor da Fonseca em 1975, e é um instrumento que procura analisar o perfil psicomotor da criança, observando a organização psiconeurológica, através da expressão motora, e relacionando esse perfil com o potencial dinâmico e de aprendizagem da criança. A BPM consiste numa série de tarefas, distribuídas por sete fatores psicmotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2007).

Cada tarefa é pontuada entre 1 e 4. A pontuação 1 corresponde a uma realização imperfeita, incompleta, inadequada ou ausência de resposta, a 2 corresponde a uma realização fraca com dificuldades de controlo e sinais desviantes, a 3 diz respeito a uma realização completa, adequada e controlada, e a 4 reflete uma realização perfeita, precisa, e com facilidade de controlo de movimento. A BPM não procura medir o produto motor, mas sim a qualidade dos processos mentais, que estão na origem da sua integração, programação, elaboração e regulação (Fonseca, 2007).

É um instrumento que não se encontra validado.

5.2.5. GOC

A GOC é uma grelha de observação, desenvolvida pelos estagiários do núcleo de estágio de psicomotricidade em saúde mental, no âmbito dos estágios em Reabilitação Psicomotora da FMH, sob orientação do Professor Doutor Rui Martins. Está ainda em período de experimentação, sofrendo alterações de ano para ano. Este instrumento destina-se ao registo de comportamentos do indivíduo, ao longo da intervenção.

Pretende uma abordagem qualitativa, ao considerar critérios de presença, ausência e frequência de comportamentos. Contudo, apresenta instruções específicas de preenchimento dos itens (Anexo B). Procura registar objetivamente comportamentos observados em determinado momento; uniformizar os comportamentos alvo a ter em atenção, inter-observadores; e uma comparação a critério da evolução comportamental.

Esta grelha é constituída por cinco domínios: Aspeto Somático, Apresentação, Comportamento e Desempenho na realização das tarefas, Relação, e Aspetos Psicomotores. Os domínios integram vários subdomínios, que podem englobar categorias, por sua vez, compostas por itens

Ao nível da perspetiva metodológica, a grelha permite a sua aplicação nos vários momentos da intervenção. Por se considerar um instrumento a critério, o observador deve manter-se, especialmente quando o objetivo é aferir a evolução comportamental do indivíduo. Não está limitada à faixa etária ou condição biopsicossocial do indivíduo.

5.2.6. A Entrevista

A entrevista pode ser entendida como um instrumento de obtenção de informação, a qual é frequentemente utilizado em contexto clínico, e um instrumento de base em avaliação (Leal, 1999). Importa compreender que a entrevista apresenta aspetos diferenciais, caso seja realizada com o adulto/família, comparativamente com a criança. Existem várias modalidades de entrevista, mas no contexto da intervenção em questão, realizou-se a entrevista de acolhimento e de estudo de caso.

A entrevista de acolhimento, é utilizada para recolher as razões do pedido de ajuda, as queixas, preocupações atuais, expectativas, e perceções sobre as mesmas. A entrevista de história de caso, utiliza-se para recolha da anamnese, e para a melhor compreensão do pedido inicial (Leal, 1999).

De entre as várias modalidades de entrevista é importante diferenciar alguns tipos de entrevista. Pode estar-se perante uma entrevista estruturada, semiestruturada ou não estruturada. A entrevista estruturada tem questões específicas, com uma ordem e regras bem definidas, são mais fidedignas que as não-estruturadas, mas podem negligenciar idiosincrasias que contribuem para a riqueza da personalidade, e afetar a interação (rapport) entre os intervenientes (Craig, 2005). A entrevista semiestruturada tem maior flexibilidade, e é guiada por linhas orientadoras, não tendo questões fixas. São favoráveis à captação de mais informação, pois as questões a colocar dependem do julgamento do entrevistador. Por último, as não-estruturadas são propícias ao explorar de condições que vão surgindo durante a entrevista. Neste contexto de estágio o tipo de entrevista aplicada baseou-se mais no tipo semiestruturado, com algumas linhas orientadoras, mas não totalmente fixas. As entrevistas foram realizadas aos pais, sem a presença da criança.

5.3. Metodologia de Avaliação

A BASC foi entregue aos pais, e por intermédio destes, aos professores/educadores da criança. No caso do grupo de perturbações do comportamento realizou-se também o questionário de autoavaliação. Com este instrumento, pretendeu-se recolher informações acerca das perturbações emocionais e do comportamento, em ambos os contextos de vida da criança. Contudo não foi possível recolher todos os instrumentos distribuídos, e em função disto, há crianças sem a avaliação inicial ou final completa, e outras sem qualquer meio formal de avaliação. Esta foi uma das limitações da aplicação deste instrumento, pois devido à mediação de terceiros, a efetivação da avaliação por vezes fica comprometida.

O DAP foi aplicado às crianças em contexto de sessão, mas com maior frequência no gabinete. Com este instrumento, pretendeu-se recolher informações acerca do nível de integração da imagem e esquema do corpo, através do desenho da figura humana. Forneceu informações acerca da consciência corporal, capacidade de representação e identidade, sendo aspetos importantes para as aprendizagens escolares e interação com o envolvimento. Contudo este instrumento não foi aplicado às crianças dos grupos 3 e 4 (maioritariamente crianças da UPI), por várias razões: dificuldade de permanência na tarefa, dificuldades na compreensão e em seguir instruções; ausência de integração da

capacidade gráfica e de representação; e por questões exteriores à criança, como a dificuldade em arranjar momentos temporais para atender e avaliar cada uma das crianças. Contudo ao longo da intervenção foi-se recolhendo informações acerca da integração da consciência corporal por expressões espontâneas no quadro, onde desenharam “bonecos” e “meninos”. À exceção destas crianças, houve quatro outras crianças dos grupos que não foram avaliadas devido à inconsistência na assiduidade.

A BPM foi aplicada a uma das crianças, neste caso ao D, que foi seguido em acompanhamento individual. Este instrumento permitiu recolher informações mais precisas acerca do desenvolvimento psicomotor, fornecendo indicações acerca da sua organização práxica e neurológica.

A GOC foi utilizada numa fase inicial e final da intervenção, e a par dos relatórios e registos de sessão, permitiu o registo de comportamentos psicomotores e relacionais observados, ajudando a verificar a sustentabilidade da linha de intervenção.

No que diz respeito à entrevista, esta foi realizada aos pais de algumas das crianças em intervenção, para recolher mais dados sobre as mesmas. A entrevista realizada baseou-se na construção de um conjunto de questões para recolha de dados anamnésicos. Apresentou um perfil de questões semiestruturadas, e foi aplicada em contexto de gabinete sem a presença da criança.

6. Estudo de um Caso

Como modelo exemplificativo de todo o processo que envolveu a intervenção em psicomotricidade, apresenta-se o seguimento de um caso. Esta criança esteve em acompanhamento individual, pois apresentava discrepância relacional e psicológica em relação ao grupo no qual seria integrada, ostentando uma elevada inibição comportamental, que condicionava de forma negativa a relação com o outro. A criança presente, neste estudo de caso, será denominada de D.

O D iniciou a intervenção em 8 de Novembro de 2011, com acompanhamento semanal às terças-feiras às 9.30h, e apresentou-se assíduo. Realizou-se cerca de 20 sessões com esta criança.

As informações que em seguida se apresentam foram recolhidas durante a entrevista que realizei com a mãe, consulta do processo e avaliações realizadas.

6.1. Anamnese

O D, género masculino, nasceu a 15 de Janeiro de 2006, tendo atualmente 6 anos de idade. Iniciou o acompanhamento na Clínica da Encarnação em Maio de 2011, com 5 anos de idade. O seguimento pela Psicomotricidade iniciou-se em fim de Outubro de 2011. Apresentou como motivo do encaminhamento atraso no desenvolvimento, na psicomotricidade e na linguagem, tendo sido delineado pelo médico pedopsiquiatra responsável, um diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento e Perturbação da fala. Definiu-se como plano terapêutico a intervenção em psicomotricidade, seguimento em pedopsiquiatria, e terapia medicamentosa por Rubifen. As dificuldades nas aquisições foram detetadas pela mãe por volta dos 2 anos e meio-3 anos de idade.

Ao nível da história clínica, o D apresenta uma otite serosa crónica com 0% de audição no ouvido direita, tendo sido já submetido a uma intervenção cirúrgica em função desse problema, e deverá realizar outra. É acompanhado, igualmente, em consultas de desenvolvimento no Hospital S. Maria, e em função das mesmas, realizou despiste genético para X-frágil, com resultado negativo, assim como vários exames e ressonâncias magnéticas. Não está definida a etiologia para o atraso de desenvolvimento. Por avaliação de terapia da fala (Novembro 2010) apontou-se como

possíveis causas do atraso da linguagem, as dificuldades auditivas e alterações na motricidade orofacial (língua, mandíbula, lábios e bochechas).

Em relação à história pessoal e familiar, o D vive atualmente com os dois irmãos (12 e 10 anos), a mãe, avós maternos e a bisavó materna, na casa dos avós maternos. Os pais do D separaram-se em Novembro de 2010, tendo sido uma separação conflituosa e violenta, presenciada pelo D e irmãos. O pai do D trabalha no estrangeiro, é saudável, e é caracterizado como pouco afetuoso e rígido. O D mantém contato presencial e telefónico ocasional com o pai, não tendo uma relação efetiva com este. A mãe do D tem um horário de trabalho das 16h-1h, trabalhando fins-de-semana e feriados inclusive, e para tal, tem pouco tempo efetivo para a dinâmica familiar. Apresentou alguns episódios depressivos por cansaço, e refere-se como saudável. O irmão mais velho apresentou também uma aquisição tardia da fala, mas atualmente não manifesta problemas. No historial médico-psiquiátrico da família alargada, são referidos episódios depressivos da avó materna, e doenças cancerígenas e cardíacas na família materna e paterna.

Em relação às relações familiares: os avós são um grande apoio ocupando-se do D e irmãos a maior parte do tempo; A mãe demonstra preocupação com as dificuldades do D acompanhando-o em todas as consultas e exames; Tem contato com os tios paternos e tem com estes uma boa relação; E com os irmãos há momentos de “amor-ódio” e estes compreendem as dificuldades do D, demonstrando cuidados.

O D nasceu às 38 semanas de gestação por cesariana com epidural. Apresentou um peso à nascença de 4050g, APGAR 9/10, perímetro cefálico de 37,5cm e 51cm de comprimento. Ficou internado 4/5 dias para observação, em neonatologia, por ter nascido a “gemer” (mãe não sabe especificar esta situação). A mãe tinha 27 anos à altura do parto, e deu entrada no hospital às 37 semanas de gestação por arritmias, ficando internada até ao parto, devido a análises que apontavam para problemas no fígado materno. Apresentou um aborto espontâneo anterior ao nascimento do D, com 13 semanas de gestação. Foi uma gravidez planeada, com acompanhamento médico, e a mãe refere que o período de gestão foi pautado por grande stresse, devido a questões laborais.

Na história de desenvolvimento, verificou-se um atraso no desenvolvimento psicomotor, ficando de pé sozinho aos 2 anos e começou a andar aos 2 anos e meio. Ao nível da linguagem proferiu as primeiras palavras após os 2 anos, e até cerca de um ano e meio atrás (2010), ostentava linguagem expressiva incompreensível. O controlo dos esfíncteres diurno e noturno ocorreu por volta dos 2 anos e meio. Em relação à alimentação é referida sem problemas, e não teve período de amamentação de peito por não produção de leite materno. No desenvolvimento do sono não são referidos problemas. Dormiu sozinho e em quarto próprio desde cedo, mas atualmente partilha quarto e cama com o irmão, devido à restrição de condições da nova residência. Continua a realizar sucção do polegar a dormir. Ao nível do desenvolvimento social não apresenta dificuldades de separação em locais de rotina, mas tem dificuldades em fazer amigos afastando-se dos pares; revela receio/medo de pessoas que já conhece; com os adultos pode ficar retraído e não falar; e revela muita timidez e não estabelece interação espontânea. Contudo este comportamento receoso é relativamente recente (2011) apresentando-se anteriormente como uma criança sem noção de perigo e irrequieta. Tem muitos medos (animais, escuro, barulhos, etc.). Não se sabe o fator desencadeador. É uma criança autónoma no vestir, calçar, tomar banho, e na realização de pedidos.

Atualmente frequenta o pré-escolar no instituto Jacob Rodrigues Pereira, integrando esta escola após mudança de residência. Frequenta turma regular, mas tem apoio de educação especial (terapia artística, da fala e ocupacional, etc.). Os apoios são sobretudo individuais. A escola refere que ficará retido este ano, devido ao atraso nas aquisições elementares, não estando capaz de frequentar adequadamente o primeiro ciclo. Iniciou o percurso educativo com 9 meses de idade, com a entrada para a creche.

6.2. Instrumentos e Condições de Avaliação

Realizou-se com o D momentos de avaliação informal e formal. Nas duas primeiras sessões, 19 e 25 de Outubro 2011, procedeu-se à observação psicomotora no ginásio. Após essa observação, definiu-se um acompanhamento inicial individual para o D, e mais tarde aliaria este acompanhamento a sessões de grupo. Contudo a intervenção em grupo não se realizou.

Em 8 de Novembro procedeu-se à avaliação inicial pelo DAP e BASC, e iniciou-se a intervenção semanal. O DAP foi aplicado no ginásio, no final da sessão, e o D mostrou-se colaborante com a realização do mesmo. A BASC foi entregue à mãe, e por intermédio desta à professora, tendo sido recolhido o questionário da mãe na sessão subsequente, mas o da professora apenas foi recebido em Janeiro 2012.

Em 16 Março de 2012 procedeu-se à aplicação da BPM, de forma a confirmar e discriminar as dificuldades detetadas durante os momentos de observação informal (GOC). Devido à inibição do D, e por questões temporais, só foi possível ministrar a BPM nesta altura. A BPM não foi aplicada na íntegra, recaindo a avaliação sobre os fatores que considere mais relevantes para o ponto atual de intervenção. Assim, avaliou-se a lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina.

Em Maio procedeu-se à realização da avaliação final por intermédio da BASC e DAP. A BPM não foi aplicada, pelo facto de ter sido aplicada ainda muito recentemente, e o período de intervenção não justificar a reaplicação da mesma.

No geral o D esteve em intervenção durante sete meses (Novembro-Junho).

6.3. Resultados da Avaliação Inicial

Tabela 3. Resultados do DAP inicial

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Classificação	Equivalente etário
Homem	11	73	Bordeline	<5 anos e 0 meses
Mulher	7	66	Deficitário	<5 anos e 0 meses
O Próprio	8	68	Deficitário	<5 anos e 0 meses
Totais (H+M+P)	26	63	Deficitário	<5 anos e 0 meses
Total da classificação do teste: <u>Deficitário</u>				



Figura 2. Desenho do homem no DAP inicial



Figura 3. Desenho do próprio no DAP inicial



Figura 4. Desenho da mulher no DAP inicial

Na avaliação inicial, pelos dados recolhidos pelo DAP, presentes na tabela 3 e ilustração 2, 3 e 4, observou-se que a criança apresenta um perfil quantitativo deficitário, situando-se num equivalente etário inferior à sua idade real, da representação esperada para a sua idade. Numa análise qualitativa dos desenhos, observa-se a não distinção entre géneros e geracionais. As faces apresentam uma expressão quase ausente. Na representação do seu corpo há falhas na presença de segmentos, com ausência das extremidades e tronco, remetendo para problemas ao nível da consciência e do esquema corporal.

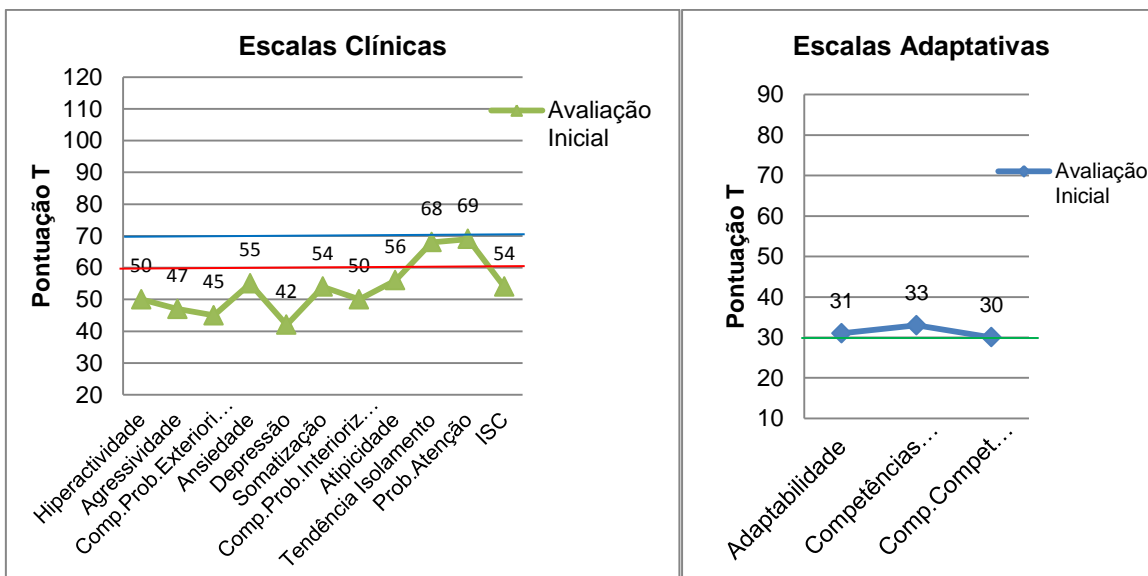


Gráfico 1. Resultados da avaliação inicial da BASC-pais

— Em Risco — Clinicamente Significativo — Em Risco

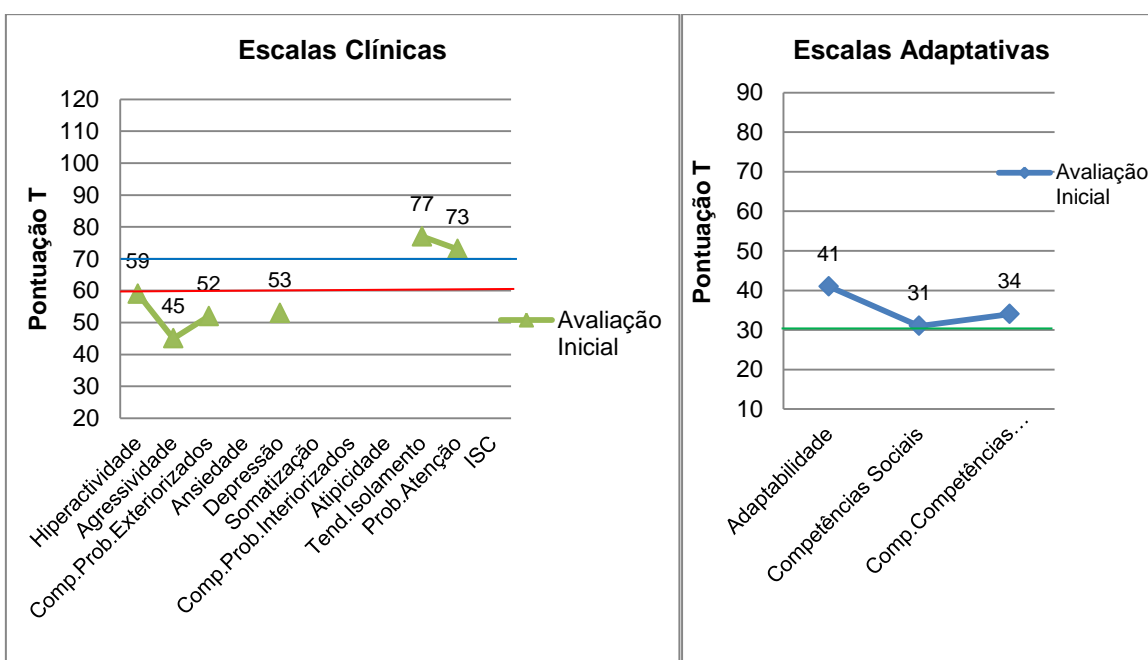


Gráfico 2. Resultados da avaliação inicial da BASC-escola

— Em Risco — Clinicamente Significativo — Em Risco

De acordo com os dados da BASC dos pais (gráfico 1) observam-se duas escalas com valores na zona do risco ($T > 60$), ou seja, a Tendência para o Isolamento ($T = 68$) e os Problemas de Atenção ($T = 69$). Da mesma forma, as escalas adaptativas apresentam-se próximas dos valores de risco ($T < 30$). Na BASC da escola (gráfico 2) observa-se no perfil clínico, duas escalas com valores clinicamente significativos ($T > 70$), a escala da Tendência para o Isolamento ($T = 77$) e a escala dos Problemas de Atenção ($T = 73$), e no perfil adaptativo a escala das Competências Adaptativas ($T = 31$) está próxima dos valores de risco.

Observa-se concordância entre as escalas clínicas da Tendência para o Isolamento e Problemas de Atenção, nos pais e na escola. Estas escalas, refletem comportamentos como: “evita competir com outras crianças”, “brinca sozinho”, “é tímido com o outro”, “recusa atividades de grupo”, “tem dificuldades em fazer amigos”, “recusa-se a falar”, no caso do isolamento social, e por “tem dificuldades de concentração”, “desiste facilmente quando aprende algo novo”, “não ouve atentamente”, esquece-se das coisas” e “distrai-se facilmente” nos problemas de atenção. Ambas as escalas apresentam um índice F aceitável ($F < 2$), e apesar da omissão de respostas a itens na BASC da escola, os dados recolhidos parecem ter validade.

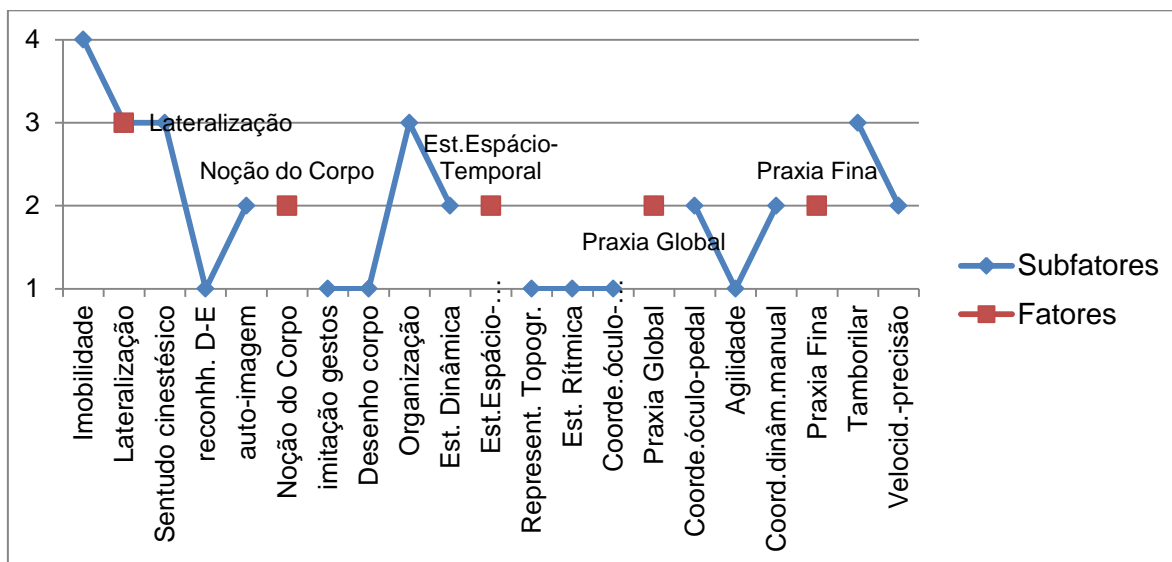


Gráfico 3. Avaliação inicial da BPM

Pelos resultados das provas da BPM (gráfico 3) confirmou-se que o D tem dificuldades efetivas ao nível da Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal e Praxia Global e Fina. Em específico, observam-se grandes imaturidades ao nível do conhecimento e integração espacial do corpo; não apresenta definição da linha média, e para tal, a organização no espaço em reconhecimento direita-esquerda não está adequada, nem no espaço tridimensional em relação ao outro. Ostenta dificuldades nas coordenações visuo-motoras, por défices no planeamento e intensidade, resultado da falta de maturação da vivência do corpo.

Aliada às indicações recolhidas pelos instrumentos de avaliação, durante a observação psicomotora informal, e pelo registo na GOC (anexo D), verificaram-se dificuldades por parte do D em: seguir conceitos espaciais de localização e distância, apresentou imaturidade no apoio e salto unipedal, descoordenação motora global com gestos pouco harmónicos, não realiza o planeamento nem antecipação da ação, dificuldades nas coordenações visuo-motoras, e tem dificuldades na coordenação dinâmica manual. Ao nível cognitivo, observou-se dificuldades na compreensão verbal de indicações, dificuldades na atenção focalizada e sustentada, muitas dificuldades na expressão verbal (ex. não constrói frases, verbalização quase incompreensível), dificuldades de mentalização, a capacidade de representação gráfica está deficitária, e o jogo simbólico é muito pobre. Na vertente sócio-emocional, apresentou um comportamento fortemente inibido, timidez e dificuldades de iniciativa.

6.4. Projeto Pedagógico-Terapêutico

Com base nas informações recolhidas na anamnese e com os dados das avaliações, traçou-se o perfil intra-individual do D, salientando-se as suas áreas fortes e fracas. Com base nesse perfil definiu-se os objetivos da intervenção, como seguidamente se apresentam.

6.4.1. Perfil Intra-Individual

Tabela 4. Perfil intra-individual do D

		Áreas Fortes	Áreas Fracas
Domínios	Sócio-Emocional	Aceita sugestões e colabora nas tarefas; Disponibilidade relacional; Tolerância à frustração; Competências sociais.	Participação espontânea e tomada de iniciativa; Competências relacionais; Inibição/timidez; Tendência para o isolamento.
	Cognitivo	Persistência nas tarefas.	Expressão e compreensão verbal; Atenção; Planeamento e organização (mentalização); Pensamento simbólico.
	Psicomotor	Lateralidade; Imobilidade.	Noção do Corpo; Estruturação Espaço-Temporal; Praxia Global; Praxia Fina.

6.4.2. Objetivos de Intervenção

Tabela 5. Objetivos de intervenção para o D

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Desenvolver a Noção do Corpo	Melhorar a consciência dos limites e dos segmentos corporais; Melhorar a consciência da localização topográfica dos segmentos; Trabalhar e estabelecer o reconhecimento bilateral direita-esquerda; Melhorar a representação gráfica de si.
	Trabalhar a Estruturação Espacial e Temporal	Melhorar o reconhecimento de conceitos espaciais de posição e distância; Trabalhar a capacidade de representação espacial semiótica; Melhorar a capacidade de sequencialização e ordem.
	Melhorar a Praxia Global	Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal, promovendo a planificação e análise do movimento.
	Trabalhar a Praxia Fina	Melhorar a coordenação dinâmica manual.

Cognitivo	Aumentar os níveis de Atenção	Melhorar a capacidade e atenção sustentada na informação e na tarefa; Desenvolver a atenção focalizada.
	Aumentar a Capacidade de Mentalização	Melhorar a capacidade de planejamento das tarefas e avaliação dos resultados; Trabalhar o pensamento simbólico e a capacidade de representação.
Sócio-Emocional	Desenvolver as Competências e Relações Interpessoais	Melhorar a capacidade de iniciativa e participação; Aumentar a autoestima e autoconfiança; Reduzir a tendência ao isolamento, fomentando a interação em grupo.

6.4.3. Justificação da Intervenção

Estabeleceu-se para o projeto de intervenção, uma temporalidade de sete meses, com a realização de uma sessão semanal, às terças-feiras, de 30-45 minutos de duração.

Definiu-se uma intervenção inicial individual, e posteriormente integrá-lo numa dinâmica de grupo. O trabalho individual justifica-se quando existe um bloqueio relacional, e observa-se na criança maior necessidade de descoberta de sensações e dela própria (Rodrigues et al., 2001), como acontece no caso do D. Fonseca (2006) refere igualmente, que em crianças inibidas é necessário iniciar o trabalho individualmente, e só em função das manifestações tentar as sessões de grupo.

Como metodologias de trabalho recorrer-se-á a técnicas de relaxação e consciencialização corporal, e técnicas gnoso-práticas. Contudo, a intervenção será mais direcionada para atividades motoras, que envolvam o movimento global do corpo. Porque se justifica esta forma de intervenção? Porque, como nos refere Rodrigues e Lima (2004), um dos fatores que contribui para a diminuição/alteração da consciência corporal é a carência do movimento. Devido ao atraso global no desenvolvimento do D, a exploração motora e a sua motricidade no geral encontra-se reduzida, pouco fluida e eficiente.

Da mesma forma, não se justifica uma intervenção inicial, que utilize o jogo simbólico como mediador da mesma, pois o pensamento simbólico desta criança também se encontra deficitário. Como indica Piaget (cit. in Fonseca, 2005), não é possível conhecer um objeto sem o experienciar/vivenciar. A criança pelo movimento/corpo conhece o mundo, assimila neuronalmente essas perceções, e cria imagens/representações, que lhe permite voltar a agir e adaptar-se ao mundo. A imagem/pensamento emerge da ação, isto é, a criança só pode ter uma imagem/noção de um objeto, se esse objeto passar pela sua experiência/ação. Isto justifica o porquê de o D não ter ainda acesso fluido ao seu pensamento simbólico, pois a experiência motora que lhe serve de base, é ainda pobre em experiências, e não tem ainda imagens/representações completas dessas vivências.

6.4.4. Planeamento e Fases de Intervenção

Tabela 6. Planeamento temporal da intervenção com o D

Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Observação Inicial			Intervenção			Avaliação Final	
Avaliação Inicial							
Observação Informal							
Análise dos Resultados							

Numa primeira fase da intervenção, pretendeu-se trabalhar a consciência corporal e a vivência de experiências psicomotoras generalizadas, e em simultâneo, trabalhar também as questões da focalização da atenção, tomada de iniciativa e participação. Perante a pobreza simbólica da criança, e devido à forte adesão que apresentou a atividades mais sensório-motoras, esta foi a via principal de trabalho.

Utilizou-se também, técnicas de relaxação, de forma a trabalhar a consciência corporal. Contudo, o D apenas aderiu a formas de relaxação por intermédio de jogo simbólico (ex. fazer do corpo uma pista de carros e utilizar um carrinho como mediador).

Numa fase seguinte da intervenção, inseriu-se momentos de jogo simbólico, de forma a trabalhar questões cognitivas, como a capacidade de mentalização e o próprio pensamento simbólico, mas mantiveram-se as atividades de exploração do corpo em ação. Aliado a estes objetivos, procurou-se trabalhar as questões de coordenação visuo-motoras e a representação gráfica das intenções de atividade. Numa terceira fase procurou-se direcionar mais a intervenção, para o trabalhar da estruturação espacial e temporal.

No que diz respeito às estratégias utilizadas, o D necessitou de estratégias específicas durante a intervenção. Numa primeira fase, e perante as dificuldades de compreensão e expressão verbal, a instrução era acompanhada de demonstração. Atualmente a demonstração é menor, e as instruções passaram a ser curtas e com retorno do feedback das mesmas. É uma criança que necessita constantemente de reforço positivo, observando-se expressão de prazer e motivação perante o reforço. O sucesso nas atividades é outra questão importante, assim como o recurso a atividades mais ativas. O recurso ao erro em crianças inibidas pode provocar mecanismos de regressão, como refere Fonseca (2006), por isso esta situação era evitada. Utilizou-se também como estratégias o interesse que demonstrou pelos dinossauros, utilizando-os como mediadores de várias atividades. A repetição no início da sessão de atividades já experimentadas, conhecidas e interiorizadas, foi uma das estratégias utilizadas pelo D para estabelecer a comunicação/interação.

6.5. Análise e Discussão dos Resultados do Processo de Intervenção

6.5.1. A Intervenção

No geral, a orientação pedagógico-terapêutica no âmbito de uma intervenção psicomotora, orienta para: dar iniciativa à criança, deixá-la exprimir espontaneamente o seu desejo, entrar depois no seu jogo, para progressivamente fazê-la evoluir através de contributos sucessivos na dinâmica estabelecida (Aucouturier & Lapierre, 1934). Este foi o princípio utilizando durante o período de intervenção.

Numa fase inicial, a sugestão de atividades partia da terapeuta, e o D aderiu à maior parte das mesmas, demonstrando prazer e curiosidade. No início da intervenção, o D era uma criança que não comunicava corporal ou verbalmente, apresentando uma linguagem expressiva incompreensível e imatura.

Numa fase seguinte, o D reproduzia as atividades “aprendidas”, apresentando-as como se fossem suas. Após se verificar esta interiorização das atividades, sugeriam-se outras ou variações às mesmas.

Numa fase posterior, o D já se movia com segurança no espaço e com os objetos, apresentando espontaneamente as atividades que queria realizar, mas observou-se que mantinha dificuldades em criar atividades novas. Contudo, mostrou-se como fator positivo, utilizar partes de atividades que já lhe eram familiares (capacidade de memorização e rechamada), e introduzirem-se variações.

Durante a intervenção, o D demonstrou interesse por atividades como:

- Jogos com pinos;
- Percurso de obstáculos;
- Luta de bolas;

- Jogos de “toca e foge”;
- Plasticina;
- Lançamentos ao cesto;
- Construção de fortes e castelos,
- Jogos de representação topográfica;
- Contorno do corpo, etc.

O D gostava particularmente de atividades de desafio, onde se pretendia derrubar ou acertar num alvo. Recorreu sempre à terapeuta como parceira de jogo, e dividia as vezes de jogar e o material com ela, numa dinâmica de colaboração e competição. Os pinos foram o objeto mediador e preferencial de quase todas as atividades (ex. derrubar pinos com o corpo, utilizar os pinos como alvo, fazer malabarismos com os pinos, etc.).

Num primeiro momento de intervenção, o D assumiu uma postura passiva, aderindo às atividades sugeridas, mas sem participar na elaboração das mesmas. Com o decorrer das sessões, foi-se observando uma presença mais ativa. Começou por apontar para os objetos que queria utilizar e observava-se uma cópia das atividades já realizadas, mas com o decorrer da intervenção, foi-lhe solicitado que indica-se oralmente o objeto pretendido, e introduziu-se modificações nas atividades. Gradualmente foi conseguindo cumprir estas solicitações, e atualmente indica autonomamente e organiza as atividades que quer realizar. Porém, ainda se encontra dependente de atividades familiares, e já não adere tão facilmente a sugestões, observando-se o surgir de uma personalidade mais segura e vincada.

Constatou-se que mantém uma postura de “fuga”, perante uma nova variação às atividades ou inserção de uma nova, caso não sejam explicadas com recurso à demonstração (dificuldades de compreensão). Em situações/atividades de maior necessidade de atenção ou mentalização, o D evita-as, e tenta dirigir a atenção da terapeuta para outras atividades.

Como se observou, estas dinâmicas e comportamentos ocorreram na intervenção individual. O D não integrou as sessões em grupo, não tendo adquirido autoconfiança suficiente para a interação com os pares.

6.5.2. Resultados da Intervenção

De uma forma global observou-se evoluções ao nível sócio-emocional, cognitivo e psicomotor. Estas conclusões podem ser verificadas no Anexo E.

- Ao nível da noção do corpo: pelos resultados do DAP, o D apresenta atualmente um desenho do corpo mais completo, revelando integração dos limites e de outros segmentos corporais, contudo continua com algumas dificuldades na localização topográfica de alguns segmentos. Observou-se maior investimento ao nível das faces e extremidades, mas o tronco continua inexistente. No reconhecimento bilateral direita-esquerda, já é capaz de indicar em si estes dois conceitos, mas mantém por vezes algumas dificuldades na identificação. Continua a não ser capaz de realizar este reconhecimento extracorporal.
- Na estruturação espacial e temporal: apresenta reconhecimento de conceitos espaciais de posição, distância e velocidades. Mantém dificuldades em fazer a transferência entre dados espaciais representados, para dados espaciais agidos, não tendo integrado ainda a localização do seu corpo em relação ao espaço. Mas apresenta também melhorias neste ponto, sendo capaz de identificar as componentes espaciais representadas, fazendo a transferência entre o real e o simbólico, mas não de forma totalmente autónoma.
- Na praxia global: observou-se uma melhor coordenação motora global, verificando-se ao nível óculo-manual um gesto motor mais harmónico, com planeamento da tarefa e sucesso na concretização. O D apresentou no geral um gesto mais intencional, e capacidade de análise e planeamento motor. Ao nível

pedal, observou-se um melhor controle da ação, devido ao desenvolvimento de uma maior estabilidade gravítica, mas a capacidade de execução ainda não é concluída com sucesso. Atualmente apresenta capacidade de equilíbrio, e realização de movimentos com apoio unipedal.

- Ao nível da praxia fina: não se verificaram alterações na apreensão e controle do material de escrita. Mas a capacidade gráfica está mais perceptível, observou-se uma melhor coordenação entre a análise visual e o ato motor.

- Ao nível da atenção: tem-se observado que o focalizar da atenção depende em parte do nível de motivação. Contudo o D apresentou melhores resultados neste âmbito, verificando-se na BASC dos pais e escola um valor melhor que o inicial, mas ainda se mantém nos valores de risco.

- Na mentalização: observou-se que o D com o decorrer da intervenção foi conseguindo definir e planear as atividades, mas mantém dificuldades na avaliação e verificação da ação. Verificou-se maior uso da linguagem verbal como organizadora da ação, e esta apresenta-se atualmente compreensível em termos expressivos. A capacidade de representação apresenta-se melhor, pois até então devido à pobreza de experiências motoras, o interiorizar das “imagens mentais” estava deficitária. A melhor capacidade de representação pode ser resultado da maior capacidade de exploração e experiências motoras vivenciadas, apoiando-nos nas teorias de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo.

- Nas competências e relações interpessoais: verificou-se o desenvolvimento da capacidade de iniciativa e participação espontânea. Porém na BASC dos pais, mantém os valores da tendência para o isolamento elevados, mas na BASC da escola apresentou evolução positiva.

De uma forma mais específica, e de acordo com os instrumentos aplicados, verificou-se o seguinte (Anexo E):

- DAP: apresentou melhorias significativas na representação de si e da mulher, passando de um perfil Deficitário para Bordeline. Mas no geral mantém um perfil final deficitário. Numa análise mais qualitativa, observou-se um maior investimento ao nível das faces, e o surgimento de mais segmentos, ainda que topograficamente mal localizados.

- BASC-pais: apresentou melhorias na Hiperatividade, Agressividade, Somatização, e nos Problemas de Atenção. Nas Competências Adaptativas, assim como na Tendência para o Isolamento mantém um perfil negativo.

- BASC-escola: observou-se melhorias significativas na Tendência para o Isolamento e Problemas de Atenção, mas mantém valores de risco. A Depressão também apresentou evoluções positivas, a quais podem ter resultado de uma maior autoconfiança por parte do D. Contudo, mantém dificuldades nas competências sociais

- BPM: não foi realizada a avaliação final com este instrumento.

Em conclusão, verificaram-se evoluções positivas nos objetivos propostos, nomeadamente ao nível da consciência corporal, focalização da atenção, capacidade de iniciativa e participação, coordenação global e organização espacial. Estas aquisições, refletiram-se de forma positiva em ambos os contextos. Contudo, a interação em grupo e a inibição relacional com os pares, não foi totalmente ultrapassada. Mas atualmente, o D tem ferramentas suficientes (autoconfiança e habilidades motoras) para ser capaz de estabelecer relações seguras com o envolvimento.

7. Estudo de Caso de um Grupo

Neste ponto será realizada uma apresentação mais detalhada e ilustrativa da intervenção em dinâmica de grupo. Servirá como modelo exemplificativo, da intervenção desenvolvida no âmbito da intervenção psicomotora.

7.1. Grupo 7

7.1.1. Casos Clínicos

O R é do género masculino e tem 9 anos de idade. Tem diagnóstico de Perturbação da Linguagem. Atualmente apresenta boa relação interpessoal, melhor controlo da frustração, mas continua com dificuldades ao nível da linguagem expressiva. Vive com a irmã e pais, e apresenta boa relação na dinâmica familiar. Foi uma gravidez de risco devido a hipertensão materna, e o parto realizou-se por cesariana. Frequenta atualmente o ensino básico e está ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008, tendo um Plano Educativo Individualizado. Iniciou Psicomotricidade no ano 2010/2011, e no início da intervenção apresentava dificuldades em lidar com a frustração, birras e atividades infantis para a idade, mas apresentou evolução positiva nos comportamentos, competências sociais e sintomas depressivos. Reiniciou a intervenção em Outubro de 2011, e apresentou uma presença assídua.

O S tem 8 anos, género masculino, e apresenta diagnóstico de PHDA e Atraso Global do Desenvolvimento. Tem também Síndrome de Williams. Foi encaminhado para o serviço por hetero-agressividade, intolerância à frustração, alterações no comportamento, inquietude, dificuldades nas relações interpessoais, e na motricidade fina. Vive com a mãe, e os pais estão separados desde os 4 meses de idade do S. O desenvolvimento da marcha e linguagem foi normal. Até Março 2011 apresentava episódios de enurese diurnos. Frequenta o Ensino Básico. Iniciou a Psicomotricidade em Outubro de 2011, verificando-se uma presença assídua.

A M tem 8 anos, género feminino, e apresenta Perturbação da Ansiedade-Separação, com episódios de Mutismo Seletivo. Foi encaminhada por dificuldades de aprendizagem, dificuldades nas relações interpessoais (inibição), dificuldades na motricidade fina, e por episódios recorrentes de enurese noturna. A mãe tem uma doença cancerígena grave, o pai tem perturbação bipolar, e o ambiente familiar é pautado por conflitos conjugais. Tem também uma irmã mais velha com historial de episódios depressivos. São as tias da M que a trazem às sessões de Psicomotricidade, devido aos tratamentos da mãe. Iniciou a intervenção em Outubro de 2011, e foi assídua.

O F tem 7 anos de idade, género masculino, e apresenta diagnóstico de PHDA. Ostenta inquietude motora, dificuldades de atenção, impulsividade, presença de birras, hetero-agressividade, oposição e dificuldades de permanência nas tarefas. Vive com a mãe e padrasto, e está sinalizado pela CPCJ, tendo sido retirado provisoriamente (Janeiro 2012) à mãe, por episódio de agressão do padrasto para com o F. Atualmente vive com a mãe e estão a ter apoio de assistência social. A mãe fica muita stressada e esgotada com os problemas de comportamento do F, e está a ter apoio psicológico nesse sentido. Parece uma mãe mais exigente que contentora. O desenvolvimento da linguagem e psicomotor foi normal, mas atualmente ostenta uma grande dificuldade na linguagem expressiva (ex. dificuldades articulatórias, discurso confuso e acelerado, etc.). Tem dificuldades no sono, dormindo poucas horas por noite. Apresenta indiferenciação no estabelecimento das relações, não apresentando receio de estranhos. Frequenta o Ensino Básico, e houve mudança de escola no início deste ano, devido à alteração de residência. Iniciou a Psicomotricidade em Outubro de 2011, mas até Fevereiro de 2012 apresentou uma presença inconstante.

7.1.2. Avaliação Inicial

Tabela 7. Resultados da avaliação inicial do R, S, M e F

	DAP	BASC-pais	BASC-escola
R	Médio-baixo	Atipicidade, Hiperatividade, Agressividade, Depressão, Somatização e Adaptabilidade.	Ansiedade, Problemas Atenção, Dificuldades de Aprendizagem e Atipicidade.
S	Deficitário	Agressividade, Problemas Atenção, Problemas Comportamento, Depressão, Somatização, Atipicidade e Hiperatividade.	Ansiedade.
M	Bordeline	Tendência para o Isolamento, Hiperatividade, Atipicidade, Somatização, Problemas Atenção e Adaptabilidade.	Tendência para o Isolamento, Dificuldades de Aprendizagem, Ansiedade e Adaptabilidade.
F	Não realizou	Problemas Comportamento, Atipicidade, Agressividade, Problemas Atenção, Somatização, Hiperatividade, Ansiedade e Depressão.	Não realizou, por mudança de escola.

Na tabela 7 apresentam-se os resultados da avaliação inicial. O perfil final indicado no DAP, revela que o S e a M apresentam um perfil de dificuldades acentuadas. O S apresentou resultados reveladores de graves dificuldades ao nível da consciência corporal, sendo os corpos representados com falhas nos limites, e com ausência de segmentos, remetendo para dificuldades na organização do esquema corporal. No caso da M, esta apresentou também dificuldades ao nível da consciência corporal, existindo segmentos corporais ainda não integrados, e a distinção entre géneros é muito ténue. O R no DAP desenhou personagens de animação como representativas do género e de si. São também apresentadas na tabela 7, as escalas da BASC indicadas como de risco e clinicamente significativas, e sobre as quais recaiu a intervenção.

Com os dados da avaliação formal e informal, definiram-se os objetivos terapêuticos de cada criança.

7.1.3. Objetivos de Intervenção

Os objetivos terapêuticos definidos para o R foram: melhorar a autoestima; melhorar as competências relacionais e a autonomia em relação ao outro; aumentar a capacidade de seleção e discriminação de estímulos relevantes; desenvolver estratégias de autorregulação; aumentar a tolerância à frustração; e melhorar a coordenação visuo-motora e coordenação motora global.

Para o S definiu-se: aumentar a autoestima e autoconfiança; aumentar a tolerância à frustração e autocontrolo; promover a capacidade de atenção e focalização; melhorar as competências relacionais (empatia, interesse e motivação pelo outro); inibir comportamento desadequados; melhorar a capacidade de organização mental, através do faseamento, definição e verificação; melhorar a consciência tátil dos limites e segmentos corporais; trabalhar a representação gráfica.

No caso da M os objetivos definidos foram: aumentar a autoestima e a autoconfiança; aumentar a capacidade de iniciativa e tomada de decisões; estimular as relações interpessoais (afirmação e cooperação); trabalhar a capacidade de resolução de problemas; melhorar a consciência corporal; e trabalhar a estruturação espaço-temporal.

Por fim, os objetivos terapêuticos do F foram: aumentar a autoestima; aumentar a tolerância à frustração e estratégias de autorregulação; melhorar o autocontrole e diminuir impulsos agressivos; aumentar a capacidade de atenção às tarefas; diminuir a impulsividade motora; trabalhar a capacidade de planeamento e verificação das decisões e tarefas; aumentar a capacidade de espera; e melhorar o equilíbrio estático e dinâmico.

7.1.4. Análise da Intervenção

Este grupo apresentou com o decorrer da intervenção, identificação e coesão grupal, realizando as atividades maioritariamente em grupo, e exigindo a participação de todos os elementos. No global o R participou em 19 sessões, o S em 21 sessões, a M em 21 sessões, e o F em 13 sessões. Considerou-se um grupo assíduo ao longo da intervenção.

As atividades preferencialmente desenvolvidas, consistiram sobretudo em jogos de regras. A regra foi parte integrante de toda a sessão, e partia das próprias crianças a instauração da mesma. Numa fase inicial, perante dificuldades na escolha, a sugestão de atividades partia da terapeuta, mas era deles a decisão final acerca do que pretendiam realizar. Jogos de esconder, fugir, de guerras e lutas, foram as dinâmicas preferenciais. Com o decorrer da intervenção foram inseridas novas ideias de atividades, e iniciou-se também o desenvolver de desportos coletivos (ex. futebol, basquetebol, etc.).

O retorno à calma, foi um momento da organização da sessão, que não foi inserido no início das sessões, permitindo-se numa primeira fase a exploração livre do espaço. Com o decorrer das sessões, procedeu-se ao planeamento prévio das atividades. Cada criança escrevia no quadro o que pretendia realizar, e depois em grupo decidia-se a ordem das atividades, ou quais as que seriam efetivamente realizadas. A terapeuta teve de manter ao longo da sessão, o papel de coordenar estes momentos de decisão. Nesse ponto da intervenção, inseriu-se também uma atividade final nas sessões, que consistiria em “descansar” – retorno à calma. Observou-se uma boa adesão do grupo a este momento da sessão, com exceção do F.

O grupo exigiu a participação da terapeuta nas atividades desenvolvidas, sendo elemento integrante das mesmas. Entre eles, observou-se o estabelecimento de ligações preferenciais, nomeadamente entre o S e o R. No que diz respeito aos conflitos, estes surgiram apenas com a presença mais assídua do F, e resultavam da dificuldade que o S e o F apresentavam no autocontrole, pela tentativa de assumirem a liderança, pelas dificuldades de escuta do S, e pela agitação e impulsividade do F. Os conflitos, foram sempre resolvidos, sendo momentos passageiros, que não interferiam com o desenvolvimento da sessão, nem com a relação entre os elementos.

7.1.5. Resultados da Intervenção

Após este período de intervenção, observaram-se evoluções nas crianças. Os resultados na avaliação final estão presentes no anexo F, G, H e I.

O R apresentou ao longo da sessão uma boa capacidade de liderança, conduzindo as decisões tomadas no grupo. Da mesma forma apresenta uma boa capacidade criativa e de organização das atividades. Apresentou mais autoconfiança e autoestima, e maior expressão das emoções. É uma criança que respeita as regras, e não apresenta agitação motora ou agressividade. Mantém algumas dificuldades nas coordenações visuo-motoras, mas com o decorrer da sessão começou a aderir mais a esse género de atividades, apresentando uma melhor coordenação global. Observou-se contudo, com o decorrer da sessão, presença acentuada de alguma sensibilidade afetiva, amuando quando era contrariado ou chamado à atenção.

Nos instrumentos de avaliação, verificou-se melhorias significativas no DAP, passando de um perfil médio-baixo para médio. Na BASC dos pais apresentou melhorias na Hiperatividade, Problemas de Comportamento e de forma mais significativa na Agressividade. Contudo apresentou agravamento da Atipicidade e Depressão, o que tem vindo a ser concordante com a fragilidade emocional do R. Na BASC da escola apresentou melhorias significativas nos Problemas de Comportamento, Ansiedade, Problemas de Aprendizagem, Tendência para o Isolamento e Adaptabilidade. E observaram-se ligeiras melhorias na Agressividade, Problemas de Atenção, Competências Sociais e Liderança. No geral, neste contexto observou-se uma melhor adaptabilidade e funcionamento por parte do R (Anexo F).

O S apresentou nos instrumentos de avaliação, melhorias significativas no DAP, passando de um perfil Deficitário para Bordeline, e na representação de si próprio para um perfil Médio-Baixo. Assim, observou-se uma melhor integração dos limites e do esquema corporal. Na BASC dos pais ostentou melhorias na Hiperatividade, Problemas de Comportamento e Problemas de Atenção, melhorando de uma forma generalizada nos problemas exteriorizados. As outras escalas apresentaram-se próximas dos valores da avaliação inicial ou com ligeiro aumento. Na BASC da escola apresentou melhorias ao nível das Competências Sociais, de Liderança e Adaptativas, mas também na Ansiedade. As restantes escalas apresentaram evolução negativa, sobretudo nos Problemas Exteriorizados. Apresenta disparidade no comportamento entre estes dois contextos (Anexo G).

No geral, observou-se ao longo da intervenção, ao nível relacional, maior tolerância à frustração e autocontrolo dos impulsos agressivos. Foi capaz de inibir a agitação motora e focar a atenção nos vários momentos de sessão. Contudo, é uma criança que procura sempre vencer, e por isso muitas vezes tem dificuldades em cumprir inteiramente a regra. Observou-se por parte do S capacidade de reflexão e perceção das suas dificuldades comportamentais. Ao nível psicomotor apresentou boa coordenação visuo-motora e agilidade. Cognitivamente apresentou, melhor capacidade representativa, com presença de representações gráficas mais organizadas e explicativas da sua intenção.

A M apresentou-se mais segura e interativa ao longo das sessões, eliminando a inibição verbal e comportamental. Interações em grupo e explora também individualmente o espaço. Observa-se que a principal dificuldade da M é a tomada de iniciativa e de escolha, mas com o decorrer da sessão houve momentos em que superou estas dificuldades. Ao nível psicomotor, observa-se menos rigidez corporal e um gesto motor mais fluido, melhor organização no espaço, mas mantém dificuldades nas coordenações visuo-motoras e na praxia fina. No global, a M apresentou-se mais autoconfiante, interativa e relacional. Com esta criança foi necessária ceder-lhe muita atenção inicial e conduzi-la na exploração do espaço. Numa fase seguinte, a terapeuta teve de levá-la a experimentar atividades, mesmo que inicialmente não quisesse, podendo perceber os efeitos das ações. Verificou-se que com isto, a M apresentou-se mais segura e passou a explorar o espaço autonomamente, e sem necessidade de se manter próxima da terapeuta.

Ao nível dos instrumentos, no DAP apresentou melhorias na representação do homem, mas manteve um perfil Bordeline. Associou os desenhos do homem e mulher ao pai e mãe. Na BASC dos pais apresentou melhorias significativas na Hiperatividade, na Tendência para o Isolamento, e nos Problemas de Atenção, observando-se no geral, melhorias nos comportamentos exteriorizados e interiorizados. Na BASC da escola observaram-se melhorias na Ansiedade, Problemas de Aprendizagem, Atipicidade, Adaptabilidade, Competências Sociais e Liderança, e melhorias mais significativas ao nível da Tendência para o Isolamento. Contudo os comportamentos exteriorizados

aumentaram negativamente, e esta situação poderá ser resultado de uma maior atividade motora por parte da M (Anexo H).

O F apresentou uma presença inicial inconstante, e só numa fase já avançada da intervenção, é que começou a ser assíduo. Para tal, inicialmente observava-se grande discrepância entre este e os pares, ostentando muitas dificuldades em inibir a agitação motora, presença de hetero-agressividade, dificuldades de atenção e dificuldades em cumprir as regras. Atualmente observa-se uma boa evolução no F, verificando-se sobretudo a interiorização e importância que confere à regra. É capaz de inibir a ação motora, e permanecer mais tempo nos momentos de diálogo do grupo. Permanece de forma geral mais tempo nas tarefas, sendo capaz de as completar até ao fim. Dá a sua opinião de forma organizada, e já é capaz de verbalmente organizar as atividades, observando-se um discurso mais compreensível e organizado. É capaz de focar a atenção momentaneamente, fazendo esforço nesse sentido. A intolerância à frustração é uma das dificuldades que reside, mas atualmente é capaz de inibir os impulsos agressivos e organiza-se rapidamente para voltar à ação.

Em relação aos instrumentos de avaliação, não teve avaliação inicial pelo DAP, mas na avaliação final observou-se dificuldades ao nível da consciência corporal com falhas na integração de segmentos corporais, com presença de um perfil global Bordeline, e Deficitário na representação de si próprio. As BASC dos pais e escola apresentaram um índice F superior a 2, remetendo para uma negatividade acerca dos comportamentos da criança. Assim, a BASC dos pais apontou para valores mais negativos na maioria das escalas, e sobretudo para a diminuição das competências adaptativas. Mas mesmo assim, foram assinaladas melhorias na Hiperatividade, Ansiedade e Somatização. Na BASC da escola, todas as escalas são cotadas como clinicamente significativas (Anexo I).

8. Os outros Grupos Intervencionados

8.1. Grupo 1

8.1.1. Casos Clínicos

O GP é do género masculino e tem 6 anos de idade. Tem diagnóstico de Perturbação do Comportamento SOE e Organização da Personalidade Bordeline. As queixas que motivaram a consulta, foram as mudanças bruscas de humor, irrequietude, agressividade e dificuldades em adormecer. Ao nível da dinâmica familiar, é filho de pais separados, desde os 12 meses deste, e vive com a mãe. Contudo é o pai que o traz às sessões de Psicomotricidade. A mãe tem um namorado a quem o GP chama de “meu amigo”. O desenvolvimento psicomotor, da linguagem e esfinteriano foi normal. As relações interpessoais são pautadas por agressividade, e o GP apresenta sentimentos de grandiosidade e onipotência. Iniciou a intervenção em 10 Outubro de 2011, definindo-se acompanhamento mensal, mas não voltou a frequentar nenhuma sessão até 9 Janeiro 2012. A partir dessa data, iniciou seguimento semanal, e apresentou presença assídua.

O GA tem 5 anos de idade e é do género masculino. Apresenta um diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento, e foi encaminhado para as consultas por alterações no comportamento tornando-se perigoso, por imaturidade, muita distração, e desfasamento face aos pares nas aprendizagens e comportamentos. Apresentava também muitas dificuldades na linguagem, com vocabulário reduzido, pouco interventivo e respostas com movimentos da cabeça. Na vertente social interage com os pares, mas repete frequentemente a mesma atividade. Na dinâmica familiar, vive com os pais num ambiente familiar favorável, e é filho único. Apresentou atraso no desenvolvimento da

marcha e da linguagem. Frequenta o jardim-de-infância desde os 3 anos. Iniciou a Psicomotricidade em 11 de Outubro 2011, e apresentou presença assídua nas sessões,

O J tem 7 anos de idade, é do género masculino e apresenta Atraso Global do Desenvolvimento. Foi encaminhado por dificuldades graves na linguagem, dificuldades na praxia final e de integração social. Não apresentou queixas por parte dos pais, ao nível do comportamento, mas observou-se nas sessões, agitação motora e dificuldades de atenção. É filho de pais brasileiros, mas residentes em Portugal há mais de 9 anos, e é filho único. O parto foi distócico e com recurso a fórceps e ventosas, tendo resultado numa hemorragia intracraniana, que foi estabilizada. O índice de APGAR foi de três ao primeiro minuto, seis ao quinto minuto, tendo alcançado o valor 10 aos quinze minutos. Apresentou atraso no desenvolvimento psicomotor e da linguagem. Reiniciou seguimento pela Psicomotricidade em 17 Novembro 2011, mas não apresentou uma presença regular, estando ausente desde Fevereiro.

O T tem 8 anos, género masculino e apresenta uma conduta da oposição e Organização da Personalidade Depressiva. Já está em acompanhamento pela Psicomotricidade desde o ano anterior, mas apresenta presenças muito espaçadas, não sendo possível estabelecer uma intervenção terapêutica efetiva. A mãe refere incompatibilidade de horário escolar como causa da ausência, e por este motivo não há dados a refletir sobre esta criança.

O H de 9 anos de idade, género masculino, teve alta das sessões e do departamento por mudança de residência.

8.1.2. Avaliação e Objetivos de Intervenção

Tabela 8. Resultados da avaliação inicial do GP, GA e J

	DAP	BASC-pais	BASC-escola
GP	Médio	Agressividade, Atipicidade, Tendência Isolamento e Depressão.	Problemas Comportamento, Hiperatividade, Agressividade, Ansiedade e Atipicidade.
GA	Médio-baixo	Somatização, Agressividade.	Tendência Isolamento, Problemas Atenção.
J	Deficitário	Nenhuma escala cotada como significativa.	Sem dados.

A tabela 8 contém os dados da avaliação inicial, indicando o perfil expresso pelo DAP, e as escalas cotadas como de risco ou clinicamente significativas pela BASC. Em função desses resultados, e da observação psicomotora, definiram-se os seguintes objetivos terapêuticos para as crianças:

- GP: melhorar o autocontrolo e inibir a agressividade; aumentar a tolerância à frustração; melhorar a autoestima; trabalhar as competências interpessoais de partilha, escuta e cooperação; e aumentar os tempos de espera.
- GA: melhorar a consciência do esquema corporal; trabalhar a organização espacial; melhorar a capacidade de organização e planeamento com expressão verbal das intenções; aumentar a capacidade de atenção e focalização nas tarefas; aumentar a o tempo de permanência nas tarefas; trabalhar a motricidade global; e melhorar as competências relacionais.
- J: melhorar a consciência corporal com trabalho do esquema e limites corporais; aumentar a tolerância à frustração; aumentar os tempos de atenção e capacidade de espera; promover a capacidade de planeamento e antecipação da ação.

8.1.3. Análise da Intervenção

O GP e o GA apresentaram uma presença assídua ao longo da intervenção, realizando uma média de 21 sessões, mas o J realizou apenas 7 sessões.

O GP e GA realizaram a maioria das atividades em conjunto, observando-se por parte do GP tendência para conduzir e ajudar o GA nas suas dificuldades. O GP mostrou interesse por atividades mais motoras, demonstrando preferência por circuitos psicomotores. No caso do GA, as atividades preferenciais eram as construções e o jogo simbólico. Este grupo conseguiu sempre cumprir os rituais de sessão. Nos momentos de maior agitação e dificuldades na escuta, a terapeuta afastava-se dos mesmos e esperava que acalmassem para prosseguir com a sessão. Foi uma estratégia positiva, observando-se que quando estes sentiam que já não estavam a ter atenção, deslocavam-se até à terapeuta para ouvir as indicações.

Com a intervenção observou-se no GP melhor controlo da frustração e sem impulsos agressivos. Nas competências relacionais apresentou-se empático, colaborante ajudando o par nas dificuldades. Apresentou melhores tempos de espera e capacidade de escuta, sem momentos de dispersão, conseguindo cumprir as regras. Com o decorrer da sessão apresentou atividades mais organizadas e com planeamento prévio. Mantém elevada autoestima e discurso de onipotência. Ao nível psicomotor apresenta melhor coordenação óculo-manual quando inibe a impulsividade. Tem lateralidade definida e faz o reconhecimento direita-esquerda. A terapeuta foi inserindo momentos de frustração nas atitudes do G, como por exemplo evitar que seja sempre o primeiro, e este reagiu bem as estas solicitações.

Nos instrumentos de avaliação, apresentou resultados inferiores do DAP. Estes podem ser resultado da falta de investimento na prova, visto ter sido realizada no espaço de sessão. Não se obtiveram resultados finais da BASC.

O GA apesar das dificuldades tentou sempre igualar-se aos pares, observando-se imitação destes. Inicialmente apresentava passividade, e dificuldades na realização e permanência nas atividades. Atualmente realiza atividades autonomamente, sendo capaz de as planear e organizar o material. Contudo, perante as dificuldades na organização ou concretização, tende a abandonar as atividades. Mantém muitas dificuldades de atenção, parecendo por vezes alheado da sessão. Procura o grupo nas interações. Ao nível psicomotor apresenta melhor agilidade motora, equilíbrio uni e bipedal, e melhor coordenação óculo-manual.

No desenho do corpo, apresentou no DAP, melhorias na representação de si, com presença de uma representação mais completa, passando de um perfil Médio-Baixo para Médio. Na BASC dos pais ostentou evolução negativa em todas as escalas. Contudo, é necessário ter em consideração que o índice F foi igual a 2. Na BASC da escola houve melhorias na Agressividade, Somatização e Tendência para o Isolamento, mas as escalas adaptativas diminuíram ligeiramente.

O J apresentou uma participação inconsistente, e não tem dados da avaliação.

8.2. Grupo 2

8.2.1. Casos Clínicos

A M tem 11 anos, é do género feminino e apresenta Organização da Personalidade Bordeline. Apresenta-se subdesenvolvida fisicamente para a idade. É a mais nova de uma frateria de quatro irmãos. Foi retirada aos pais juntamente com a irmã por maus tratos, e atualmente e desde Maio 2009, encontra-se numa casa de acolhimento temporário. Os dois irmãos mais velhos vivem com a mãe, e um deles apresenta deficiência intelectual e desenvolvimental e toxicod dependência. O motivo da consulta prende-se com problemas ao nível da imagem corporal, problemas de

comportamento (impulsividade, agressividade e provocação), baixa tolerância à frustração, imaturidade emocional, e dificuldades de aprendizagem. A entrada para o 1º ciclo ocorreu com 9 anos de idade, e tem Plano Educativo Individualizado. Iniciou o acompanhamento pela Psicomotricidade em Maio de 2011, e reiniciou em Outubro.

O F é do género masculino e tem 7 anos de idade. Apresenta diagnóstico de PHDA. Foi retirado à família aos 4 anos de idade por maus-tratos físicos e negligência parental, juntamente com a irmã, e vive desde Maio de 2009 num centro de acolhimento temporário. Atualmente está em curso um processo de adoção do F e irmã por parte de um casal de Itália, o qual será concretizado. A mãe biológica apresenta um historial de depressão e esteve também institucionalizada, e o pai tem um historial de alcoolismo e violência. O parto do F foi prematuro, tendo ficado internado cerca de seis meses. O desenvolvimento psicomotor e da linguagem ocorreram dentro dos padrões normais. Atualmente o F mantém fala infantilizada. Iniciou o acompanhamento pela Psicomotricidade em Outubro de 2011.

O I tem 8 anos de idade, é do género masculino, e tem diagnóstico de PHDA, Perturbação do Comportamento e do Humor SOE. Foi encaminhado por queixas de comportamentos auto e hetero-agressivos e por grande inquietude motora. Tem um irmão mais novo e vivem com os pais. Têm relação próxima com família alargada (avós e tia). A mãe foi vítima de abuso sexual e tem historial de depressão, e o pai é referenciado como saudável. Os problemas de comportamento iniciaram-se no pré-escolar. Iniciou acompanhamento em 17 de Outubro 2011, e teve presença assídua até início de Fevereiro de 2012. Atualmente não vem à Psicomotricidade por motivos relacionados com a disponibilidade de horários da mãe.

8.2.2. Avaliação e Objetivos de Intervenção

Tabela 9: Resultados avaliação inicial da M, F e I

	DAP	BASC-pais	BASC-escola
M	Bordeline	Depressão, Agressividade, Problemas Comportamento, Problemas Atenção, Atipicidade.	Dificuldades Aprendizagem, Problemas Atenção, Atipicidade, Ansiedade.
F	Médio-Baixo	Atipicidade, Problemas Atenção, Hiperatividade, Problemas Comportamento.	Dificuldades Aprendizagem, Problemas Comportamento, Hiperatividade e Depressão.
I	Deficitário	Agressividade, Problemas Comportamento, Depressão, Atipicidade, Problemas Atenção.	Problemas Comportamento, Depressão.

Em função das avaliações iniciais (tabela 9), definiram-se os seguintes objetivos:

- M: aumentar a autoestima e o autoconceito; aumentar a iniciativa e participação; melhorar a atenção sustentada; melhorar a consciência corporal; estimular a capacidade de resolução de problemas e raciocínio prático através do faseamento, análise e verificação das tarefas; promover a interação em grupo; estimular a expressão verbal como meio relacional e de organização do pensamento.
- F: aumentar a capacidade de espera e inibir comportamentos impulsivos; favorecer o autocontrolo; aumentar a atenção sustentada; aumentar a autoestima e autoconfiança; aumentar a tolerância à frustração; aumentar a tomada de iniciativa e decisão.
- I: melhorar a consciência dos limites e segmentos corporais e sua representação topográfica; promover a consciencialização da modulação dos estados tónicos; melhorar o autocontrolo e estratégias de autorregulação; desenvolver a capacidade de atenção sustentada e focalização; aumentar a

tolerância à frustração; estimular a autoestima, promovendo sentimentos de autovalorização; aumentar a aceitação e cumprimento de regras; favorecer as competências sociais (partilha, escuta e cooperação).

8.2.3. Análise da Intervenção

Inicialmente o grupo foi composto pelas três crianças, mas no início de Fevereiro 2012, ficou apenas a M e o F em intervenção. Em fim de Abril, o grupo ficou apenas formado pela M. No global a M teve 21 sessões, o F 18 sessões, e o I nove sessões. Não há resultados da avaliação final do I e F, por já não se encontrarem em intervenção.

Ao longo da intervenção as crianças foram desenvolvendo atividades individualmente, e por vezes a pares, mas atividades desenvolvidas em grupo foram poucas. Foi um grupo que apresentou dificuldades em cumprir os rituais da sessão.

A M inicialmente apresentou uma postura passiva e pouco relacional, colocando-se fora das atividades. Contudo com o decorrer da sessão foi incentivada a dar a sua opinião e participar, observando-se uma resposta positiva nesse sentido. Passou de muitos momentos de humor depressivo, para uma atitude mais expressiva e de prazer. Apresenta-se mais espontânea e segura. Observou-se numa fase final da intervenção muita procura relacional e da atenção da terapeuta, sobretudo durante a intervenção individual. Ao nível psicomotor, observou-se dificuldades na coordenação visuo-motora e na organização temporal, situação que manteve.

Nos instrumentos de avaliação, no DAP manteve o perfil Bordeline, e apresentou uma evolução positiva no desenho do homem – associou-o a um namorado. A M está a iniciar a sua entrada na puberdade, observando-se nas representações do DAP alusões a caracteres sexuais. Na BASC dos pais apresentou melhorias significativas na Agressividade e Depressão, e ligeiras melhorias na Atenção e Adaptabilidade. O índice de sintomas comportamentais baixou de 64 para 60, refletindo melhorias globais nos comportamentos. Na BASC da escola, a M apresentou piores resultados em todas as escalas clínicas, mas melhorias nas competências adaptativas. Salienta-se que a avaliação inicial foi preenchida pela professora de ensino especial, e a final pela professora de ensino regular.

O F apresentou ao longo de toda a intervenção uma atitude muito solícita para com os pares e adultos, parecendo sempre ter necessidade de agradar ao outro. Inicialmente, nos jogos simbólicos assumia sempre personagens de menor importância, e escolhia sempre participar na atividade dos outros, não apresentando as suas escolhas. Demonstrava preferência por atividade de construção e jogos simbólicos de reis e rainhas. Com o decorrer da sessão o F foi incentivado a assumir personagens superiores e a indicar as suas escolhas. Observou-se maior autoestima e capacidade de afirmação e assertividade. Apresentava as suas intenções, mas tinha tendência a utilizar a birra como manipulação. Apresentou-se no global mais organizado nas tarefas, e com melhor focalização da atenção.

O I demonstrou preferência por atividades de construções. Esta criança apresentava muitas dificuldades de interação em grupo, sobressaindo a sua individualidade e dificuldade de escuta, nas relações que estabelecia.

8.3. Grupo 3

8.3.1. Casos Clínicos

O D tem 5 anos, é do género masculino e apresenta uma Perturbação da Comunicação. O motivo do encaminhamento relacionou-se com dificuldades na interação com o outro, e atraso grave na fala. A linguagem é marcada por ecolália e com ocasionais estereotípias manuais. Os pais separaram-se em Setembro de 2010 e referem

que após esse momento se observou regressão no D de capacidades já adquiridas (ex. números e cores). Vive com a mãe e avós maternos, e é trazido às sessões pelo pai. Nasceu de parto distócico às 39 semanas, e ao nível clínico é referido um défice auditivo de 20-50%. Entrou para o jardim-de-infância aos 3 anos e é assinalado um grave atraso na linguagem. Apresenta muitas dificuldades de atenção e em seguir indicações. Iniciou intervenção pela Psicomotricidade em 11 de Outubro 2011 e tem sido assíduo.

O RJ é do género masculino, tem 6 anos, e apresenta uma Perturbação da Comunicação e Relação. Tem dificuldades de interação social, permanência nas tarefas, dificuldades na linguagem expressiva (ecolália e neologismos), comportamento de oposição, baixa tolerância à frustração, e dificuldades de concentração. Tem uma irmã mais velha e vivem com os pais. Não há referência a doenças médico-psiquiátricas na família. O desenvolvimento psicomotor foi dentro do normal e teve dificuldade no controlo de esfíncteres noturnos. Aos 4 anos entrou para o pré-escolar, e antes esteve em casa com a mãe. Iniciou Psicomotricidade no ano anterior, e deu continuidade este ano, iniciando-se a intervenção em 11 de Outubro 2011. É uma criança assídua.

O EN tem 5 anos, género masculino e apresenta uma Perturbação da Comunicação e Relação. Foi encaminhado para o serviço por atraso na fala, ausência de interação, não apontava e apresentava estereotípias manuais. Atualmente apenas predominam algumas dificuldades na expressão verbal, alertando para a falta de relatórios de desenvolvimento atualizados. É filho único e vive com os pais. Apresentou desenvolvimento psicomotor e das primeiras palavras, dentro dos parâmetros normais. Entrou para o pré-escolar após os 2 anos de idade, e por volta dos 2 anos e meio isolava-se das outras crianças. Iniciou o acompanhamento pela Psicomotricidade em 18 de Outubro de 2011, e tem sido assíduo.

O EF tem 5 anos, género masculino, e tem diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento. É caracterizado como academicamente subdesenvolvido para a idade, pouco energético e proactivo. Os pais tiveram uma separação conflituosa, e atualmente o EF vive com a mãe e irmãos. Iniciou Psicomotricidade no ano anterior, e manteve acompanhamento no presente ano. Revelava muitas dificuldades ao nível da linguagem expressiva, lentificação na resposta, carência afetiva e dificuldades instrumentais na praxia fina. Reiniciou as sessões em 15 Novembro 2011, e é assíduo.

Por fim, o P, género masculino e com 4 anos de idade, apresenta diagnóstico de Perturbação Regulatória por Hipersensibilidade. Iniciou intervenção em Abril de 2012, e apresentava dificuldades na praxia fina, global e de coordenação visuo-motora. Não se realizou uma avaliação inicial formal. Foi assíduo no acompanhamento.

8.3.2. Avaliação e Objetivos de Intervenção

Tabela 10. Resultados da avaliação inicial do D, RJ, EN e EF

	BASC-pais	BASC-escola
D	Não entregou.	Não entregou.
RJ	Problemas Atenção.	Somatização, Problemas Atenção, Adaptabilidade.
EN	Problemas Atenção.	Depressão, Ansiedade.
EF	Somatização, Ansiedade, Problemas Atenção e Depressão.	Tendência para o Isolamento.

Os resultados da avaliação inicial encontram-se na tabela 10. O P não teve avaliação inicial, devido à sua integração numa fase já avançada das sessões, e não se estabeleceram objetivos terapêuticos a médio prazo. Para as outras crianças, em função da avaliação e da observação efetuada, definiram-se os seguintes objetivos terapêuticos:

- D: aumentar a intencionalidade na expressão verbal; aumentar o tempo de permanência nas tarefas; promover momentos de interação e jogo com o grupo; estimular a imaginação e criatividade; proporcionar experiências psicomotoras diversificadas; aumentar a capacidade de focalização e atenção.
- RJ: aumentar a tolerância à frustração; diminuir os comportamentos de oposição; aumentar a capacidade de atenção e tempo de permanência nas tarefas; melhorar as competências relacionais (colaboração); melhorar a consciência dos limites corporais e as coordenações motoras globais.
- EN: melhorar a capacidade de atenção sustentada; trabalhar as competências relacionais e assertividade com os pares; aumentar a tolerância à frustração; aumentar a capacidade de planejamento e organização; estimular a ação psicomotora.
- EF: melhorar a noção do corpo (reconhecimento, nomeação e representação); melhorar o equilíbrio dinâmico; trabalhar a micromotricidade; aumentar a coordenação visuo-motora (planeamento); aumentar a autoestima, autoconfiança e a tomada de iniciativa; aumentar a capacidade de afirmação perante os pares; aumentar o jogo simbólico e iniciar momentos de representação gráfica; trabalhar conceitos espaciais, de forma, e tamanho; aumentar os momentos de verbalização espontânea.

8.3.3. Análise da Intervenção

Estas crianças pertencem à UPI, e foi um grupo assíduo ao longo da intervenção. Realizaram uma média de 23 sessões. Ao longo da sessão foi-se observando uma evolução nos comportamentos gerais. Numa primeira fase apresentou-se como um grupo muito barulhento, onde prevalecia a exploração pulsional do espaço e dos materiais. Com o decorrer das sessões foi se observando, um cessar da agitação motora e de gritos, e presença de ações mais intencionais. Por vezes até desenvolveram atividades em grupo, mas tinham dificuldades de permanência nas tarefas.

As atividades desenvolvidas consistiram sobretudo em momentos de jogo simbólico, em que a terapeuta assumia o papel do “mau” e as crianças papéis de heróis. Ocasionalmente procuravam experimentar o papel do “mau”, mas não se deixavam derrotar pelos “bons”. Outras crianças recusavam assumir o papel do “mau”, e outras não eram capazes de desenvolver a função que lhe era atribuída. As atividades de construção da casa (elemento de proteção) foram outras das atividades desenvolvidas. Ocasionalmente experimentavam atividades mais motoras, como saltos no trampolim e lançamentos de bolas.

Ao longo da intervenção observaram-se alterações em algumas crianças. O D apresentou um comportamento mais intencional e com o estabelecimento de comunicação com o outro. Responde a questões e permanece momentaneamente na interação verbal, assim como usa a linguagem com mais intencionalidade (menos ecolália). Mantém muitas dificuldades na atenção, e não consegue permanecer nas tarefas até ao final. Tem dificuldade em permanecer em interação com o grupo, mas está mais assertivo e observou-se o surgimento do “não” na verbalização, como indicador da sua individuação. Houve uma evolução da sua linguagem a par da sua psicomotricidade. O “não” insere-se no estágio personalístico (3-4 anos) de Wallon, e reflete o enriquecimento do eu e a construção da personalidade, pelo desenvolvimento da capacidade da criança em autorreconhecer-se, sentido necessidade de se opor ao outro, recusar e reivindicar objetos só para si. Esta fase de negação, antecede a fase da sedução, onde a criança necessita sentir-se elogiada e ser alvo da atenção do outro (Fonseca, 2005). Esta fase do desenvolvimento surgiu no D ligeiramente atrasada, mas está instaurada, e é resultado das experiências vivenciadas por si.

Não se obteve dados da avaliação inicial do D, e na avaliação final, na BASC dos pais apresenta três escalas cotadas como de risco: Ansiedade, Somatização e Problemas de Atenção.

O RJ, nos resultados da BASC dos pais, apresentou melhorias significativas em alguns comportamentos. Apresenta assim, menor agitação motora e oposição, menos ansiedade, melhor focalização da atenção e menor tendência para o isolamento. No global observou-se uma evolução significativa no RJ. Apresentou-se mais relacional sendo capaz de participar em grupo e responder à interação. Ao nível da linguagem há presença menos acentuada de neologismos e ecolália, utilizando-a com maior intencionalidade. Tolerava melhor a frustração e a negação, e já não tem necessidade de destruir as atividades dos pares. É capaz de seguir instruções, mas permanece ainda pouco tempo nas atividades. No desenho do corpo, mantém uma representação imatura de si, como se pode ver na Figura 5.

No caso do EN, observou-se uma evolução em termos de intencionalidade. Numa primeira fase limitava-se a exploração do material através de contato físico, mas nas fases subsequentes começou a atribuir funcionalidade aos objetos (ex. espada) e a solicitar jogos de grupo. Demonstrou interesse e boa capacidade nos jogos simbólicos, sendo capaz de assumir funções de personagens variadas. É uma criança que é capaz de permanecer nas atividades até ao fim. Com os pares mostra-se mais assertivo, e controla a birra quando frustrado por estes. Numa fase inicial tinha muita necessidade de atenção dos terapeutas, solicitando-a constantemente, atualmente já é capaz de agir sem essa solicitação constante.

O EF apresentava muitas dificuldades psicomotoras. Atualmente apresenta melhor coordenação visuo-motora sendo capaz de realizar a ação com sucesso, mas mantém falhas ao nível do planeamento. No equilíbrio dinâmico apresenta maior estabilidade. No desenho do corpo observou-se desorganização gráfica, remetendo para dificuldades ao nível da consciência corporal (Figura 5). Foi uma criança inicialmente tímida, insegura e com verbalização quase inaudível. Atualmente demonstra segurança, expressando a sua vontade e solicitando a participação. Apresentou mais autoconfiança, e permanece nas atividades até ao fim.

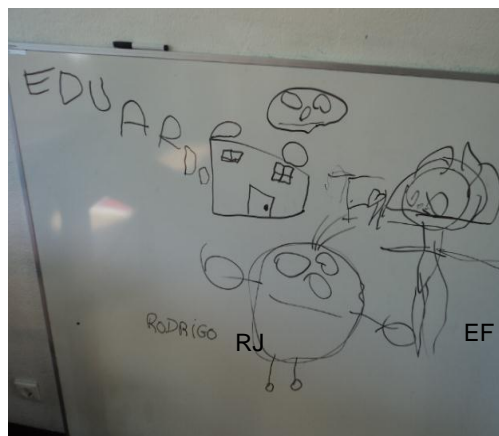


Figura 5: Desenhos do corpo do RJ e EF em 13/03/12

8.4. Grupo 4

8.4.1. Casos Clínicos

O G tem 5 anos, é do género masculino, e apresentou um diagnóstico de Depressão. Foi encaminhado para as consultas de pedopsiquiatria por dificuldades de integração social, inquietude e seletividade na alimentação. Ao nível da psicomotricidade referiram-se, dificuldades na praxia fina (recorte e grafismo), na coordenação, dificuldades de interação em grupo, necessidade de supervisão e presença de bastantes medos/receios. Tem um irmão com graves problemas de saúde, o que condiciona o tempo e disponibilidade dos pais, e estes, são também considerados, como pais pouco afetuosos e muito exigentes. O G nasceu de parto provocado às 40 semanas. Apresentou um desenvolvimento psicomotor e da linguagem dentro do padrão esperado para a idade. Entrou para o jardim-de-infância aos 2 anos, mas pouco tempo depois interrompeu a frequência, por nascimento e questões de saúde do irmão. Atualmente

frequenta o jardim-de-infância. Iniciou a Psicomotricidade em Julho de 2011, e reiniciou em Outubro de 2011.

O L tem 5 anos, é do género masculino, e apresenta um Atraso Global do Desenvolvimento e Perturbação da Linguagem. Foi encaminhado por dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento, irrequietude e desatenção, dificuldades na expressão verbal e mais acentuadas na compreensão. Os pais encontram-se separados desde o 1 ano de idade do L, e este está sinalizado para a CPCJ pela mãe, acusando um tio de abuso do menor. Atualmente vive com pai e avó paterna, e parece uma criança negligenciada em termos de estímulo. O desenvolvimento da marcha ocorreu por volta dos 12 meses, mas a linguagem só surgiu aos 3 anos. Frequenta o pré-escolar. Iniciou Psicomotricidade em Outubro de 2011.

O J é uma criança do género masculino com 5 anos de idade. Apresenta um diagnóstico de Perturbação da Comunicação e Relação. O motivo do encaminhamento prendeu-se com a perda nas aquisições de comunicação, perda de contato repentino com o outro, deixando de se interessar tanto pelas pessoas por volta dos 2 anos de idade. Vive com os pais e uma meia-irmã de parte da mãe. O pai parece ter alguns problemas alcoólicos, mas não é referido no processo. O desenvolvimento da marcha surgiu por volta dos 17 meses, e apresentou atraso no desenvolvimento da linguagem. Frequenta o pré-escolar desde os 18 meses de idade, e apresentava uma vinculação ambivalente com os pais. Iniciou acompanhamento pela Psicomotricidade em Novembro.

O P tem 7 anos, género masculino, e diagnóstico de Perturbação da Vinculação por maus tratos. Foi negligenciado pela mãe e abusado pelo pai, e foi encaminhado pela família de acolhimento. Os pais apresentam um défice cognitivo. Após proibição de contato com os pais (Novembro 2010) observou-se melhorias no estado geral da criança. Apresenta imaturidade para a idade, dificuldades na aceitação de regras, distractibilidade, mas boa relação com os pares. Aos 2 anos entrou para o pré-escolar, e atualmente frequenta o ensino básico. Reiniciou Psicomotricidade em Novembro de 2011 e tem tido acompanhamento quinzenal. Tem apresentado uma assiduidade inconsistente, e não realizou a avaliação final, nem entregou os resultados da avaliação inicial.

8.4.2. Avaliação e Objetivos de Intervenção

Tabela 11. Resultados da avaliação inicial do G, L, J e P

	BASC-pais	BASC-escola
G	Problemas Atenção.	Agressividade, Atipicidade, Tendência Isolamento, Hiperatividade, Ansiedade, Depressão, Problemas Atenção e Adaptabilidade.
L	Problemas Atenção, Agressividade, Hiperatividade, Ansiedade e Somatização.	Agressividade, Problemas Atenção e Depressão.
J	Ansiedade, Atipicidade, Problemas Atenção, Hiperatividade, Agressividade, Depressão e Somatização.	Agressividade e Ansiedade.
P	Não entregou.	Não entregou.

De acordo com os dados da avaliação presentes na tabela 11, indicativos das áreas clinicamente significativas e de risco, definiram-se os seguintes objetivos de intervenção:

- G: estimular a relação com o outro (partilha e cooperação); aumentar a autoestima; aumentar a atenção sustentada através da seleção, focalização e diferenciação de estímulos; aumentar o tempo de permanência nas tarefas em

relação com o outro; trabalhar a lateralidade e a organização espacial; aumentar a tolerância à frustração; e favorecer o autocontrolo da agressividade.

– L: aumentar a capacidade de atenção; aumentar o tempo de permanência nas tarefas; melhorar a impulsividade e capacidade de espera; melhorar a capacidade de planeamento, organização e coordenação motora; favorecer o autocontrolo; aumentar a tolerância à frustração; trabalhar a representação gráfica; melhorar o equilíbrio dinâmico e estático; trabalhar a praxia fina (preensão e coordenação); trabalhar a consciência corporal (limites e representação); estimular o vocabulário psicomotor.

– J: melhorar as competências adaptativas (prever e antecipar consequências de ações); aumentar a interação em grupo e competências relacionais (entajuda, incentivo); aumentar o tempo de permanência nas tarefas; aumentar a autoestima; trabalhar a capacidade de organização e planeamento; estimular as competências psicomotoras.

– P: aumentar a autoestima; melhorar a capacidade de planeamento e verificação das ações; aumentar o autocontrolo dos impulsos agressivos; diminuir a impulsividade; e aumentar a tolerância à frustração.

8.4.3. Análise da Intervenção

Ao longo da intervenção o G esteve presente em 19 sessões, o L em 19 sessões, o J em 17, e o P apenas em 5 sessões, estando ausente desde Março 2012.

Este grupo desenvolveu atividades díspares e houve poucos momentos de atividade conjunta. Foi um grupo instável nos comportamentos, oscilando entre momentos de agressividade, procura, e isolamento dos pares. Os rituais de organização da sessão, não foram cumpridos em todas as sessões, mas tentou-se manter a coerência ao longo das sessões, no diálogo inicial e momentos do quadro. A aplicação do retorno à calma dependia da estabilidade emocional do grupo, observando-se por vezes recusas de alguns elementos.

Na generalidade as atividades desenvolvidas consistiram sobretudo em:

- Atividades de construção (ex. foguetão, casa, máquina espacial, etc.);
- Jogos simbólicos em torno das construções;
- Atividades motoras (lançamentos);
- Jogos de grupo (ex. “escondidas”, “apanhada”), entre outros.

O G apresentou ao longo da sessão uma evolução no comportamento, sobretudo na vertente relacional. Só numa parte mais final da intervenção, demonstrou ligação afetiva com a terapeuta e com o grupo, solicitando momentos de interação conjunta. Por vezes apresenta algumas atitudes de oposição para testar a reação do grupo e terapeuta, mas na generalidade apresenta melhor nível de atenção e colaboração com as tarefas. Revela boa capacidade de organização espacial e criatividade.

O L apresentou ao longo da intervenção, mais jogo simbólico, e capacidade de planeamento de algumas atividades. Ostentou oscilações nos comportamentos, apresentando períodos de adequada capacidade de focalização da atenção e permanência organizada nas tarefas, mas recentemente surgiu com períodos de desatenção e comportamentos disruptivos - presença de birras sem motivo aparente. Observou-se também melhorias na expressão psicomotora, apresentando uma melhor coordenação óculo-manual, equilíbrio dinâmico e no global um melhor controlo corporal e fluidez no gesto. Mantém muitas dificuldades na expressão verbal, mas tem apresentado maior intencionalidade e capacidade de organização das intenções por via da palavra. Na relação com os pares, apresentou no início dificuldades no estabelecer de relações, ostentando impulsividade no contato, atualmente está mais organizado nesse sentido.

O J apresentou evoluções sobretudo ao nível relacional. Interage com os pares, mostrando-se colaborante nas atividades, mas evita situações de conflito. Numa primeira fase surgiu muito dependente destes, mas atualmente é capaz de realizar atividades autonomamente e também em parceria com estes. No global está mais assertivo e independente, impondo-se perante atitudes negativas do grupo. Ao nível psicomotor apresenta imaturidade no lançamento, não sendo capaz de lançar a bola a um alvo (coloca-a no alvo), mas demonstra um gesto global menos rígido. Tem dificuldades na organização temporal, e apresenta um desenho do corpo imaturo para a idade cronológica. Ao nível da BASC dos pais apresentou melhorias na Depressão, Somatização e Problemas de Atenção. E a BASC da escola apontou para evoluções positivas na Hiperatividade e Problemas de Atenção.

O P esteve pouco tempo em intervenção, e por isso não há informações significativas sobre este.

8.5. Grupo 5

O grupo 5 foi constituído por uma criança do género masculino, de 9 anos de idade, com Perturbação da Ansiedade. Esteve em intervenção entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012, realizando cerca de 7 sessões. Utilizou-se sobretudo a relaxação progressiva de Jacobson na intervenção. Foi-lhe dada alta da Psicomotricidade por apresentar melhorias nos sintomas.

8.6. Grupo 6

O trabalho desenvolvido neste grupo foi realizado em co-terapia com uma enfermeira. As informações e conclusões serão apresentadas de uma forma mais global.

O Grupo 6 é denominado grupo das perturbações do comportamento ou “grupo do agir”. Era composto inicialmente por cinco jovens, mas recentemente integra um total sete jovens entre os 10 e os 14 anos de idade. É constituído por seis elementos do género masculino, e um do género feminino. Os cinco elementos iniciais participaram numa média de 16 sessões, e os dois jovens mais recentes realizaram apenas cinco sessões.

O trabalho desenvolvido com este grupo, consistiu sobretudo na elaboração de projetos conjuntos, com o objetivo de:

- Trabalhar as competências relacionais (saber estar em grupo e respeitar o espaço do outro);
- Expressar corporalmente as emoções, e posteriormente proceder à mentalização pela palavra;
- Aumentar a autoestima;
- Aumentar a tolerância à frustração;
- Desenvolver a autonomia e responsabilidade pelas decisões;
- Trabalhar as competências sociais e inibir impulsos agressivos.

Parte das sessões foram desenvolvidas no ginásio, e algumas na copa e no exterior da clínica. No ginásio desenvolveram-se atividades mais de cariz motor, onde se trabalhou questões de gestão da agressividade, autocontrolo e respeito pelas regras. As atividades expressivas e plásticas procuraram trabalhar a autorreflexão, o autoconhecimento, e a capacidade de mentalização. Com os projetos (ex. culinária) pretendeu-se pôr em análise as competências relacionais, a autonomia, a tomada de decisões e a expressão da agressividade por um meio simbólico (ex. esmagar bolachas).

No final das sessões de ginásio, procedeu-se sempre à realização de um momento de retorno à calma, o qual ajudava muitas vezes a organizar as tensões e emoções.

O grupo serviu de meio contendor dos impulsos agressivos, mas também promotor de muitos conflitos, e no espaço de sessão discutia-se e refletia-se sobre os mesmos. Da mesma forma, por vezes serviam de organizadores dos comportamentos, chamando a atenção dos pares para atitudes menos corretas. A instauração da regra e cumprimento da mesma foi uma exigência do grupo, mas muitas vezes apresentaram dificuldades em cumpri-las. Alguns jovens apresentaram-se mais autónomos e participativos com o decorrer da intervenção, mas no global observaram-se evoluções positivas.

8.7. Grupo 8 e 9

Apesar de estarem definidos dois grupos em horários subsequentes, verificou-se com frequência desrespeito por esses horários e em consequência disso, por vezes as crianças do grupo 9 vinham às sessões do grupo 8. Esta situação ocorreu porque, inicialmente as crianças pertenciam a um mesmo grupo, mas com a integração de novos elementos foi necessário proceder à divisão em dois grupos. Contudo, aqui serão apresentados como um único grupo.

8.7.1. Casos Clínicos

O RM é do género masculino e tem 8 anos. Apresentou um diagnóstico inicial de Perturbação da Ansiedade-Separação. Foi encaminhado por: falta de concentração geral, isolamento dos pares, ansiedade, redução dos interesses e progressivo isolamento e dificuldades na aprendizagem. O desenvolvimento da marcha ocorreu aos 18 meses, e o controlo dos esfíncteres por volta dos 3 anos. Contudo, verificam-se episódios pontuais de enurese diurna. Vive com os pais e irmã. Aos 2 anos começou a ser seguido por psicologia devido a ansiedade por entrada no pré-escolar. Com a entrada para a escola mantém ansiedade com presença de vômitos durante os primeiros dias. Está atualmente no 2º ano. Iniciou Psicomotricidade em Novembro de 2011.

O RP tem 9 anos de idade, género masculino e apresenta como diagnóstico Perturbação de Oposição. Foi encaminhado por presença de crises (irritabilidade e baixa tolerância à frustração), e por mau rendimento escolar (por oposição e birras). Os pais estão separados desde os 4 anos de idade, e ambos constituíram família. Observou-se ambivalência de regras e atitudes entre os dois contextos familiares, mas que atualmente procuram uniformizar. Tem dois meios-irmãos. Observa-se traços infantis, mantendo fala “infantil”. Iniciou Psicomotricidade em Abril de 2011, e reiniciou as sessões em Janeiro de 2012. É acompanhado às sessões pela avó.

O RC tem 8 anos, género masculino, e apresenta diagnóstico de Perturbação do Comportamento SOE. O encaminhamento prendeu-se com alterações no comportamento, impulsividade, dificuldades em aceitar regras, intolerância à frustração e inquietude. Teve um episódio de entrada nas urgências do HDE a referir que ouvia vozes que diziam que “era mau”, este episódio motivou o encaminhamento. Vive com a mãe e irmã, e os pais encontram-se separados desde os 2 anos e meio do R. Na família há historial de depressão materna pós-parto. Ao nível do desenvolvimento, apresentou dificuldades no controlo do esfíncter urinário diurno. Iniciou acompanhamento individual pela Psicomotricidade no ano 2010/2011. Reiniciou intervenção, em grupo, em Novembro de 2011. Inicialmente apresentou uma presença nas sessões pouco assídua.

O I tem 9 anos, é do género masculino e tem diagnóstico de PHDA. O motivo do encaminhamento resultou da presença de oposição, teimosia, não-aceitação de regras, agitação motora, atitudes de provocação e desafio. O pai trabalha fora de Portugal, e para tal passa muito tempo com a mãe. É filho único. A mãe apresenta um historial de ansiedade e depressão, e refere a relação precoce com o bebé como difícil, pois tinha

receio que algo acontecesse. O desenvolvimento da marcha ocorreu aos 15 meses e da linguagem aos 13 meses. Frequentou pré-escolar e está atualmente no 4º ano do ensino básico. Reiniciou a Psicomotricidade em Outubro de 2011.

O H é do género masculino e tem 9 anos. Tem diagnóstico de PHDA e Perturbação de Humor SOE. Foi encaminhado por irrequietude, agressividade, atitudes de desafio e oposição, e intolerância à frustração. Os pais estão separados desde Agosto de 2006, e este vive atualmente com a mãe e irmão, avós maternos e tia materna. Ao nível da história clínica familiar, há suspeita de doença bipolar no pai. O desenvolvimento psicomotor e da linguagem ocorreram dentro do padrão normal de idade. Reiniciou Psicomotricidade em Janeiro de 2012, mas tem tido uma presença inconsistente.

O D tem 10 anos, é do género masculino e está a ser despistado para Síndrome de Asperger. Tem dificuldades em estabelecer contato visual, por vezes apresenta um discurso descontextualizado, e tem dificuldades em diferenciar real/fantasia. Os pais separaram-se aos 4 anos, e o D passou a ser seguido em psicologia, por tiques e outras perturbações psicossomáticas. Vive com a mãe e um irmão de 3 anos. Apresentou um adequado desenvolvimento psicomotor e da linguagem, mas com dificuldades no controlo de esfíncteres noturnos. Iniciou Psicomotricidade no fim de Janeiro 2012, mas tem tido uma presença pouco frequente.

8.7.2. Avaliação e Objetivos da Intervenção

Tabela 12. Resultados da Avaliação inicial do RM, RP, RC, I, H e D

	DAP	BASC-pais	BASC-escola
RM	Bordeline	Depressão, Tendência Isolamento, Ansiedade, Problemas Atenção e Competências Adaptativas.	Atipicidade, Tendência Isolamento, Ansiedade, Depressão, Dificuldades de Aprendizagem, Agressividade, Problemas Atenção e Hiperatividade.
RP	Médio-alto	Atipicidade, Agressividade, Problemas Atenção, Problemas Comportamento, Ansiedade, Depressão, Tendência Isolamento, Hiperatividade e Competências Sociais.	Depressão.
RC	Não realizou	Hiperatividade, Problemas Comportamento, Atipicidade, Agressividade, Somatização, Problemas Atenção e Competências Adaptativas.	Hiperatividade, Problemas Comportamento, Agressividade e Depressão.
I	Não realizou	Agressividade; Problemas Atenção, Depressão, Atipicidade e Hiperatividade.	Atipicidade, Hiperatividade, Agressividade, Depressão, Tendência Isolamento, Problemas Atenção, Dificuldades Aprendizagem, Ansiedade e Problemas Comportamento.
H	Bordeline	Não entregou.	Não entregou.
D	Não realizou	Somatização, Ansiedade, Depressão, Tendência Isolamento, Atipicidade e Problemas Atenção.	Não entregou.

Em função dos resultados da avaliação pela BASC e DAP (Tabela 12), e de acordo com a observação efetuada, definiram-se os seguintes objetivos terapêuticos:

- RM: aumentar a autoestima; aumentar a capacidade de iniciativa e relações com os pares; melhorar a tolerância à frustração e favorecer a autorregulação; trabalhar as competências relacionais (cooperação, partilha); diminuir o isolamento relacional; aumentar a capacidade de atenção sustentada; aumentar a consciência corporal (limites e representação segmentar); favorecer o reconhecimento direita-esquerda; melhorar a coordenação motora global; e melhorar a organização espacial e temporal.
- RP: aumentar a autoestima; aumentar a tolerância à frustração; trabalhar as competências relacionais (normas sociais, partilha, cooperação); melhorar o autocontrolo e diminuir impulsos agressivos; aumentar a capacidade de espera e atenção às tarefas.
- RC: aumentar a tolerância à frustração; melhorar a atenção sustentada; desenvolver estratégias de autorregulação da impulsividade; diminuir os impulsos agressivos; aumentar a capacidade de espera; promover a capacidade de organização prévia das ações e sua verificação; melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; trabalhar a organização espacial; e melhorar as competências sociais.
- I: diminuir a agressividade e favorecer estratégias de autocontrolo; aumentar a autoestima; melhorar as competências relacionais (diálogo e cooperação); aumentar a tolerância à frustração; aumentar o tempo de permanência nas tarefas; promover a organização prévia e respeito pela planificação.
- H: aumentar a tolerância à frustração; melhorar a coordenação motora global; trabalhar a consciência corporal; favorecer o autocontrolo dos impulsos agressivos; favorecer as competências sociais.
- D: aumentar o autocontrolo da agressividade; aumentar a autoestima; promover relações interpessoais por aumento da autoconfiança; aumentar a capacidade de atenção; melhorar o equilíbrio corporal estático e dinâmico; e trabalhar as coordenações motoras globais.

8.7.3. Análise da Intervenção

Ao longo da intervenção o RM esteve presente em 17 sessões, o RP em 14 sessões, o RC em 12 sessões, o I em 13 sessões, o H em 7 sessões e o D em 6 sessões. Observou-se inconsistência no acompanhamento por parte de algumas crianças.

As crianças deste grupo apresentaram atividade individual, ou jogo em pequeno grupo, mas não se chegaram a verificar momentos de interação em grande grupo. Foi um grupo pautado por situações de conflitos entre os elementos, por dificuldades de autocontrolo e intolerância à frustração. A terapeuta entrevistou como mediadora das situações que se foram gerando, havendo necessidade de por duas vezes terminar a sessão, por não se observarem benefícios terapêuticos na continuação da mesma.

No global desenvolveram sobretudo atividades de construção e jogos de regras, com presença constante de temáticas agressivas (monstros, zombies, guerra, etc.). A introdução dos rituais de sessão foi realizada de forma gradual, e numa fase final, observou-se por parte de alguns elementos, a necessidade de cumprir os mesmos, com especial ênfase na conversa inicial e no retorno à calma. Contudo, houve crianças que não foram capazes de seguir estes rituais de organização de sessão.

O RM oscilou ao longo da sessão entre momentos de procura dos pares e de jogo isolado. Ao nível relacional apresentou-se mais seguro e assertivo com os pares, impondo as suas vontades. Afasta-se dos conflitos. Ao nível psicomotor mantém

dificuldades na organização espacial e temporal. É uma criança que adere e demonstra prazer nas atividades de retorno à calma. Não há dados da avaliação final.

O RP manteve um perfil médio-alto no DAP, não revelando problemas ao nível da consciência corporal. Nos comportamentos tem apresentado melhor autocontrolo, mas por vezes explode e reage com agressividade verbal e por choro às situações stressantes. É uma criança que manteve ao longo da sessão fala “infantil”, e muita procura de atenção. Ao nível psicomotor, apresenta boa coordenação e controlo motor. Não há mais dados da avaliação final.

O RC iniciou inicialmente a intervenção de forma quinzenal, mas após Janeiro 2012, por maior disponibilidade da mãe, passou a ser acompanhado semanalmente. Atualmente apresenta maiores tempos de permanência nas tarefas, e canalização dos impulsos agressivos para o jogo (ex. jogos de luta e destruição). Consegue focar a atenção e inibir a agitação motora em atividades que o motivam, nomeadamente atividades de construção (revela criatividade e organização), como se pode observar na figura 6. Na BASC dos pais apresentou melhorias significativas na Hiperatividade e Problemas de Comportamento, e também melhorias ligeiras na Ansiedade, Somatização, Atipicidade e Problemas de Atenção. O índice de sintomas comportamentais desceu de 73 para 65, havendo uma melhoria global. No DAP ostentou um perfil Médio-Baixo, mas não é possível fazer uma comparação com o início.



Figura 6. Construção de um dragão pelo RC em 31/05/12

O I apresentou uma evolução negativa em todas as escalas da BASC dos pais, observando-se um agravamento ao nível dos problemas exteriorizados. Porém mantém positividade nas escalas adaptativas. Com o decorrer da sessão observou-se presença crescente de comportamentos de oposição, e falhas na assiduidade que interfiram com a evolução da intervenção. No início da intervenção apresentava melhor autocontrolo, interação e cooperação com o grupo. Apresentou sempre uma atitude de procura de liderança, e por vezes essa atitude gerou conflitos, devido à dificuldade de escuta do outro. Ostentou com o decorrer da intervenção, labilidade emocional e baixa tolerância à frustração.

O H foi pouco assíduo, e não apresentou os dados da avaliação inicial e final ao nível da BASC, e DAP. Não se observaram evoluções significativas. É uma criança que apresenta dificuldades no autocontrolo, reagindo de forma agressiva aos conflitos.

O D teve pouco tempo de intervenção, e da mesma forma não se verificaram alterações significativas. Com esta criança ainda se está a tentar estabelecer uma relação terapêutica. Também não tem dados da avaliação final, por inconsistência na presença às sessões.

9. Dificuldades e Limitações

Ao longo deste ano curricular, e durante o estágio desenvolvido, foram sentidas algumas dificuldades relacionadas com o mesmo. Num primeiro momento as dificuldades e limitações sentidas, prenderam-se com a área da saúde mental e a vastidão de temas que lhe é inerente. Foi a minha primeira experiência pessoal e profissional enquanto psicomotricista nesta área, e em concreto no âmbito de um contexto de intervenção em psicomotricidade relacional. A falta de “poder” de condução e planeamento prévio das sessões, foi a primeira dificuldade sentida, mas com o decorrer da intervenção consegui adequar-me.

Uma outra dificuldade sentida, foi o facto de as intervenções serem realizadas numa dinâmica grupal, e o facto de pensar que não seria capaz de coordenar e atender às necessidades de várias crianças em simultâneo. Contudo, com o tempo, com o aumento da autoconfiança e após realização de várias leituras, fui capaz de conseguir atender à individualidade dentro do grupo, e à coordenação destas como um grupo. A riqueza da intervenção em grupo prende-se com a variabilidade de situações e ideias que daí resultam, surgimento de conflitos e disputas, mas também momentos de compreensão e entreaajuda, que não seriam possíveis de observar e trabalhar numa dinâmica individual. Como nos disse um dia Aristóteles “o Homem é um animal social”, ou seja, não faz sentido a nossa existência sem o outro, e para tal o grupo é o meio preferencial e primeiro de qualquer relação.

Ainda no âmbito do local de estágio, e pelo facto de ser uma casa alicerçada na linha psicanalítica, a linguagem psicodinâmica foi uma dificuldade sentida, por desconhecimento e imaturidade em relação a muitos dos conceitos. Porém, em função desta limitação, enveredei pela autoformação, lendo temas e livros da área da psicanálise de forma a conseguir compreender a linguagem, pela qual a maioria dos técnicos comunicava. Foi também necessário ler sobre os diagnósticos psicodinâmicos, visto estes acompanharem quase sempre o diagnóstico do DSM-IV, e como não foi algo abordado durante a minha formação inicial, senti carência na compreensão dos mesmos. Contudo, atualmente sou capaz de compreender melhor os conceitos da linha psicanalítica, assim como os diagnósticos característicos, considerando a psicanálise como uma ciência que em muito contribui para a compreensão do funcionamento da pessoa humana. Dá-nos uma visão mais focada nas relações e interações precoces, sobretudo na díade mãe-bebé, como causas das perturbações, e não apenas os défices neurobiológicos.

Outra dificuldade sentida, foi a articulação com os restantes técnicos da equipa, havendo falhas no conceito de trabalho em equipa multidisciplinar. O contato estabeleceu-se sobretudo quando foi necessário esclarecer alguma dúvida sobre a situação relacional e desenvolvimental da criança, quando ocorreu algum comportamento menos usual, ou em caso de dúvidas sobre qual a melhor linha de intervenção. Porém, não houve uma articulação contínua e constante.

Entrando agora nas questões relacionadas com a minha intervenção, senti-me limitada nos instrumentos de avaliação, por dificuldades no acesso aos resultados dos mesmos. Concretamente, refiro-me à BASC. Alguns pais esqueceram-se repetidamente de entregar as folhas de questionário preenchidas, e pela existência de situações em que perderam o respetivo formulário. No caso dos professores, e pelo facto do meio de comunicação serem os pais, também algumas das avaliações não foram retornadas ou a entrega das mesmas foi demorada. Esta situação atrasou em parte a elaboração dos objetivos terapêuticos de cada criança, e em alguns casos o espaço temporal entre a avaliação inicial e final ficou encurtado, podendo não se observar diferenças entre os resultados ou mesmo inexistência dos mesmos. A limitação com as avaliações surge sobretudo, quando o meio avaliativo não depende inteiramente do técnico. A dependência de terceiros não permite um controlo temporal das avaliações. Contudo,

todas as limitações e dificuldades sentidas foram sendo resolvidas dentro da medida dos possíveis.

Na elaboração escrita do presente relatório também foram sentidas dificuldades, nomeadamente, na tomada de decisão sobre quais os aspetos que deveriam ser mais aprofundados, quais as temáticas de maior interesse, na limitação no número de páginas, e sobretudo no papel crítico e reflexivo que deveria introduzir na minha descrição das atividades de estágio.

10. Atividades Complementares de Formação

Ao longo do presente ano curricular, participei em atividades complementares de formação e de estágio, que me pareceram pertinentes e importantes para a minha formação e conhecimento pessoal. A aprendizagem não se resume aos momentos vividos no estágio, inclui também formações em temas fora do âmbito da saúde mental, mas que em tudo contribuem para a interação com estas crianças.

10.1. Conferências e Formações

- Crianças e Jovens em Risco – a Família no centro da Intervenção, organizado pela Fundação Calouste Gulbenkian;
- Labirintos da Adolescência, realizada pela Fundação Calouste Gulbenkian;
- 5º Curso básico de Desenvolvimento: sinais de alarme e normais no desenvolvimento psicomotor dos 0-6 anos, ministrado pela unidade de Desenvolvimento do HDE;
- Ação de sensibilização: O Mundo dos Sentidos – uma perspetiva na Teoria de Integração Sensorial em contexto escolar, dinamizada pelo centro de recursos para a inclusão da CERCIOeiras;
- Academia Internacional de Estudantes de Reabilitação Psicomotora: Paris 2012;
- Maratona de Psicomotricidade, organizada pela associação de estudantes da Faculdade de Motricidade Humana;
- Conferência “ Como arranjar emprego? Ir para fora ou ficar?”, organizada pela Associação de Gestores de Recursos Humanos no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Estas conferências e formações, permitem atualizar e refletir acerca de temas com os quais lidamos na nossa profissão, como é o caso da importância da família para o sucesso da intervenção, ou as características próprias de cada faixa etária. Ao nível pessoal, as experiências vividas, em concreto durante a academia de estudantes, contribuíram para o crescimento pessoal, proporcionado pelo contato com profissionais de várias nacionalidades, pela troca de experiências e pelo conhecimento de outras culturas e das metodologias de intervenção próprias em cada país.

10.2. Atividades no Local de Estágio

- Participação na formação sobre suporte básico de vida;
- Apresentação de um estudo de caso em reunião de equipa (Anexo S);
- Preparação e apresentação de uma aula de sensibilização sobre a Psicomotricidade, para os internos de pedopsiquiatria do HDE (Anexo T).

11. Reuniões de Apoio ao Estágio

As reuniões de apoio ao estágio, realizaram-se entre Outubro 2011 e Abril de 2012, com a frequência de uma vez por semana, num total de 20 reuniões. Após este período, realizaram-se reuniões pontuais, quando houve necessidade de parte a parte das mesmas. Nas reuniões discutiram-se e apresentaram-se temas teóricos do interesse das estagiárias; refletiu-se sobre sessões de intervenção psicomotora realizadas; apresentou-se estudos de caso e analisou-se a importância presente nos dados de cada caso e o respetivo projeto pedagógico-terapêutico; e houve uma apresentação permanente de como estágio estava a decorrer.

Foram trabalhados temas como:

- Perturbação da Oposição e Desafio;
- Neuroses;
- Psicose Infantil;
- (In)capacidade parental;
- Abordagem neurobiológica da Depressão, entre outros.

O tema da psicose infantil foi desenvolvido por mim, visto ter sentido necessidade de aprofundar e organizar conhecimentos acerca deste conceito, dado ser um termo muito frequente no meu local de estágio, e com o qual não estava particularmente familiarizada.

Numa fase seguinte procedeu-se à apresentação e reflexão acerca de sessões de intervenção e estudos de caso. Neste sentido, apresentei dois estudos de caso, e duas sessões de uma dessas crianças. Um dos estudos de caso apresentados, correspondeu ao caso apresentado na reunião de equipa da clínica da Encarnação, e onde nestas reuniões, se procedeu a uma análise e discussão prévia acerca das informações apresentadas. No geral, a reflexão/discussão destes casos foi relevante, e deu-me um feedback importante acerca da postura ansiosa que tenho apresentado perante algumas crianças, assim como me forneceu ideias acerca de como trabalhar alguns défices.

Estes momentos permitiram sobretudo uma reflexão crítica, acerca dos comportamentos dos terapeutas e das crianças, despertando-me para sinais que não tinha corretamente interpretado ou compreendido; ajudaram a modificar aspetos da minha postura na condução das sessões, e forneceu-me estratégias para lidar com determinados comportamentos. Permitiram também ficar a conhecer a diversidade de formas de atuação entre os vários locais de estágio, e refletir sobre atitudes e comportamentos diferentes, que contribuem sempre para a contínua aprendizagem de cada estagiário.

CAPÍTULO 3. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS DE FUTURO

De uma forma global, o balanço deste ano curricular e de estágio, foi positivo em várias vertentes. Considerando os objetivos propostos para o estágio de aprofundamento de competências profissionais, penso que foram alcançados parte deles, nomeadamente, os referentes à intervenção pedagógico-terapêutica e à relação estabelecida com outros profissionais. As competências adquiridas e desenvolvidas neste âmbito contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, pessoal e social.

Assim, nas condicionantes inerentes à intervenção pedagógico-terapêutica, ao nível da avaliação, planeamento e intervenção, vários fatores contribuíram para o enriquecimento profissional e pessoal. O facto de ser responsável, e ter de tomar decisões sobre: os instrumentos a utilizar na avaliação, sobre os objetivos específicos da intervenção e pela condução dos vários momentos da intervenção, promoveram a necessidade de ser mais proactiva, e deram-me também alguma experiência nessas dinâmicas. Inicialmente com as crianças, sentia que tinha de controlar todos os momentos da sessão, e não era capaz de as deixar fruir livremente o espaço e materiais ao seu ritmo, e aproveitar as suas iniciativas para agir. Observava a maior parte das manifestações em termos de rendimento. Atualmente, tenho uma postura mais adaptável e moldável às intenções do outro, tendo também crescido como profissional, no estabelecimento de uma relação realmente empática, responsiva e securizante com o indivíduo, procurando despoletar na criança ferramentas criativas e de resolução de problemas.

Em termos mais específicos, este estágio permitiu-me a evolução profissional em vários outros domínios: instrumentos e avaliação, definição dos objetivos e projetos pedagógico-terapêuticos, as sessões de intervenção, o contato com várias psicopatologias e personalidades, e a relação com a família/cuidadores.

Ao nível dos instrumentos e avaliação, este estágio permitiu um contato mais próximo com a BASC e DAP, e pelo número relevante de avaliações realizadas, tornou-me mais familiarizada com os instrumentos, sendo capaz de uma forma mais eficaz retirar dos mesmos, as informações clínicas mais relevantes para a intervenção. Contudo, senti-me também limitada ao nível dos instrumentos de avaliação, no sentido, em que devido ao número elevado de crianças em seguimento, não fui capaz de escolher instrumentos específicos para cada uma delas, e tive de as avaliar de forma global com os mesmos. Isto foi uma limitação durante o estágio, e em termos profissionais, não me permitiu o contato com tipos diferentes e específicos de instrumentos, e em termos futuros, isto será uma dificuldade, pois inserida num meio profissional, não há espaço para dúvidas acerca das metodologias de avaliação. No que diz respeito ao contexto de aplicação dos instrumentos, permitiu-me perceber que o resultado só será alcançado mediante a colaboração da criança, e que não é possível esta colaboração, sem tornar o ambiente de avaliação um espaço securizante. As formas como apliquei os instrumentos foram variando de acordo com a experiência que fui adquirindo.

Em relação aos objetivos e projetos terapêuticos, uma dificuldade sentida foi em definir como trabalhar os objetivos estabelecidos no projeto terapêutico. Aprendi que mais importante do que estabelecer os objetivos, é definir quais os que serão efetivamente trabalhados a curto-prazo, qual a ordem de trabalho dos mesmos, e que, estes devem ser definidos em termos operacionais, para ser possível verificar a concretização ou não dos mesmos. Muitas vezes a dificuldade surgiu, em como utilizar as iniciativas da criança e conduzi-la para os objetivos, mas este fator, exigiu versatilidade, segurança e com a experiência adquirida foi possível, em função dos objetivos definidos, aproveitar as sugestões da criança com intencionalidade. Este fator repercute-se, em termos profissionais, na nossa capacidade de observação, na definição da nossa metodologia de trabalho, e na intencionalidade terapêutica que conferimos às expressões motoras e simbólicas da criança. Esta situação, e a par das expressões simbólica, motoras e

relacionais, expressas no ambiente de sessão, exigiram leitura de temas relacionados com várias temáticas que foram surgindo. Obrigada de uma forma direta à autoformação, por parte do profissional, tornando-o cada vez mais maduro nestas temáticas. Também a discussão destes temas com os orientadores, permitiu uma visão com base na experiência, e solidificada em exemplos, ajudando à compreensão real, e não apenas teórica dos mesmos.

As sessões de psicomotricidade, pela diversidade de situações e crianças, possibilitaram um conjunto variado de experiências, e exigiam uma adaptação pessoal em função das mesmas. A minha postura enquanto terapeuta variou ao longo das sessões e dos grupos. Em algumas sessões/grupos fui coparticipante, em outras observadora e organizadora das dinâmicas, noutras era solicitada maior afetividade, outras exigiam uma relação mais distante, entre muitas outras situações. De uma forma geral, o contexto de estágio em saúde mental e em grupos, permitiram variedade de experiências que contribuem para o meu crescimento profissional, e logo pessoal. Em específico, a sessão referente à utilização de metodologias específicas de relaxação (Relaxação Progressiva de Jacobson), foi um contributo importante em termos profissionais, pois nunca tinha aplicado técnicas de relaxação específicas, reconhecendo carências na minha formação base nesse sentido. E permitiu-me treinar a aplicação prática da mesma, fazendo a transposição entre a teoria e a prática.

As psicopatologias e personalidades variadas com as quais intervim, possibilitou em primeiro lugar interagir com uma grande diversidade de problemáticas, e verificar a individualidade que existe dentro de cada patologia. Da mesma forma, trabalhei a minha postura profissional, perante as mesmas, sendo os comportamentos de oposição um dos maiores desafios apresentados durante a intervenção. A forma de funcionamento de cada criança varia de acordo com a patologia, o contexto e sobretudo o seu estado emocional. Verifiquei na prática, como as variações de humor e as situações que ocorrem no dia-a-dia de cada um, interferem com o funcionamento da criança. A disponibilidade afetiva e uma atitude de escuta ativa, foi uma mudança pessoal, que resultou desta experiência de estágio. Salienta-se o facto, que mais importante que definir e conhecer a patologia da criança, é saber analisar e ponderar todos os dados familiares, educativos, clínicos e de desenvolvimento que acompanham o seu processo. Esta análise dos dados e sentido crítico sobre os mesmos, foi algo que também foi trabalhado nas reuniões de estágio, e que contribuiu em termos profissionais para o desenvolvimento de maiores capacidade a estes níveis, nomeadamente de cruzar dados e considerar a influência que têm sobre os comportamentos e o desenvolvimento. Ajudou também a trabalhar a capacidade de julgamento clínico.

Por fim, ao nível da relação estabelecida com a família/cuidadores da criança, é-nos exigida disponibilidade para escutar, somos questionados sobre atitudes que enquanto pais devem tomar, perguntam-nos por evoluções, e é nosso papel dar resposta a essas solicitações. Também com os pais devemos manter uma atitude empática, e neutralidade moral, pois eles são nossos parceiros terapêuticos e é necessária a sua adesão para que a relação terapêutica resulte. Este foi um facto que verifiquei, e contribuiu para solidificar a importância que deve ser atribuída à família no ato da intervenção.

Em relação ao objetivo que definia o estabelecimento de relação com os outros profissionais, este foi em parte alcançado. De uma forma geral, permitiu-me o contato e conhecimento de outras modalidades terapêuticas, ajudando a solidificar a intencionalidade do campo de atuação da psicomotricidade, e como as várias terapias podem funcionar como coadjuvantes. Nas dinâmicas de intervenção, as reuniões de equipa permitiam uma discussão sobre o potencial de desenvolvimento, adaptação e aprendizagem da criança, e discutia-se o projeto terapêutico da mesma. Apesar do papel mais passivo que adotei, contactar e ouvir profissionais de várias áreas, contribuiu para melhorar o meu conhecimento científico e terapêutico sobre várias temáticas. De forma

mais ativa, estabeleci contato com os profissionais, quando alguma dúvida surgia ou alguma questão se alterava no decorrer do processo terapêutico. A nível profissional, esta interação permite analisar conhecimentos gerais e específicos da terapêutica, e ao nível pessoal, trabalha a nossa capacidade de interação em equipa.

O objetivo referente à intervenção na comunidade não foi totalmente alcançado, limitando-se a breves momentos de interação com parceiros da comunidade, como é o exemplo das escolas, e de forma mais regular com a família.

Fora do âmbito do estágio, outras conclusões podem ser retiradas acerca deste ano curricular. Como já referido, as reuniões de estágio foram ponto importante no apoio ao estágio, e em concreto na nossa análise enquanto profissionais de Reabilitação Psicomotora. No geral, permitiram reflexões e análise crítica sobre atitudes do terapeuta e da criança, possibilitando um afastamento temporal em relação à ação, o que nos permite refletir de uma forma mais consciente. Estas trocas de experiências ajudaram ao desenvolvimento pessoal focando nas nossas atitudes relacionais enquanto pessoa, e ao nível profissional, permitiu aumentar conhecimentos em várias áreas, assim como melhorar a nossa forma de atuação terapêutica.

As formações e conferências nas quais participei, contribuíram também para aumentar as competências profissionais, em termos de conhecimentos teóricos. Como alguém um dia referiu “o conhecimento nunca é demais”, e penso ser importante enquanto profissional aprofundar as minhas competências nos vários campos possíveis de intervenção. Devido à componente multicomponencial da psicomotricidade, é necessário abarcar conhecimentos de várias áreas, pois no conjunto, contribuem para uma melhor compreensão e intervenção sobre a pessoa.

Por fim, em relação à apresentação de estudo de caso que realizei na clínica e à aula de sensibilização para os internos de pedopsiquiatria do HDE, estas contribuíram em termos pessoais para trabalhar a minha autoconfiança, e ao nível profissional, surgiu como mais um contributo para demonstrar de forma objetiva o papel e pertinência da intervenção psicomotora.

Antes de concluir, vou referir-me à área da saúde mental infanto-juvenil. Inicialmente, escolhi esta área de estágio, por falta de conhecimentos e experiência prática na mesma, e com o estatuto de estagiária, iria ser apoiada nesse sentido. Fiquei totalmente satisfeita com esta escolha, pois é uma área que abrange um largo número de problemáticas, possibilitando-me diversidade de experiência a este nível. E por outro lado, é uma área onde a intervenção psicomotora é importante, sendo um meio terapêutico capaz de lidar com os comportamentos exteriorizados e interiorizados, que têm por base problemas psicoafectivos, e que por meio da ação e de um envolvimento de expressão livre e securizante, pode reorganizar e dar sentido a muitos desses comportamentos.

Assim, este ano curricular e de estágio, teve muitos pontos positivos na sua concretização, mas também algumas dificuldades, que foram sendo ultrapassadas. O balanço global foi positivo, e serve como ponto de conclusão de mais uma etapa do percurso académico.

Em relação às perspetivas de futuro, pretendendo continuar a investir na minha formação, pois sem formação atualizada e renovada, não contribuimos para o estabelecimento científico da profissão. Contudo, é objetivo principal entrar no mercado de trabalho, e desenvolver projetos que incidam sobre a psicomotricidade, de forma a estabelecer, cada vez mais, a importância e eficácia que desempenha. Não tenho ainda uma linha ação definida, mas sei que não pretendo parar e esperar que as dificuldades se resolvam por si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2002). *Publication manual of the American Psychological Association* (5ª Ed.). Washington: APA.
- Assembleia da República (1998). Lei nº 36/98. 169/98 Série I-A.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Retirado em 12 Março, 2012, de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2010). *Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses*.
- Aucouturier, B., & Lapierre, A. (1934). *Bruno: ou a reconstrução do homem pelo homem*. Lisboa: Coleção educação e reabilitação.
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustainer attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Bérges, J., & Bounes, M. (1985). *Relaxation Therapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Boutinaud, J. (2007). Les troubles de l'image du corps chez les enfants atteints de psychose et d'autisme infantiles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 102-107.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde mental e educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carron, L. (1996). Hyperactivité et Psychose infantile. *Evolutions Psychomotrices*, 8(31), 13-16.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central (s.d.). *Regulamento interno do centro hospitalar de Lisboa Central, EPE*. Retirado em 27 Fevereiro, 2012, de http://www.chlc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B456A39A-50F4-44AC-818D-BD858BA3F50F/13841/Reg_Interno_CHLC.pdf.
- Clínica da Encarnação (2011). *Manual Local de Qualidade da Área de Pedopsiquiatria/Clínica da Encarnação/HCLC*.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2008). *Sistema de Proteção Português*. Retirado em 2 Março, 2012, de <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?07.01>.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: Plano de ação 2007-2016*. Retirado em 21 Fevereiro, 2012, de <http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Retirado em 21 Fevereiro, 2012, de <http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/01/Documento-t%C3%A9cnico-de-suporte-%C3%A0-Rede.pdf>.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano nacional de saúde mental: 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de grupo em psicomotricidade de base relacional. In M. Vidigal, et al. *Intervenção Terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp.273-296). Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.

- Craig, R. (2005). *Clinical and diagnostic interviewing* (2ª Ed.). Oxford: Jason Aronson. Retirado em 12 Abril, 2012, de http://books.google.com/books?id=EdBuywuUbhgC&pg=PA3&dq=Clinical+Interview&hl=pt-PT&ei=JgDuTYbFHlE8QPr6oDHBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CFsQ6AEwCQ#v=onepage&q=Clinical%20Interview&f=false.
- Defontaine, J. (1976). *Manuel de reeducation psychomotrice*. Paris: Maloine Éditeur.
- Diário da República (1999). Decreto-Lei nº 35/99. Série I-A, nº 30.
- Diário da República (2009). Decreto-Lei nº304/2009. 1ª série, nº 205.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental nova conceção nova esperança*. Retirado em 7 Março, 2012, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Circular normativa nº6/DSPSM: organização dos serviços de saúde mental da infância e da adolescência*. Retirado em 21 Fevereiro, 2012 de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente2/legislacao/circulares%20normativas/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20DOS%20SERVI%C3%87OS%20DE%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20DA%20INF%C3%82NCIA%20E%20DA%20ADOLESC%C3%8ANCIA.PDF>.
- Elkis-Abuhoff, D. (2008). Art therapy applied to an adolescent with Asperger's syndrome. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 262-270.
- Faculdade de Motricidade Humana, FMH, (2010). *Regulamento da unidade curricular de ramo de aprofundamento de competências profissionais 2º ano* (pp.1-12). Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.
- Ferreira, L. S. (2006). Patologias emergentes em Pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 21, 45-56.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Pelas Bandas da Psicanálise.
- Fonseca, J. (2007). O papel da relaxação no percurso psicoterapêutico. *A Psicomotricidade*, 9, 35-40.
- Fonseca, V. (1995). *Temas de Psicomotricidade* (pp.48-63). Textos cdi, Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Terapia psicomotora: estudo de casos* (5ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores* (3ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008) *Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fórum Europeu de Psicomotricidade. Retirado em 11 Abril, 2012, de http://www.psychomot.org/european_forum_psychomotricity.htm.
- Gabarino, J. (1993). Children's response to community violence: What do we know? *Infant Mental Health Journal*, 14, 103-115.
- Gatecel, A. (2010). *Psychomotricité relationnelle*. Centre International de Psychosomatique. Retirado em 12 Abril, 2012, de http://www.cips-psychosoma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=106%3Apsycho-motricite-relationnelle-anne-gatecel&catid=29%3Aarticlescipsatg&Itemid=58&lang=fr&limitstart=1.
- Hospital D. Estefânia (2012). Disponível em <http://www.hdestefania.min-saude.pt/>.

- Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(12), 834-839.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Berkshire, Inglaterra: McGraw-Hill.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e Psicoterapia de Grupo*. Lisboa: ISPA.
- Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychological Review*, 25, 183–213.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsil Editores.
- Marques, C., & Cêpeda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. (2005). La rééducation du trouble deficit de l'attention/hyperactivité: approche psychomotrice. *Neuropsychy News*, 4(3), 94-101.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001a). A relaxação psicoterapêutica no contexto de saúde mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperatividade (PHDA). In M. Vidigal, et al. *Intervenção Terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp.179-210). Lisboa: Trilhos Editora.
- Matos, M. (2005). Psicomotricidade, saúde, desenvolvimento e competência pessoal e social. *A Psicomotricidade*, 6, 34-39.
- Matson, J., Wilkins, J., & González, M. (2008). Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: how early is too early? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 75-84.
- Mazet, P., & Houzel, D. (1993). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Éditions Maloine.
- McDonald, L., & Rennie, A. (2011). Investigating developmental delay/impairment. *Pediatrics and Child Health*, 21(10), 443-447.
- Naglieri, J. (1988). *Draw a person: a quantitative scoring system*. California: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich.
- Naia, A., & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora: um caso clínico. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- National Center for Clinical Infant Program (1997). *Classificação diagnóstica 0-3: classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebé e da criança pequena* (M. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado 1994)
- Núñez, J. (2003). A psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. *A Psicomotricidade*, 1(2), 27-33.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na psicomotricidade da criança. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Petersen, M., Kube, D., & Palmer, F. (1998). Classification of developmental delays [Abstract]. *Seminary Pediatric Neurology*, 5(1), 2-14.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rodrigues, A. (2003). Auto-regulação e gênese do pensamento simbólico. *A Psicomotricidade*, 1(2), 7-19.

- 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.
- Rodrigues, A., Santos, J., & Mira, P. (2004). Perfil funcional de crianças com problemas de saúde mental: uma proposta e experiência de avaliação. *A Psicomotricidade*, 4, 70-80.
- Rodrigues, D., & Lima, L. (2004). Dimensões da consciência corporal. *A Psicomotricidade*, 4, 46-55.
- Salgueiro, E. (1999). Aspectos psicomotores das crianças irrequietas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6(1), 35-44.
- Salvia, J., & Ysseldyke, J. (1991). *Avaliação em educação especial e correctiva* (4ª Ed.). Editora Manole.
- Sami-Ali (2011). *La théorie relationnelle unitaire*. Centre International de Psychosomatique. Retirado em 12 Abril, 2012, de http://cips-psycho-soma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=200%3AAla-theorie-relationnelle-unitaire-pr-sami-ali&catid=29%3Aarticlescips-catg&Itemid=58&lang=fr.
- Shevell, M., Majnemer, A., Rosenbaum, P., & Abrahamowicz, M. (2001). Etiologic determination of childhood developmental delay. *Brain & Development*, 23, 228-235.
- United Nations Education Scientific and Cultural Organization (1994). *Declaração de Salamanca: sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais*. Retirado em 12 Março, 2012, de http://redeinclusao.web.ua.pt/files/fl_9.pdf.
- Vayer, P. (1980). *O diálogo corporal*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vidigal, M. (2005). Introdução. In M. Vidigal, et al. *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp.15-40). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M., et al. (2005). Núcleo de terapia intensiva. In M. Vidigal, et al. *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp.41-70). Lisboa: Trilhos Editora.
- World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Retirado em 21 Fevereiro, 2012 de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.

ANEXOS

Anexo A: Características e Sinais de Alerta de Atraso no Desenvolvimento

Tabela A13. Sinais de alerta de atraso no desenvolvimento (adap. Ferreira, 2004)

Motricidade Global	
4 1/2 meses	Não puxa para se sentar, com a cabeça alinhada com o corpo
5 meses	Não rebola
9 meses	Não fica sentado sem apoio
10 meses	Não fica de pé com apoio
15 meses	Não anda sem apoio
2 anos	Não sobe ou desce escadas
2 1/2 anos	Não salta
3 anos	Não pedala no triciclo
4 1/2 anos	Não salta ao pé-coxinho
5 anos	Não é capaz de andar pé-ante-pé numa linha reta
Motricidade Fina	
3 1/2 meses	Persistência do reflexo de preensão
4-5 meses	Não segura a roca; não junta as mãos na linha média
8 meses	Não transfere os objetos de uma mão para a outra
10-11 meses	Ausência de pinça dedos-polegar
15 meses	Não põe ou tira de uma caixa
20 meses	Não tira meias ou luvas sem ajuda
2 anos	Não faz torre de 5 cubos ou não rabisca
2 1/2 anos	Não volta a página de um livro
3 anos	Não faz torre de 8 cubos ou não esboça uma linha reta
4 anos	Não faz torre de 10 cubos ou não copia um círculo
4 1/2 anos	Não copia uma cruz
5 anos	Não constrói uma escada com cubos ou não imita um quadrado
Linguagem	
5-6 meses	Não palra
8-9 meses	Não diz «da» ou «ba»
10-11 meses	Não diz «dada» ou «baba»
16 meses	Não produz palavras únicas
2 anos	Não faz frases de 2 palavras
2 1/2 anos	Não usa pelo menos um pronome pessoal
3 1/2 anos	Não fala de modo inteligível
4 anos	Não compreende preposições
5 anos	Não utiliza a sintaxe correta em frases curtas
Cognição	
2-3 meses	Não faz sentir necessidades
6-7 meses	Não procura o objeto caído
8-9 meses	Não se interessa por fazer «cu-cu»
12 meses	Não procura o objeto escondido
12-15 meses	Não aponta
15-18 meses	Não se interessa por jogos de causa e efeito
2 anos	Não categoriza semelhanças (por ex. animais, veículos)
3/5 anos	Não sabe nome próprio e apelido

4 anos	Não sabe escolher entre a maior e a menor de 2 linhas
4 1/2 anos	Não sabe contar
5 anos	Não sabe as cores nem qualquer letra
5 1/2 anos	Não sabe o seu próprio aniversário ou a morada
Psicossocial	
3 meses	Não tem sorriso social
6-8 meses	Não ri numa situação apropriada
10 meses	Não estranha
1 ano	Não se consola, não aceita «mimos»
2 anos	Agride sem provocação; sem contacto ocular nem interação com crianças e adulto
3-5 anos	Não brinca com as outras crianças; desafia a obediência

Anexo B: Instruções de preenchimento da GOC

- Todos os itens escritos em *itálico* e assinalados com (*) são preenchidos de acordo com a seguinte escala de frequência (S, F, A, R, N)

S – Sempre

F – Frequentemente

A – Algumas vezes

R – Raramente

N – Nunca;

- Os restantes itens devem ser assinalados com um X sempre que se verifique o comportamento;
- Na coluna de observações deverão ser indicados todos os aspetos específicos ou relevantes que não constem nas colunas precedentes (ex: em caso de deficiência, nas observações, especificar o tipo);
- Um item não preenchido significa que não se verifica. No caso de impossibilidade de verificar determinado comportamento, o observador deve registá-lo na coluna das observações;
- Em cada categoria podem ser assinalados mais do que um item.

Anexo C: Caracterização dos Grupos

Tabela C14. Caracterização do Grupo 1

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
GP	M	6 anos	Perturbação do Comportamento SOE Organização da Personalidade Bordeline
GA	M	5 anos	Atraso Global do Desenvolvimento
J	M	7 anos	Atraso Global do Desenvolvimento
T	M	8 anos	Conduta de Oposição Organização da Personalidade Depressiva
H	M	9 anos	Organização da Personalidade Psicótica

Tabela C15. Caracterização do Grupo 2

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
M	F	11 anos	Organização da Personalidade Bordeline
F	M	7 anos	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
I	M	8 anos	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção Perturbação do Comportamento SOE Perturbação Humor SOE

Tabela C16. Caracterização do Grupo 3

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
D	M	5 anos	Perturbação da Comunicação
RJ	M	6 anos	Perturbação da Comunicação e Relação
EN	M	5 anos	Perturbação da Comunicação e Relação
EF	M	5 anos	Atraso Global do Desenvolvimento
P	M	4 anos	Perturbação Regulatória: hipersensibilidade

Tabela C17. Caracterização do Grupo 4

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
G	M	5 anos	Depressão
L	M	5 anos	Atraso Global do Desenvolvimento Perturbação da Linguagem
J	M	5 anos	Perturbação da Comunicação e Relação
P	M	7 anos	Perturbação da Vinculação por maus tratos

Tabela C18. Caracterização do Grupo 5

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
R	M	9 anos	Perturbação da Ansiedade

Tabela C19. Caracterização do Grupo 6

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
E	M	13 anos	Síndrome de Asperger
I	F	14 anos	Perturbação Comportamento
R	M	10 anos	Perturbação Comportamento Perturbação Humor SOE
P	M	12 anos	Perturbação Comportamento
BC	M	11 anos	Não especificado
D	M	12 anos	Não especificado
BA	M	13 anos	Perturbação Comportamento

Tabela C20. Caracterização do Grupo 7

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
R	M	9 anos	Perturbação da Linguagem
S	M	8 anos	Atraso Global do Desenvolvimento Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
M	F	8 anos	Perturbação da Ansiedade-Separação
F	M	7 anos	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

Tabela C21. Caracterização do Grupo 8

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
RM	M	8 anos	Perturbação da Ansiedade- Separação
RP	M	9 anos	Conduta de Oposição
RC	M	8 anos	Perturbação do Comportamento

Tabela C22. Caracterização do Grupo 9

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico
I	M	9 anos	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
H	M	9 anos	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção Perturbação Humor SOE
D	M	10 anos	Não especificado

Grelha de Observação de Comportamentos (GOC)

Identificação do Indivíduo	
Nome: D	
Data de nascimento: 15/1/06	Idade: 5 anos
Escolaridade: pré-escolar	
Estado emocional: adequado	
Observador: Patrícia Gonçalves	Data de Observação: Dezembro 2011
Local de Aplicação: Clínica Encarnação – ginásio	
Condições de aplicação: adequada	

Tabela D23. Avaliação inicial do D pela GOC

Aspeto Somático			Observações
Aspeto Morfológico	Ectomorfo		
	Mesomorfo	X	
	Endomorfo		
Aspetos Ortopédicos	Joelhos valgos		
	Pé Plano		
	Outros		
Problemas Posturais	Lordose		
	Cifose		
	Escoliose		
Outros Aspetos	Tiques		
	Estereotipias		
	Sucção Polegar		
	Deficiência		
	Outros		

Apresentação			Observações
Imagem/Vestuário	Cuidado	X	
	Descuidado		
Postura	Hipertónico		
	Hipotónico		
	Eutónico	X	
Forma de Apresentação	Inibido	X	
	Desinibido		
	Ansioso	X	
	Calmo		
	Inconstante		

Comportamento e Desempenho na Realização de Tarefas			Observações
Apresentação/Postura Perante a Tarefa		Ansioso	
		Cooperante	
		Distraído	
		Motivado	
		Ativo	
		Passivo	X
		Criativo	
Participação na Tarefa	Adesão	Voluntária	
		Com estímulo	X
		Concretiza até ao final	
		Não adere	
	Atenção	Presta atenção a atividades significativas, mais de 15 minutos	
		Presta atenção a atividades que o motivam, entre 5 a 15 minutos	
		Presta atenção a atividades significativas, menos de 5 minutos	X
		Não presta atenção, sendo necessário repetir as instruções	
	Impulsividade	Não demonstra qualquer impulsividade	X
		Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	
		Verbalização constante durante a instrução	
		Não planeia a execução da tarefa	
	Persistência	<i>Esforça-se em todas as tarefas e não desiste(*)</i>	A
		<i>Esforça-se em algumas situações(*)</i>	A
<i>Desmotiva-se e desiste(*)</i>		F	
Tempo de Participação na	Participa mais que 75% do tempo		

Tarefa		Participa 50-75% do tempo		
		Participa 25-50% do tempo	X	
		Participa 0-25% do tempo		
Ajustamento à Tarefa		Apresenta comportamentos adequados no decorrer da atividade	X	
		Apresenta comportamentos desajustados mas modera-os quando chamado à atenção		
		Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado		
		Não se ajusta às tarefas, revelando agressividade/apatia		
Iniciativa e Sugestões		<i>Toma iniciativa e dá sugestões(*)</i>	N	
		<i>Toma iniciativa e dá sugestões mediante reforço(*)</i>	R	
		<i>Toma iniciativa e dá sugestões mas desadequadas ao contexto(*)</i>	N	
		<i>Não toma iniciativas nem dá sugestões(*)</i>	F	
Atitude Face à Tarefa	Motivação	<i>Empenhado e dá sugestões(*)</i>	R	
		<i>Medo(*)</i>	A	
		<i>Desistência(*)</i>	F	
	Escolha da Atividade	<i>Voluntária(*)</i>	R	
		<i>Sugerida(*)</i>	F	
	Adequação	<i>Cumpre objetivos(*)</i>	A	
	Prazer Lúdico	<i>Desejo de Exploração(*)</i>	A	
		<i>Alegre(*)</i>	A	
		<i>Apático(*)</i>	R	

	<i>Aborrecido(*)</i>	N	
	<i>Prefere jogos coletivos(*)</i>	N	
	<i>Prefere brincadeiras livres(*)</i>	F	

Comunicação Verbal	Comunica	<i>Sim(*)</i>	F		
		Não			
	Compreensão	Compreende instruções complexas, sem necessidade de apoio			
		Compreende instruções complexas, com necessidade de apoio			
		Compreende instruções simples, sem necessidade de apoio			
		Compreende instruções simples, com necessidade de apoio	X		
	Linguagem	Disfasia			
		Coprolália			
		Ecolália			
		<i>Construção de frases(*)</i>	F		
		<i>Linguagem adaptada à situação(*)</i>	F		
		<i>Espontaneidade da palavra(*)</i>	A		
	Timbre de Voz	Agudo	X		
		Grave	X		
	Débito	Alto			
		Baixo	X		
	Tipo de Vocabulário	Pobre	X		
		Rico			
	Discurso	Maturo			
		Imaturo	X		

Comunicação Não-Verbal	Expressão Gráfica	Expressão gráfica com qualidade, rica em cores e ajustada à idade	
		Dificuldades na expressão gráfica, mas adequada à idade	
		Expressão gráfica pobre, desadequada à idade	X
		Expressa-se através de garatujas	
	Olhar	<i>Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente(*)</i>	F
		<i>Dirige o olhar apenas quando é solicitado(*)</i>	A
		<i>Evita o olhar(*)</i>	A
	Gestos e Mímica	<i>Comunica por gestos e mímica(*)</i>	A
		<i>Verificam-se comportamentos repetitivos(*)</i>	N
	Estereotípias	<i>Sim(*)</i> - Especificar nas observações	
		<i>Não</i>	X
		Sorriso(*) - Especificar nas observações	A
	Choro(*) - Especificar nas observações	N	

Memória	Retenção (memória a médio prazo)	<i>Recorda-se de toda a sessão, inclusive de alguns pormenores ocorridos(*)</i>	N
		<i>Recorda-se da maioria das atividades da sessão(*)</i>	A
		<i>Recorda-se somente de atividades do seu interesse(*)</i>	F
		<i>Não se recorda da informação da sessão(*)</i>	R
	Evocação (memória a longo prazo)	<i>Recorda-se da sessão anterior, explicando as atividades(*)</i>	A
		<i>Recorda-se da sessão anterior, sem dar grandes explicações(*)</i>	A

	<i>Recorda-se apenas de algumas atividades da sessão anterior(*)</i>	F	
	<i>Não se recorda das sessões anteriores(*)</i>	R	
Jogo Simbólico	<i>Procura o jogo 'faz-de-conta'(*)</i>	N	
	<i>Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano(*)</i>	R	
	Tipos de jogos/materiais que suscitam maior interesse à criança:	PINOS E ESCORREGA	

Respeito pelas regras	<i>Respeita todas as regras(*)</i>	F	
	<i>Respeita algumas regras até ao final da atividade(*)</i>	F	
	<i>Respeita parcialmente as regras(*)</i>	F	
	<i>Não respeita as regras(*)</i>	N	
Autonomia	<i>Necessidade de ajuda(*)</i>	F	
Noção de Tempo e Espaço	<i>Compreende a duração da sessão (horário de entrada e saída) (*)</i>	S	
	<i>Tem conhecimento do espaço real e do imaginário(*)</i>	F	
Tolerância à Frustração	<i>Reage de forma adequada à frustração(*)</i>	F	
	<i>Tolera o insucesso quando está sozinho(*)</i>	F	
	<i>Tolera o insucesso quando está acompanhado(*)</i>	-	
	<i>Não tolera o insucesso(*) - Especificar a reação nas observações</i>	N	

Relação			Observações		
Características Gerais	<i>A criança tem uma postura adequada na relação com o outro(*)</i>		A	MUITO INIBIDA DIFICULDADE ADERIR A RELAXAÇÃO	
	<i>A criança apresenta uma postura desinibida(*)</i>		N		
	<i>A criança consegue gerir a distância entre si e o outro(*)</i>		F		
	<i>Tolera o toque/contacto físico(*)</i>		A		
Relação com a Família	Separação	<i>A criança lida bem com a separação(*)</i>	F		
		<i>A criança fica hesitante ao separar-se(*)</i>	R		
		<i>A criança recusa separar-se(*)</i>	N		
	Atitude Face à Família	A criança mostra-se afetuosa			
		A criança mostra uma atitude adequada			X
		A criança mostra-se perturbada			
		A criança mostra-se indiferente			
	<i>A criança faz referência à família ou prestadores de cuidados durante a sessão, espontaneamente(*)</i>		R		
	<i>A criança faz referência à família ou prestadores de cuidados durante a sessão, quando solicitada(*)</i>		R		
	Relação com os Pares	<i>A criança estabelece relação com pares, espontaneamente(*)</i>			-
<i>A criança estabelece relações com pares, quando solicitada(*)</i>		-			
<i>A criança apenas estabelece relação quando é procurada(*)</i>		-			

		<i>Durante a sessão a criança apresenta um comportamento adequado para com os pares(*) - Especificar comportamento nas observações</i>	-	
		<i>Existe intencionalidade na relação(*)</i>	-	
	Cooperação	<i>A criança coopera com os seus pares nas atividades(*)</i>	-	
		<i>A criança procura e ajuda os seus pares(*)</i>	-	
		<i>A criança tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro(*)</i>	-	
Relação com o terapeuta	Tipo de Relação	Cooperação	X	
		Afetuosos		
		Indiferença		
		Oposição		
		Agressividade		
		Rejeição		
	Grau de Dependência	<i>Independente do terapeuta(*)</i>	F	
		<i>Necessita de ajuda parcial(*) - Especificar nas observações</i>	F	
		<i>Necessita de ajuda constante(*)</i>	F	
	Instruções	Cumre as instruções, com satisfação	X	
		Cumre as instruções, contrariado		
		Faz o oposto do que lhe foi solicitado		
		Não presta atenção às instruções		
		Não cumpre as instruções		
	Grau de Confiança	Mostra-se familiar, expondo a sua opinião	X	
Revela os seus medos a inquietações				
Procura o terapeuta enquanto parceiro de jogo		X		
Raramente confia no terapeuta				
Não revela qualquer afinidade/empatia				
Relação com o Espaço Envolverte	Exploração do Espaço	Explora todo o espaço		
		Explora parcialmente o espaço	X	
		Explora apenas o espaço próximo de si		

		Não explora o espaço		
	Exploração dos Materiais	Relaciona-se com todo o material		
		Explora todo o material mas fixa-se num específico	X	
		Apenas explora materiais específicos - Dar exemplo		
		Não se relaciona com o material mas mostra interesse		
		Não se relaciona com nenhum material		
		Apresenta uma relação de atração com os objetos		
		Apresenta uma relação de repulsa com os objetos		
		<i>Escolha materiais adequados à faixa etária(*)</i>	S	
		<i>Escolhe materiais adequados ao género(*)</i>	S	
Parcerias		Estratégias	Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	
	Imita as estratégias dos colegas			
	Desenvolve poucas estratégias, mas eficazes			
	Desenvolve estratégias pouco eficazes			
	Não desenvolve estratégias		X	
	Parcerias	A criança interage com todos os parceiros de jogo		
		A criança interage com uma criança específica		
		A criança interage com um adulto específico	X	
		A criança brinca geralmente sozinha, sem procurar parceiros		
	Iniciativa	A criança realiza parcerias espontaneamente	X	
		A criança realiza parcerias apenas quando solicitada	X	

Aspetos e Fatores Psicomotores			Observações
Sincinésias	<i>A criança apresenta sincinésias(*) - Especificar em que atividades nas observações</i>		N
Tempo de reação	<i>A criança demora muito tempo a reagir a estímulos(*)</i>		F
	Lentificação na resposta	Atividades verbais	X
		Atividades auditivas	X
		Atividades sensitivas	X
Atividades motoras		X	
Coordenação dos movimentos	<i>Verifica-se coordenação dos movimentos ao nível dos membros superiores(*)</i>		R
	<i>Verifica-se coordenação dos movimentos ao nível dos membros inferiores(*)</i>		N
Precisão e controlo dos movimentos	Os movimentos são precisos e controlados		
	Os movimentos são pouco precisos e controlados		
	Os movimentos não são precisos nem controlados		X
Equilíbrio	<i>A criança consegue manter-se em equilíbrio estático(*)</i>		A
	Equilíbrio em apoio	Apoia-se em ambos os pés	X
		Apoia-se apenas sobre o pé esquerdo	
		Apoia-se apenas sobre o pé direito	
		Não mantém o equilíbrio em nenhum dos pés	X
<i>A criança consegue manter-se em equilíbrio dinâmico(*)</i>		F	ALGUMAS QUEDAS
Lateralidade	Preferência manual	Dextra	X
		Esquerdina	
		Ambidextra	
	Distinção direita-esquerda	Distingue e nomeia-as corretamente	
		Reconhece mas não faz distinção verbal	X
Não faz qualquer distinção			
Noção do corpo	Reconhecimento tátil	Reconhece os segmentos em que é tocado	X

		Não reconhece os segmentos em que lhe tocam			
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si	Nomeia a maioria dos segmentos			
		Nomeia alguns segmentos	X		
		Não nomeia nenhum segmento			
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro	Nomeia a maioria dos segmentos			
		Nomeia alguns segmentos	X		
		Não nomeia nenhum segmento			
	Estruturação espaço-temporal	Representação topográfica	Representa graficamente o espaço e realiza uma trajetória pré-traçada sem dificuldades		
			Representa graficamente o espaço e realiza uma trajetória pré-traçada com alguma hesitação e/ou desorientação		
			Representa graficamente o espaço mas não realiza a trajetória		
Representa graficamente o espaço com algumas dificuldades e realiza uma trajetória pré-traçada sem dificuldades					
Representa graficamente o espaço com algumas dificuldades e realiza uma trajetória pré-traçada com alguma hesitação e/ou desorientação					

		Representa graficamente o espaço com algumas dificuldades mas não realiza uma trajetória pré-traçada		
		Não representa graficamente o espaço mas realiza a trajetória pré-traçada sem dificuldades		
		Não representa graficamente o espaço mas realiza a trajetória pré-traçada com alguma hesitação e/ou desorientação		
		Não representa graficamente o espaço nem realiza a trajetória	X	
	Estruturação rítmica	Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada, sem dificuldades		
		Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada, com algumas dificuldades		
		Não reproduz uma sequência rítmica apresentada		
Praxia global e fina	Dismetria	<i>A criança apresenta sinais de dismetria(*)</i>	N	
	Destreza manual e digital	<i>Realiza tarefas que exijam destreza manual(*)</i>	A	

Anexo E: Resultados da Avaliação Final do D

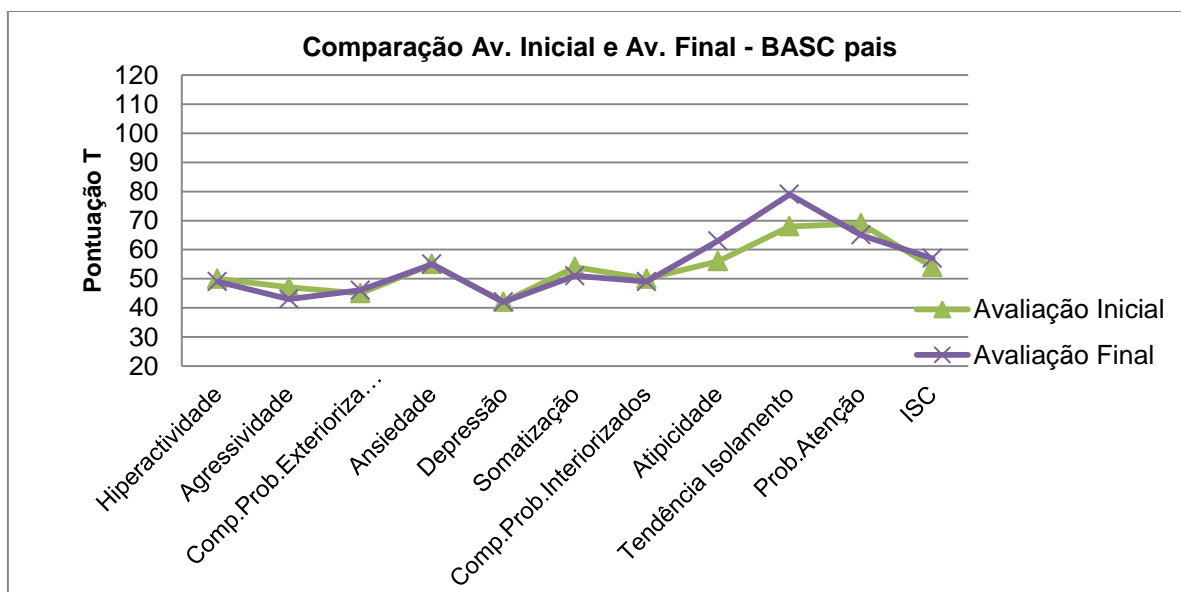


Gráfico E4. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-pais do D

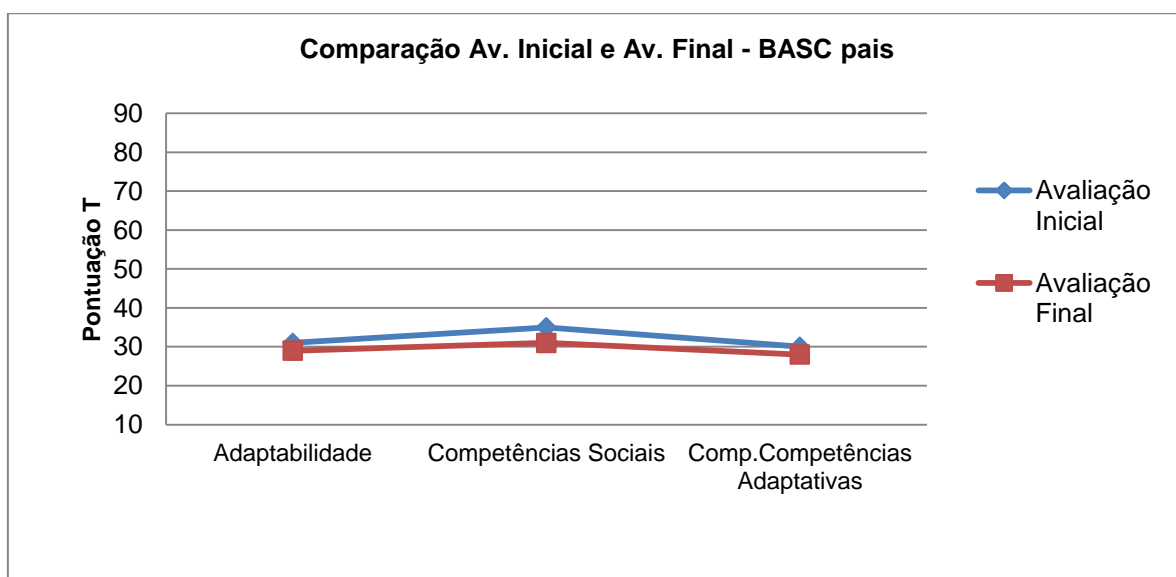


Gráfico E5. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-pais do D

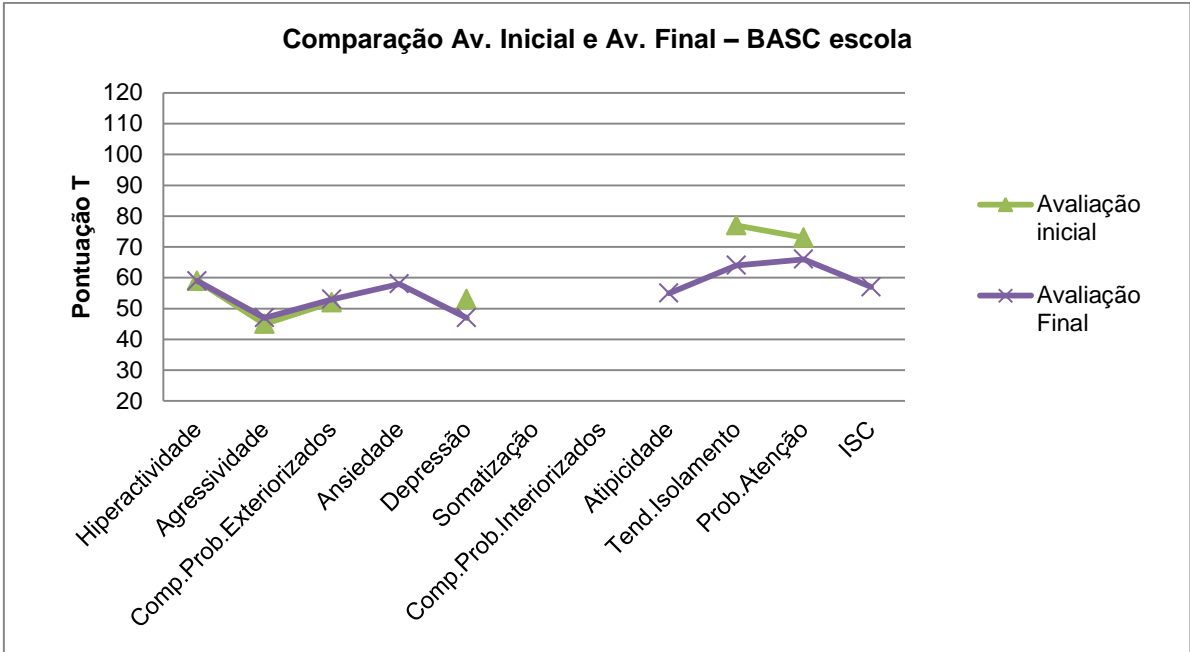


Gráfico E6. Comparação entre a avaliação inicial e final nas Escalas Clínicas, na BASC-escola do D

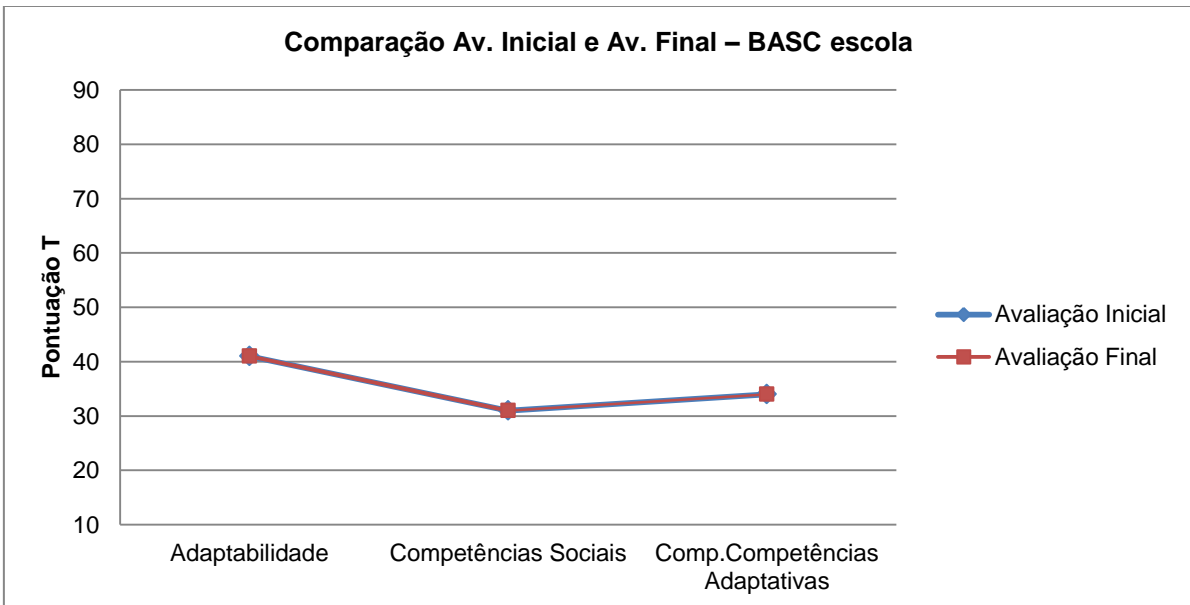


Gráfico E7. Comparação entre a avaliação inicial e final nas Escalas Adaptativas, na BASC-escola do D

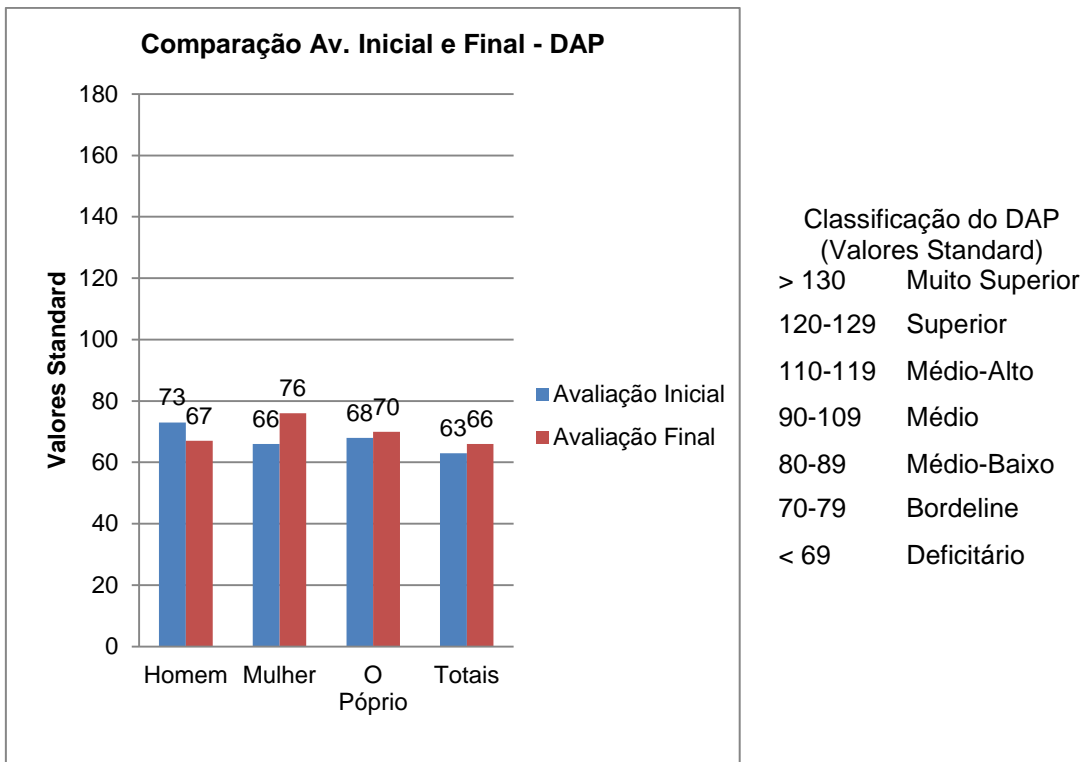


Gráfico E8. Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, do D

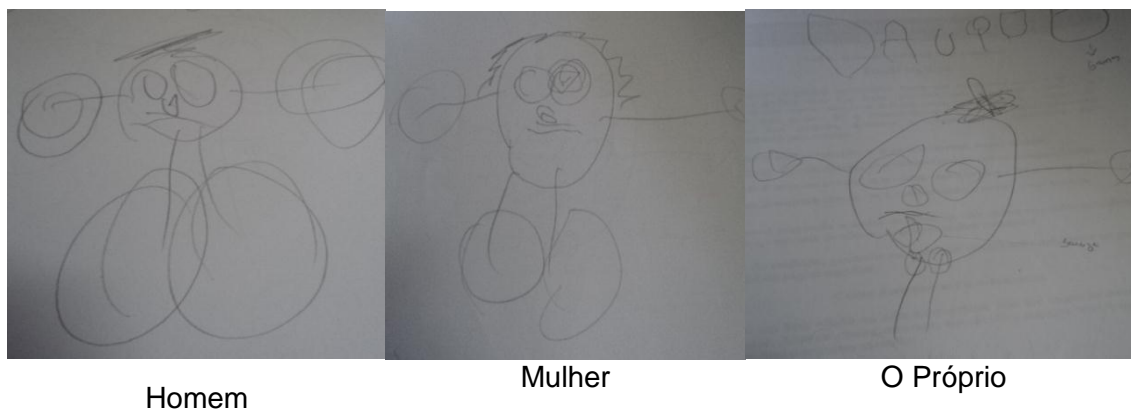


Figura 7. Desenhos do DAP final do D

Grelha de Observação de Comportamentos (GOC)

Identificação do Indivíduo

Nome: D

Data de nascimento: 15/01/06

Idade: 6 anos

Escolaridade: pré-escola

Estado emocional: adequado

Observador: Patrícia Gonçalves

Data de Observação:

Junho 2012

Local de Aplicação: Clínica da Encarnação – ginásio

Condições de aplicação: adequada

Tabela E24. Resultados da avaliação final do D pela GOC

Aspeto Somático			Observações
Aspeto Morfológico	Ectomorfo		
	Mesomorfo	X	
	Endomorfo		
Aspetos Ortopédicos	Joelhos valgos		
	Pé Plano		
	Outros		
Problemas Posturais	Lordose		
	Cifose		
	Escoliose		
Outros Aspetos	Tiques		
	Estereotipias		
	Sucção Polegar		
	Deficiência		
	Outros		

Apresentação			Observações
Imagem/Vestuário	Cuidado	X	
	Descuidado		
Postura	Hipertónico		
	Hipotónico		
	Eutónico	X	
Forma de Apresentação	Inibido		
	Desinibido		
	Ansioso		
	Calmo	X	
	Inconstante		

Comportamento e Desempenho na Realização de Tarefas			Observações
Apresentação/Postura Perante a Tarefa		Ansioso	
		Cooperante	X
		Distraído	X
		Motivado	X
		Ativo	X
		Passivo	
		Criativo	
Participação na Tarefa	Adesão	Voluntária	X
		Com estímulo	
		Concretiza até ao final	X
		Não adere	
	Atenção	Presta atenção a Atividades significativas, mais de 15 minutos	
		Presta atenção a Atividades que o motivam, entre 5 a 15 minutos	X
		Presta atenção a Atividades significativas, menos de 5 minutos	
		Não presta atenção, sendo necessário repetir as instruções	
	Impulsividade	Não demonstra qualquer impulsividade	
		Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	X
		Verbalização constante durante a instrução	
		Não planeia a execução da tarefa	
	Persistência	<i>Esforça-se em todas as tarefas e não desiste(*)</i>	F
<i>Esforça-se em algumas situações(*)</i>		S	
<i>Desmotiva-se e desiste(*)</i>		R	
Tempo de Participação na Tarefa	Participa mais que 75% do tempo		
	Participa 50-75% do tempo	X	
	Participa 25-50% do tempo		

		Participa 0-25% do tempo		
Ajustamento à Tarefa		Apresenta comportamentos adequados no decorrer da Atividade		
		Apresenta comportamentos desajustados mas modera-os quando chamado à atenção		
		Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado		
		Não se ajusta às tarefas, revelando agressividade/apatia		
Iniciativa e Sugestões		<i>Toma iniciativa e dá sugestões(*)</i>	F	
		<i>Toma iniciativa e dá sugestões mediante reforço(*)</i>	S	
		<i>Toma iniciativa e dá sugestões mas desadequadas ao contexto(*)</i>	R	
		<i>Não toma iniciativas nem dá sugestões(*)</i>	N	
Atitude Face à Tarefa	Motivação	<i>Empenhado e dá sugestões(*)</i>	F	
		<i>Medo(*)</i>	N	
		<i>Desistência(*)</i>	A	
	Escolha da Atividade	<i>Voluntária(*)</i>	F	
		<i>Sugerida(*)</i>	F	
	Adequação	<i>Cumpre objetivos(*)</i>	A	
	Prazer Lúdico	<i>Desejo de Exploração(*)</i>	S	
		<i>Alegre(*)</i>	F	
		<i>Apático(*)</i>	N	
		<i>Aborrecido(*)</i>	N	
		<i>Prefere jogos coletivos(*)</i>	-	
		<i>Prefere brincadeiras livres(*)</i>	F	

Comunicação Verbal	Comunica	Sim(*)	S		
		Não			
	Compreensão	Compreende instruções complexas, sem necessidade de apoio			
		Compreende instruções complexas, com necessidade de apoio			
		Compreende instruções simples, sem necessidade de apoio	X		
		Compreende instruções simples, com necessidade de apoio			
	Linguagem	Disfasia			
		Coprolália			
		Ecolália			
		Construção de frases(*)	F		
		Linguagem adaptada à situação(*)	A		
		Espontaneidade da palavra(*)	F		
	Timbre de Voz	Agudo			
		Grave	X		
	Débito	Alto	X		
		Baixo	X		
	Tipo de Vocabulário	Pobre	X		
		Rico			
	Discurso	Maturo			
		Imaturo	X		

	Expressão Gráfica	Expressão gráfica com qualidade, rica em cores e ajustada à idade		
		Dificuldades na expressão gráfica, mas adequada à idade		
		Expressão gráfica pobre, desadequada à idade	X	
		Expressa-se através de garatujas		

Comunicação Não-Verbal	Olhar	<i>Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente(*)</i>	S	
		<i>Dirige o olhar apenas quando é solicitado(*)</i>	R	
		<i>Evita o olhar(*)</i>	N	
	Gestos e Mímica	<i>Comunica por gestos e mímica(*)</i>	R	
		<i>Verificam-se comportamentos repetitivos(*)</i>	N	
	Estereotípias	<i>Sim(*) - Especificar nas observações</i>		
		<i>Não</i>	X	
	<i>Sorriso(*) - Especificar nas observações</i>		F	
	<i>Choro(*) - Especificar nas observações</i>		N	

Memória	Retenção (memória a médio prazo)	<i>Recorda-se de toda a sessão, inclusive de alguns pormenores ocorridos(*)</i>	A	
		<i>Recorda-se da maioria das Atividades da sessão(*)</i>	F	
		<i>Recorda-se somente de Atividades do seu interesse(*)</i>	A	
		<i>Não se recorda da informação da sessão(*)</i>	R	
	Evocação (memória a longo prazo)	<i>Recorda-se da sessão anterior, explicando as Atividades(*)</i>	R	
		<i>Recorda-se da sessão anterior, sem dar grandes explicações(*)</i>	A	
		<i>Recorda-se apenas de algumas Atividades da sessão anterior(*)</i>	F	
		<i>Não se recorda das sessões anteriores(*)</i>	R	
Jogo Simbólico	<i>Procura o jogo 'faz-de-conta'(*)</i>		N	
	<i>Transfere para as Atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano(*)</i>		A	
	Tipos de jogos/materiais que suscitam maior interesse à criança:			Pinos e Bolas

Respeito pelas regras	<i>Respeita todas as regras(*)</i>	F	
	<i>Respeita algumas regras até ao final da Atividade(*)</i>	S	
	<i>Respeita parcialmente as regras(*)</i>	R	
	<i>Não respeita as regras(*)</i>	N	
Autonomia	<i>Necessidade de ajuda(*)</i>	A	
Noção de Tempo e Espaço	<i>Compreende a duração da sessão (horário de entrada e saída) (*)</i>	S	
	<i>Tem conhecimento do espaço real e do imaginário(*)</i>	S	
Tolerância à Frustração	<i>Reage de forma adequada à frustração(*)</i>	F	Fuga da tarefa
	<i>Tolera o insucesso quando está sozinho(*)</i>	F	
	<i>Tolera o insucesso quando está acompanhado(*)</i>	F	
	<i>Não tolera o insucesso(*) - Especificar a reação nas observações</i>	R	

Relação			Observações	
Características Gerais	<i>A criança tem uma postura adequada na relação com o outro(*)</i>		A	Evita o contato na relaxação; fuga.
	<i>A criança apresenta uma postura desinibida(*)</i>		R	
	<i>A criança consegue gerir a distância entre si e o outro(*)</i>		F	
	<i>Tolera o toque/contacto físico(*)</i>		A	
Relação com a Família	Separação	<i>A criança lida bem com a separação(*)</i>	S	
		<i>A criança fica hesitante ao separar-se(*)</i>	N	
		<i>A criança recusa separar-se(*)</i>	N	
	Atitude Face à Família	<i>A criança mostra-se afetuosa</i>	X	
		<i>A criança mostra uma atitude adequada</i>		
		<i>A criança mostra-se perturbada</i>		
		<i>A criança mostra-se indiferente</i>		
	<i>A criança faz referência à família ou prestadores de cuidados durante a sessão, espontaneamente(*)</i>		A	
	<i>A criança faz referência à família ou prestadores de cuidados durante a sessão, quando solicitada(*)</i>		F	
	Relação com os Pares	<i>A criança estabelece relação com pares, espontaneamente(*)</i>		-
<i>A criança estabelece relações com pares, quando solicitada(*)</i>		-		
<i>A criança apenas estabelece relação quando é procurada(*)</i>		-		
<i>Durante a sessão a criança apresenta um comportamento adequado para com os pares(*) - Especificar comportamento nas observações</i>		-		
<i>Existe intencionalidade na relação(*)</i>		-		

	Cooperação	<i>A criança coopera com os seus pares nas Atividades(*)</i>	-	
<i>A criança procura e ajuda os seus pares(*)</i>		-		
<i>A criança tem noção das consequências das suas atitudes e comportamentos no outro(*)</i>		-		
Relação com o terapeuta	Tipo de Relação	Cooperação	X	
		Afetuosos		
		Indiferença		
		Oposição		
		Agressividade		
		Rejeição		
	Grau de Dependência	<i>Independente do terapeuta(*)</i>	A	Permanência nas tarefas
		<i>Necessita de ajuda parcial(*) - Especificar nas observações</i>	A	
		<i>Necessita de ajuda constante(*)</i>	R	
	Instruções	Cumprir as instruções, com satisfação	X	
		Cumprir as instruções, contrariado		
		Faz o oposto do que lhe foi solicitado		
		Não presta atenção às instruções	X	
		Não cumprir as instruções		
	Grau de Confiança	Mostra-se familiar, expondo a sua opinião	X	
Revela os seus medos e inquietações				
Procura o terapeuta enquanto parceiro de jogo		X		
Raramente confia no terapeuta				
Não revela qualquer afinidade/empatia				
Relação com o Espaço Envoltivo	Exploração do Espaço	Explora todo o espaço	X	
		Explora parcialmente o espaço		
		Explora apenas o espaço próximo de si		
		Não explora o espaço		
	Exploração dos Materiais	Relaciona-se com todo o material	X	
		Explora todo o material mas fixa-se num específico		

		Apenas explora materiais específicos		
		Dar exemplo		
		Não se relaciona com o material mas mostra interesse		
		Não se relaciona com nenhum material		
		Apresenta uma relação de atração com os objetos		
		Apresenta uma relação de repulsa com os objetos		
		<i>Escolha materiais adequados à faixa etária(*)</i>	F	
		<i>Escolhe materiais adequados ao género(*)</i>	S	
Parcerias	Estratégias	Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações		
		Imita as estratégias dos colegas		
		Desenvolve poucas estratégias, mas eficazes		
		Desenvolve estratégias pouco eficazes		
		Não desenvolve estratégias	X	
	Parcerias	A criança interage com todos os parceiros de jogo		
		A criança interage com uma criança específica		
		A criança interage com um adulto específico	X	
		A criança brinca geralmente sozinha, sem procurar parceiros		
	Iniciativa	A criança realiza parcerias espontaneamente	X	Em relação à terapeuta
		A criança realiza parcerias apenas quando solicitada		

Aspetos e Fatores Psicomotores			Observações
Sincinésias	<i>A criança apresenta sincinésias(*) - Especificar em que Atividades nas observações</i>		N
Tempo de reação	<i>A criança demora muito tempo a reagir a estímulos(*)</i>		A
	Lentificação na resposta	Atividades verbais	
		Atividades auditivas	X
		Atividades sensitivas	
Atividades motoras			
Coordenação dos movimentos	<i>Verifica-se coordenação dos movimentos ao nível dos membros superiores(*)</i>		F
	<i>Verifica-se coordenação dos movimentos ao nível dos membros inferiores(*)</i>		R
Precisão e controlo dos movimentos	Os movimentos são precisos e controlados		
	Os movimentos são pouco precisos e controlados		X
	Os movimentos não são precisos nem controlados		
Equilíbrio	<i>A criança consegue manter-se em equilíbrio estático(*)</i>		S
	Equilíbrio em apoio	Apoia-se em ambos os pés	X
		Apoia-se apenas sobre o pé esquerdo	X
		Apoia-se apenas sobre o pé direito	X
		Não mantém o equilíbrio em nenhum dos pés	
<i>A criança consegue manter-se em equilíbrio dinâmico(*)</i>		S	
Lateralidade	Preferência manual	Dextra	X
		Esquerdina	
		Ambidextra	
	Distinção direita-esquerda	Distingue e nomeia-as corretamente	
		Reconhece mas não faz distinção verbal	X
		Não faz qualquer distinção	

Noção do corpo	Reconhecimento táctil	Reconhece os segmentos em que é tocado	X		
		Não reconhece os segmentos em que lhe tocam			
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si	Nomeia a maioria dos segmentos	X		
		Nomeia alguns segmentos			
		Não nomeia nenhum segmento			
	Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais no outro	Nomeia a maioria dos segmentos			
		Nomeia alguns segmentos	X		
		Não nomeia nenhum segmento			
	Estruturação espaço-temporal	Representação topográfica	Representa graficamente o espaço e realiza uma trajetória pré-traçada sem dificuldades		
			Representa graficamente o espaço e realiza uma trajetória pré-traçada com alguma hesitação e/ou desorientação		
Representa graficamente o espaço mas não realiza a trajetória					
Representa graficamente o espaço com algumas dificuldades e realiza uma trajetória pré-traçada sem dificuldades					
Representa graficamente o espaço com algumas dificuldades e realiza uma trajetória pré-traçada com alguma hesitação e/ou desorientação					

		Representa graficamente o espaço com algumas dificuldades mas não realiza uma trajetória pré-traçada		
		Não representa graficamente o espaço mas realiza a trajetória pré-traçada sem dificuldades		
		Não representa graficamente o espaço mas realiza a trajetória pré-traçada com alguma hesitação e/ou desorientação	X	
		Não representa graficamente o espaço nem realiza a trajetória		
	Estruturação rítmica	Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada, sem dificuldades	-	
		Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada, com algumas dificuldades	-	
		Não reproduz uma sequência rítmica apresentada	-	
Praxia global e fina	Dismetria	<i>A criança apresenta sinais de dismetria(*)</i>	A	
	Destreza manual e digital	<i>Realiza tarefas que exijam destreza manual(*)</i>	F	Mas apresenta muitas dificuldades

Anexo F: Resultados da Avaliação Final do R

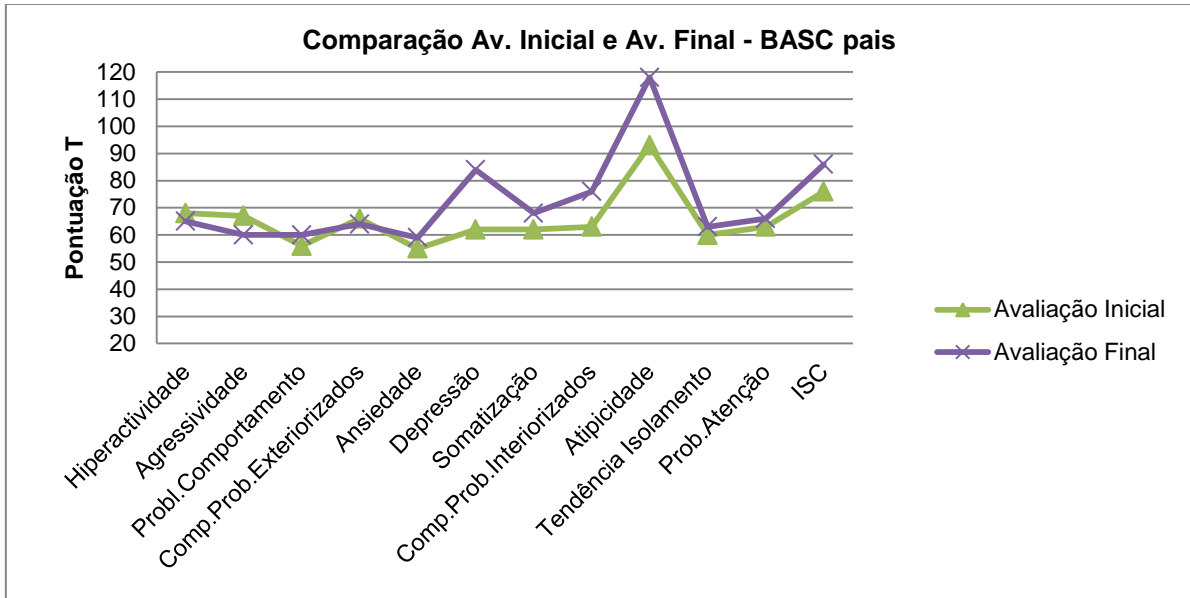


Gráfico F9. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-pais do R

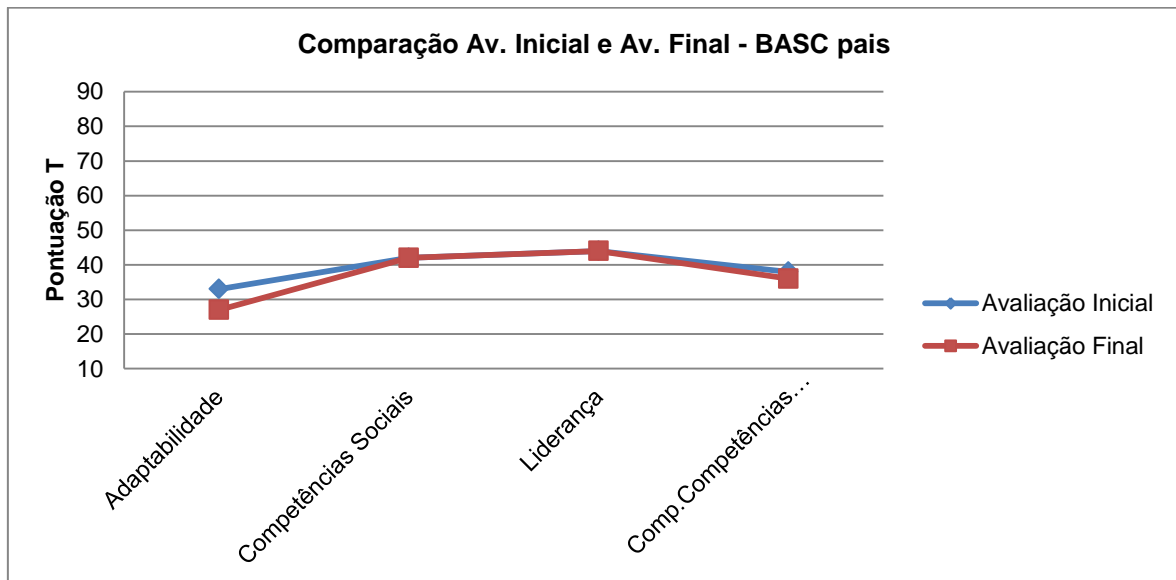


Gráfico F10. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-pais do R

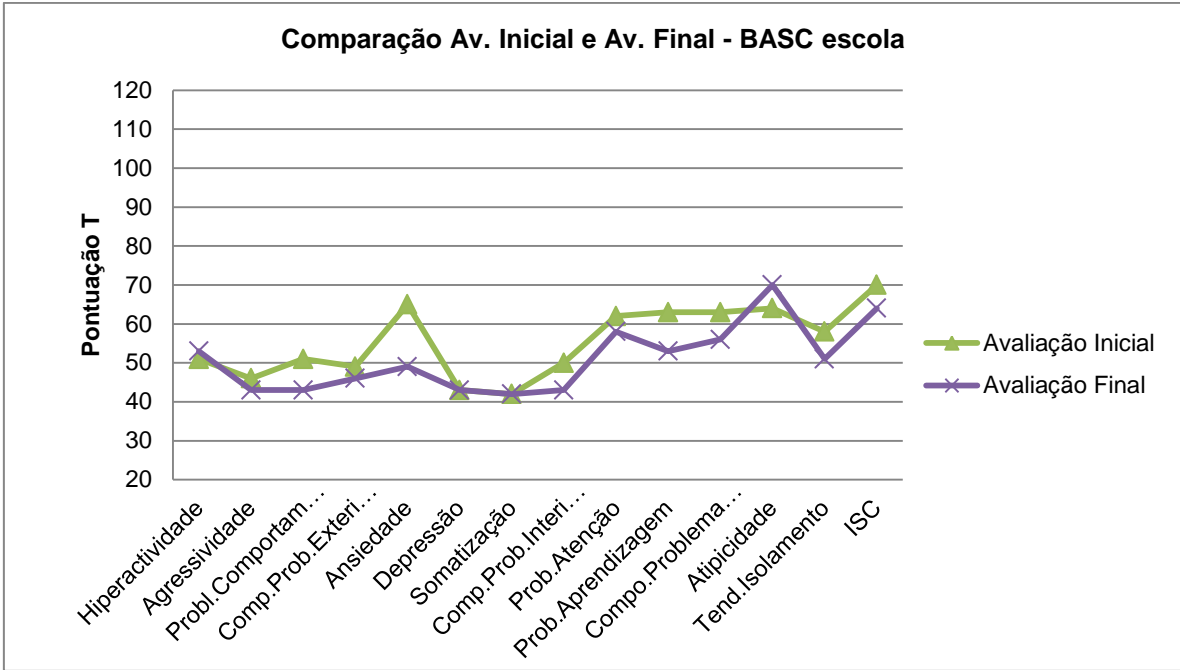


Gráfico F11. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-escola do R

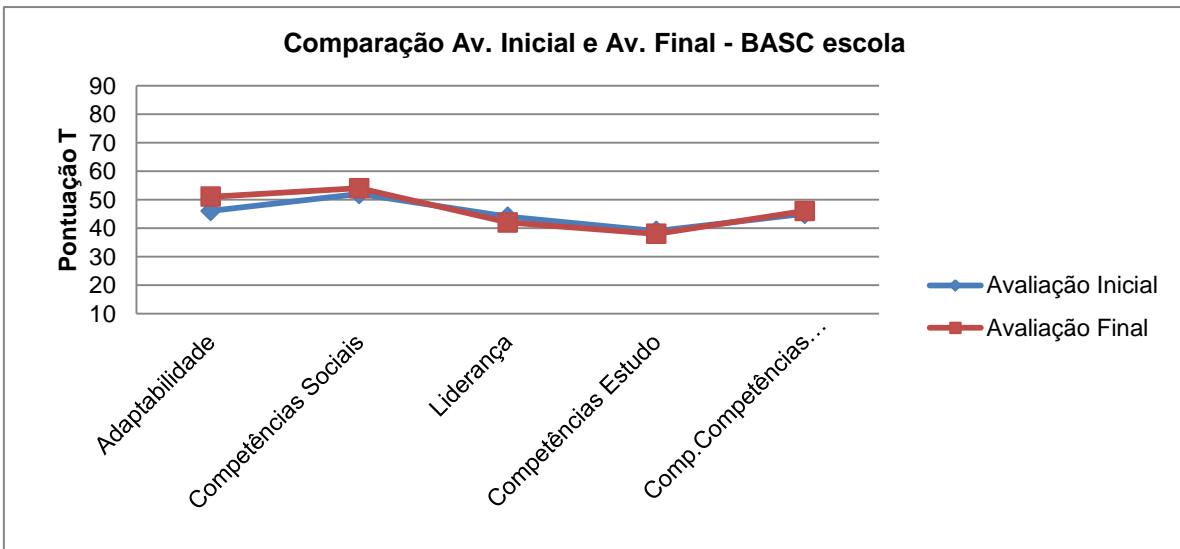
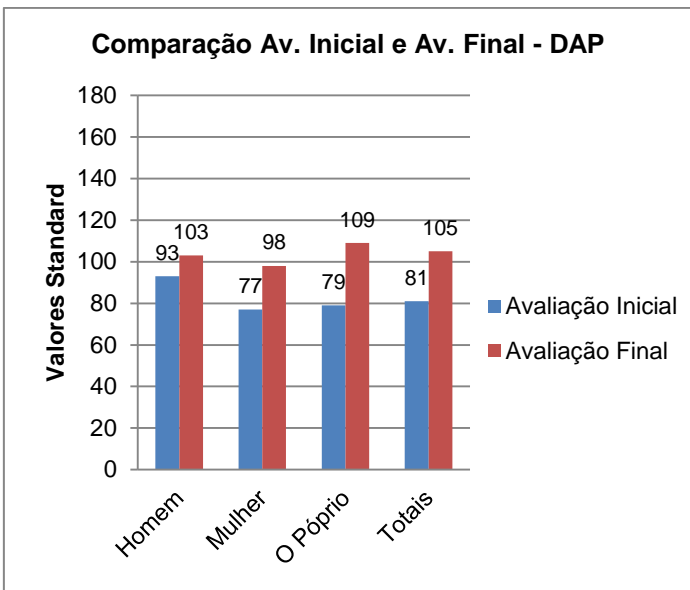


Gráfico F12. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-escola do R



Classificação do DAP (Valores Standard)

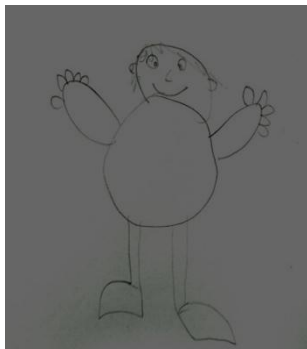
> 130	Muito Superior
120-129	Superior
110-119	Médio-Alto
90-109	Médio
80-89	Médio-Baixo
70-79	Bordeline
< 69	Deficitário

Gráfico F13. Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, do R

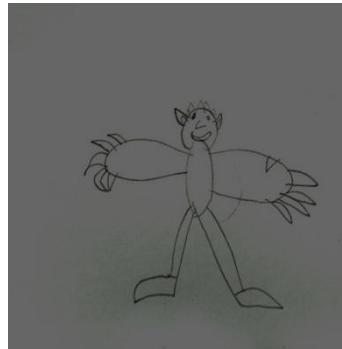
DAP INICIAL



Homem



Mulher



O Próprio

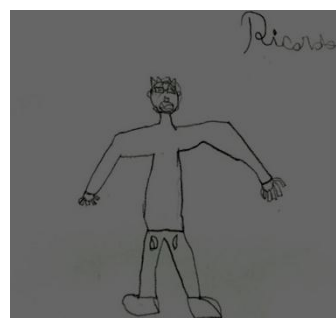
DAP FINAL



Homem



Mulher



O Próprio

Figura F8. Desenhos do DAP inicial e final, do R

Anexo G: Resultados da Avaliação Final do S

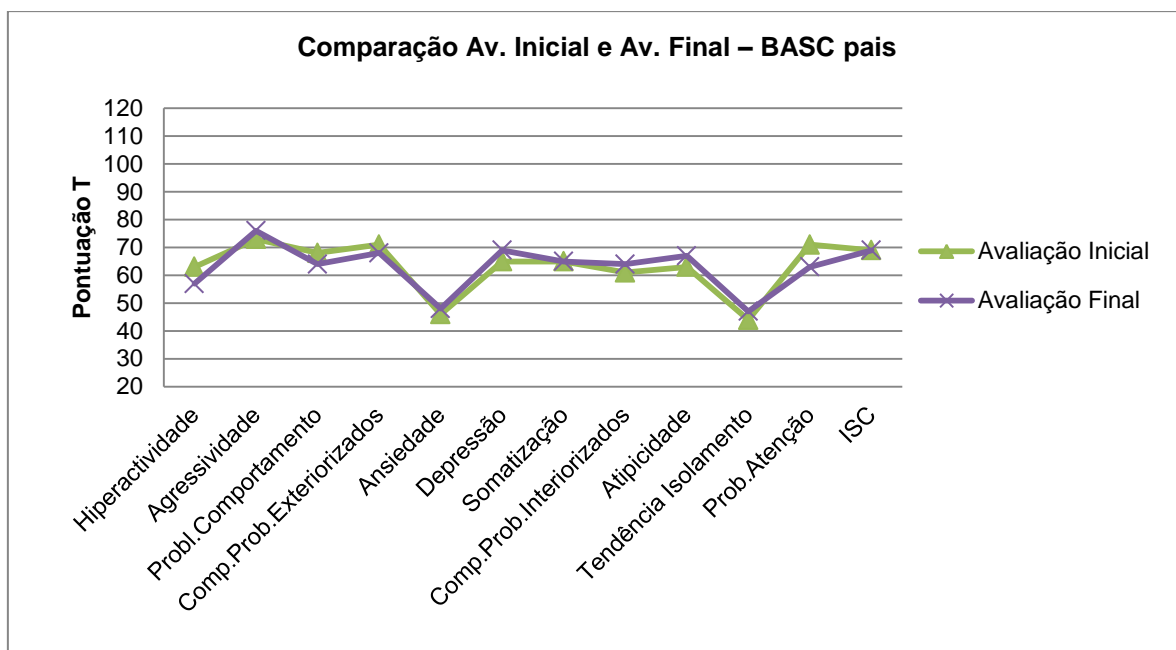


Gráfico G14. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-pais do S

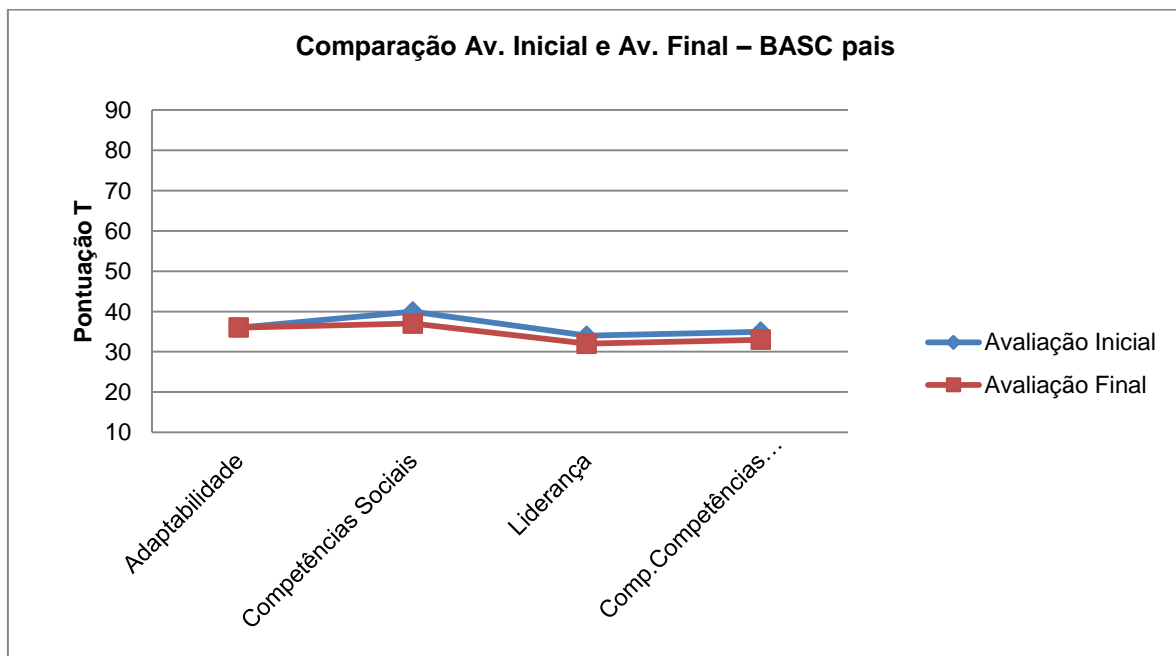


Gráfico G15. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-pais do S

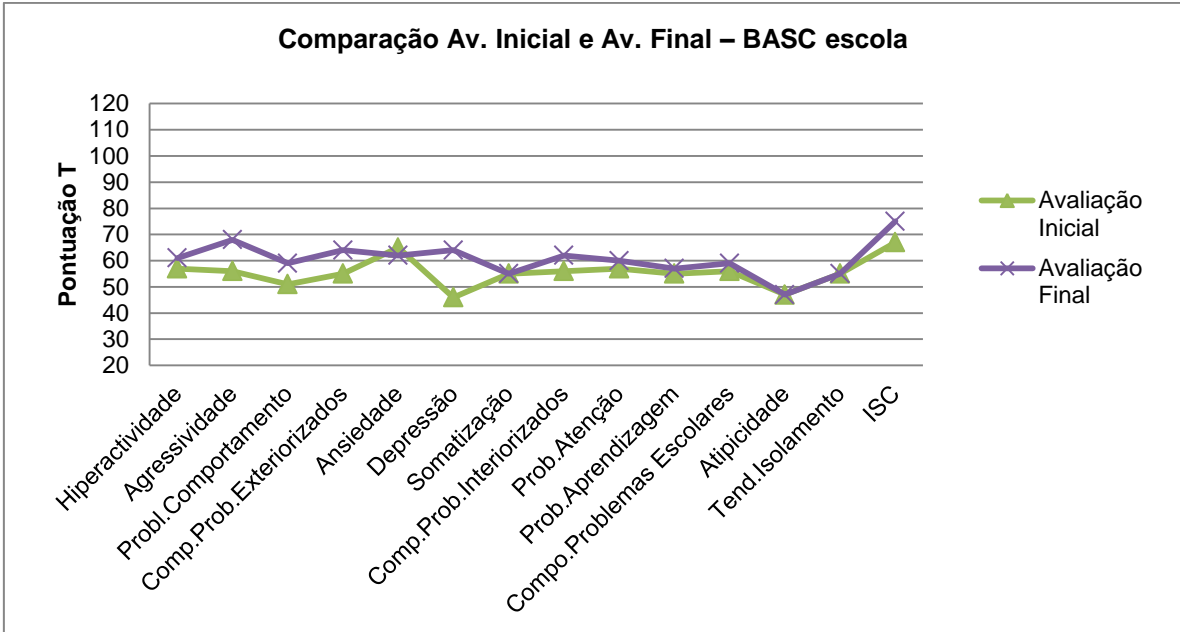


Gráfico G16. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-escola do S

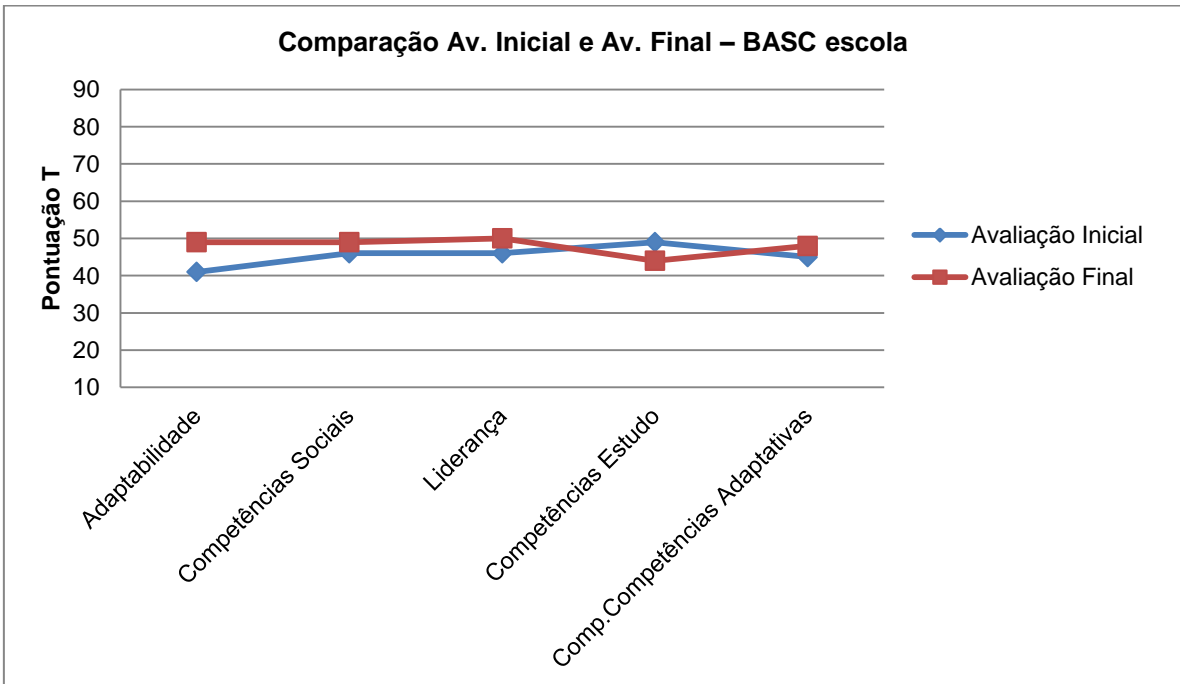
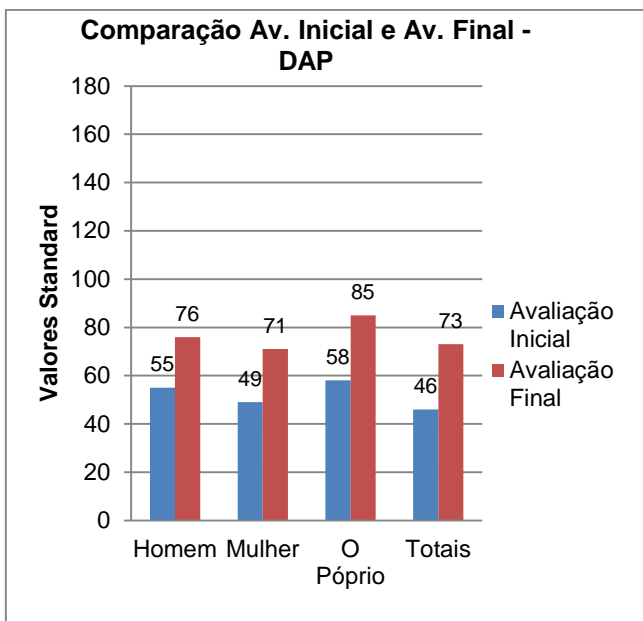


Gráfico G17. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-escola do S



Classificação do DAP (Valores Standard)

> 130	Muito Superior
120-129	Superior
110-119	Médio-Alto
90-109	Médio
80-89	Médio-Baixo
70-79	Bordeline
< 69	Deficitário

Gráfico G18. Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, do S

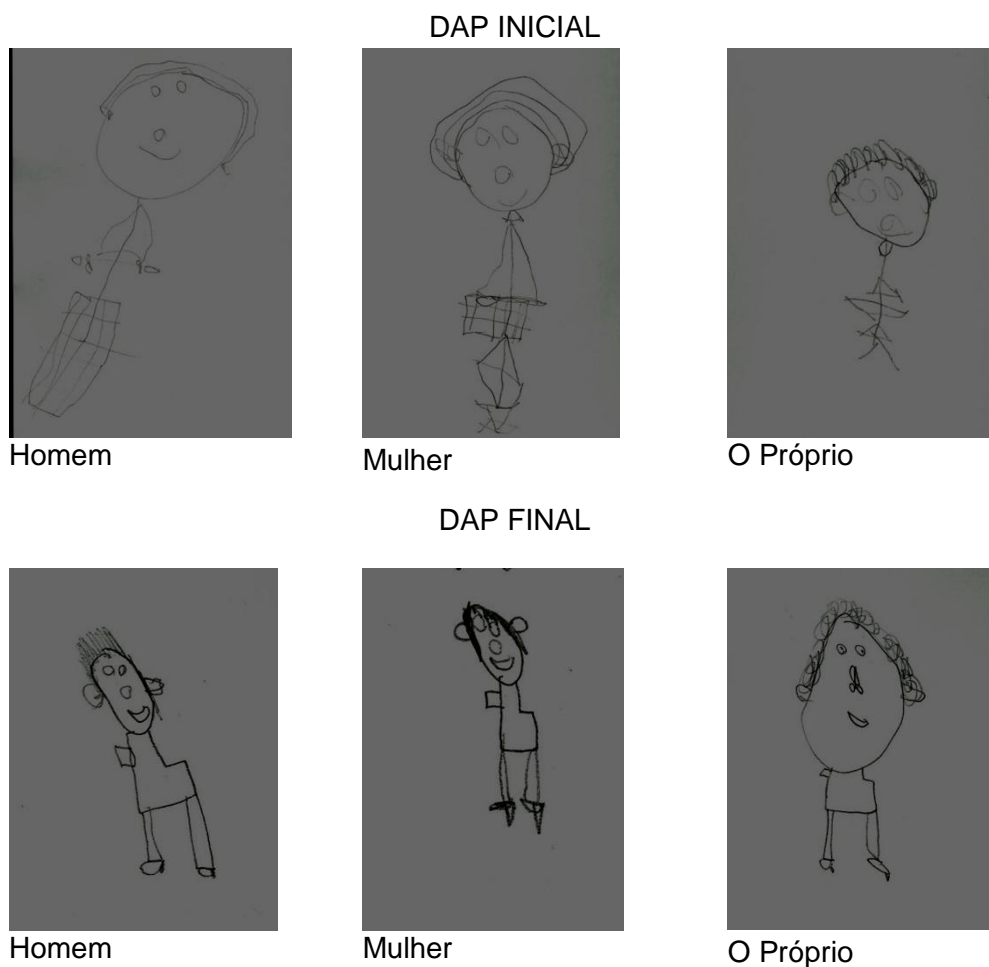


Figura G9. Desenhos do DAP inicial e final, do S

Anexo H: Resultados da Avaliação Final da M

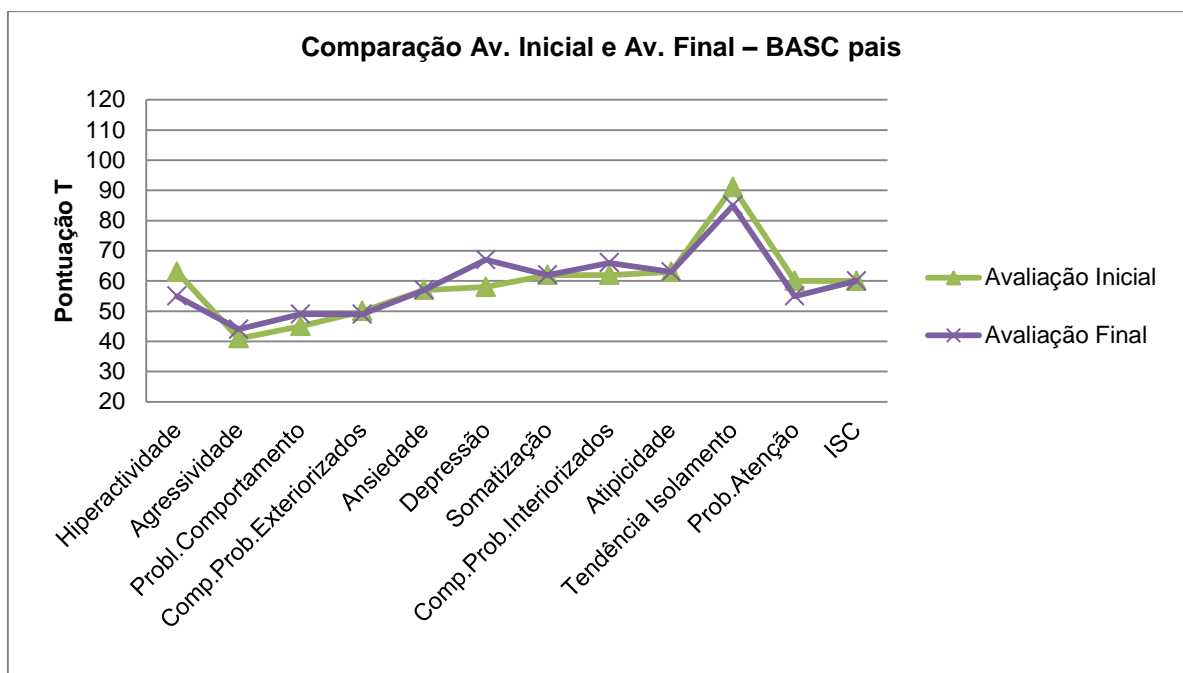


Gráfico H19. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-pais da M

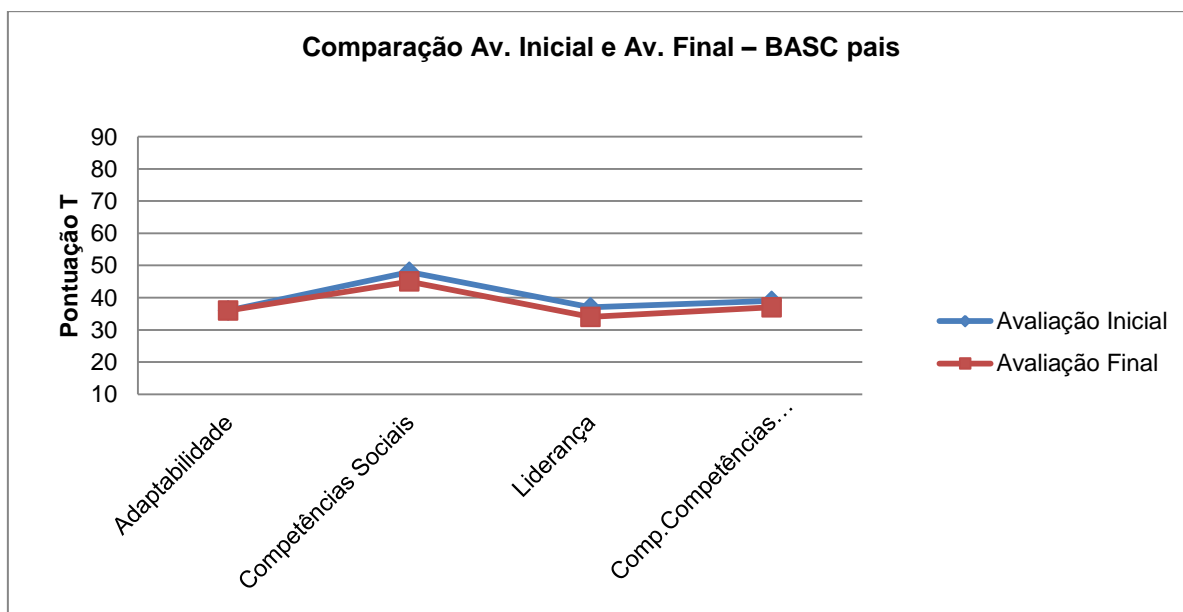


Gráfico H20. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-pais da M

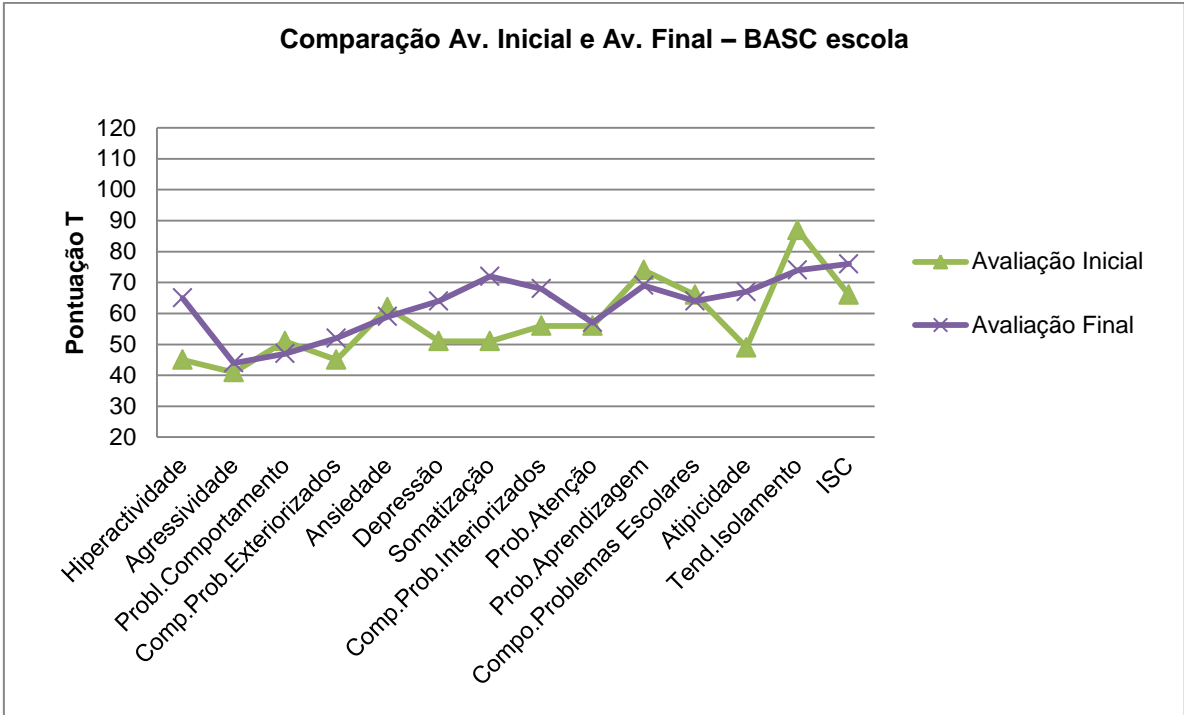


Gráfico H21. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Clínicas, na BASC-escola da M

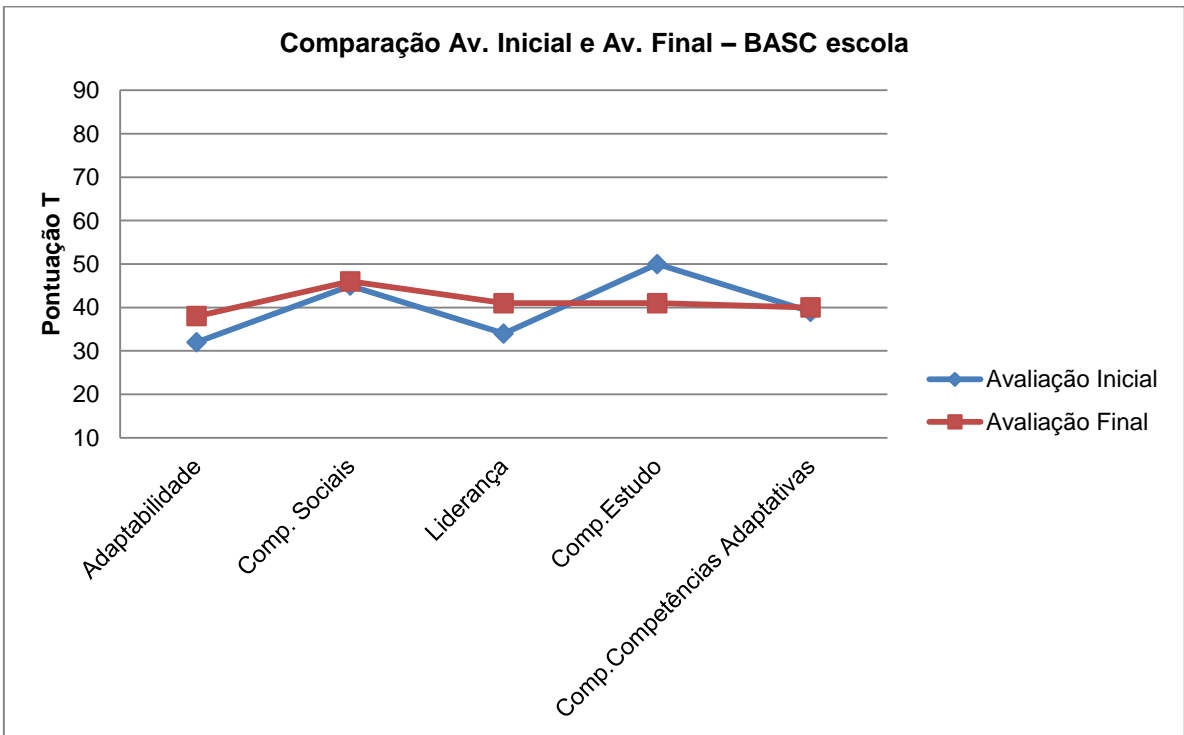
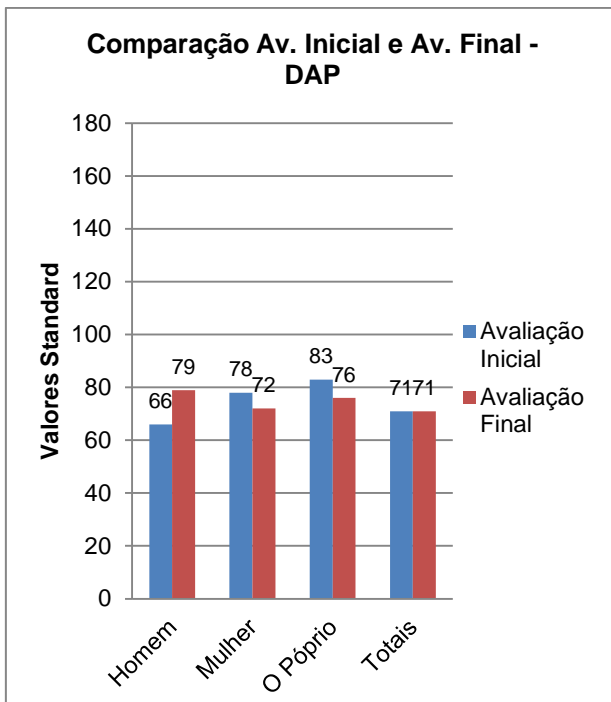


Gráfico H22. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escalas Adaptativas, na BASC-escola da M



Classificação do DAP (Valores Standard)

> 130	Muito Superior
120-129	Superior
110-119	Médio-Alto
90-109	Médio
80-89	Médio-Baixo
70-79	Bordeline
< 69	Deficitário

Gráfico H23. Comparação entre a avaliação inicial e final pelo DAP, da M

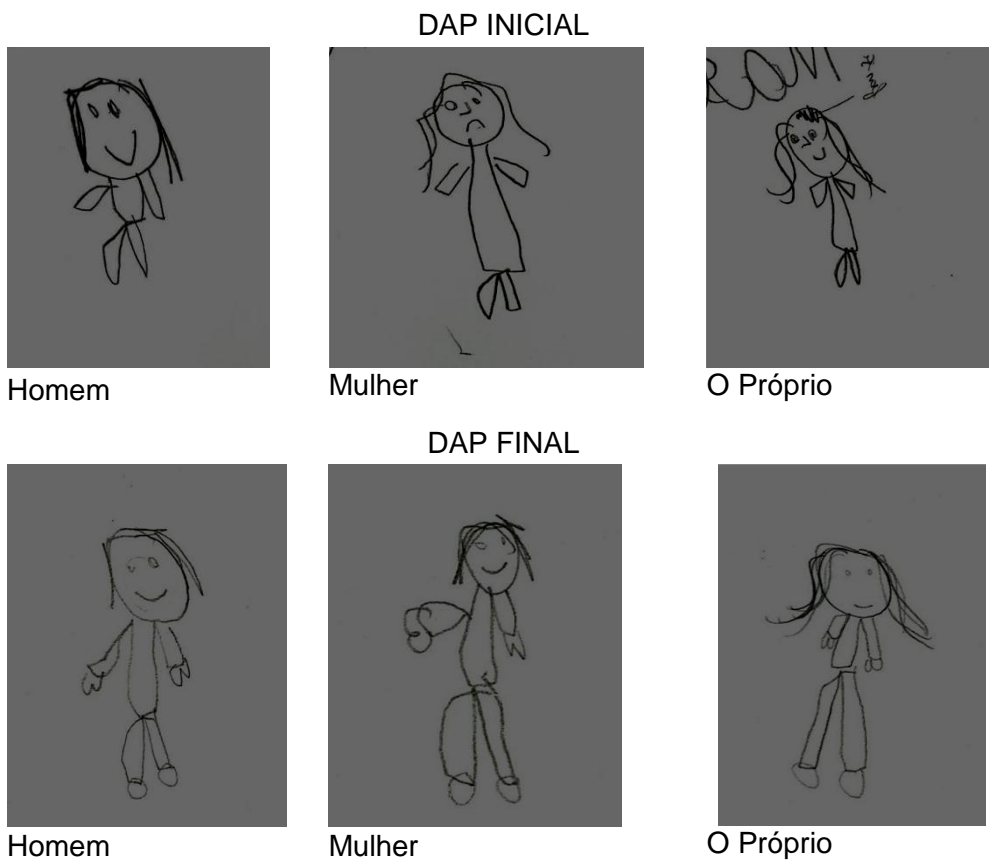


Figura H10. Desenhos no DAP inicial e final, da M

Anexo I: Resultados da Avaliação Final do F

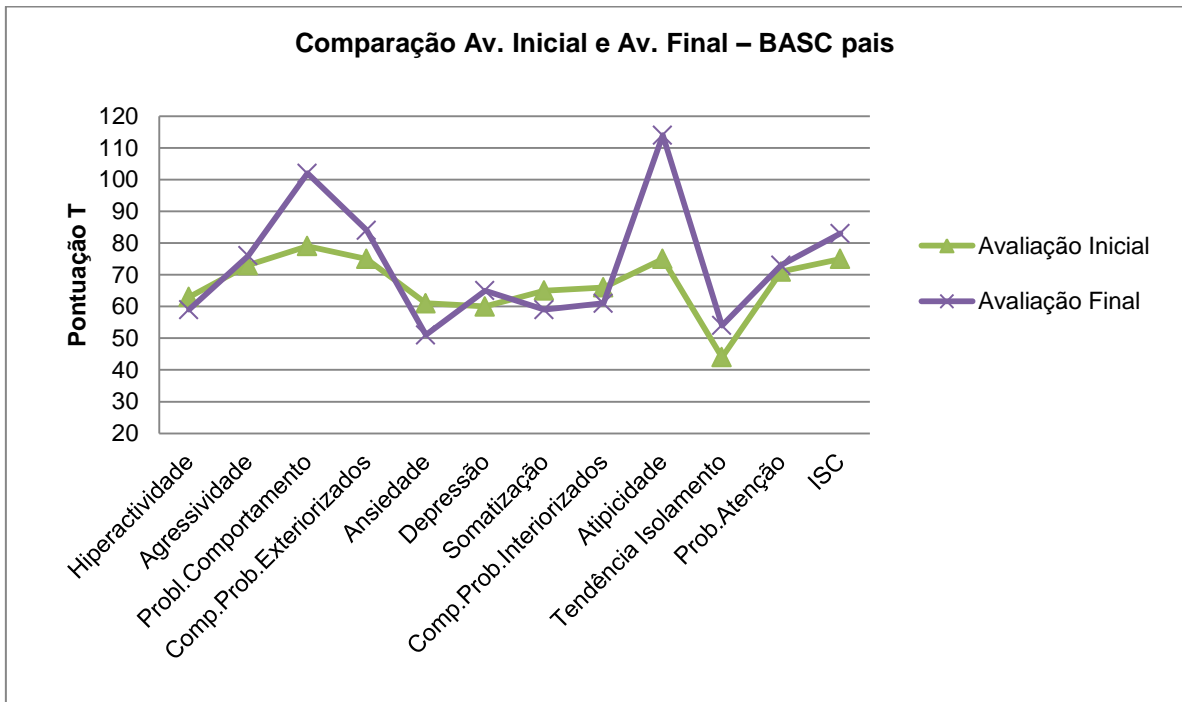


Gráfico I24. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escala Clínicas, na BASC-pais do F

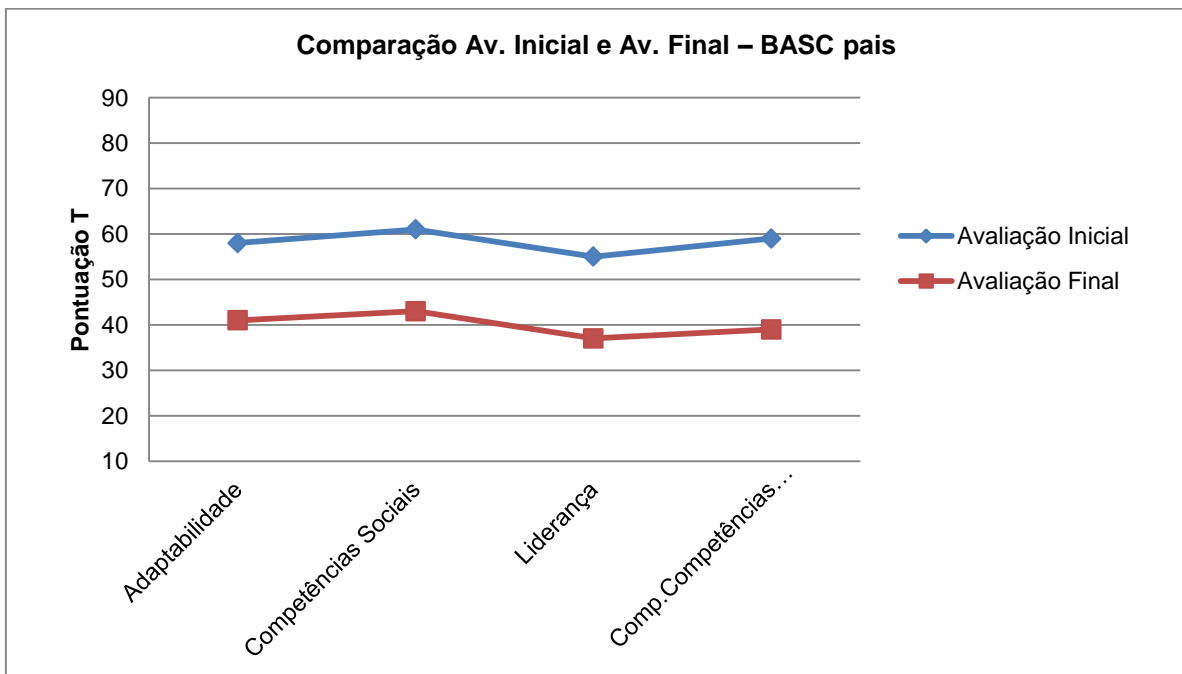


Gráfico I25. Comparação entre a Avaliação inicial e final das Escala Adaptativas, na BASC-pais do F

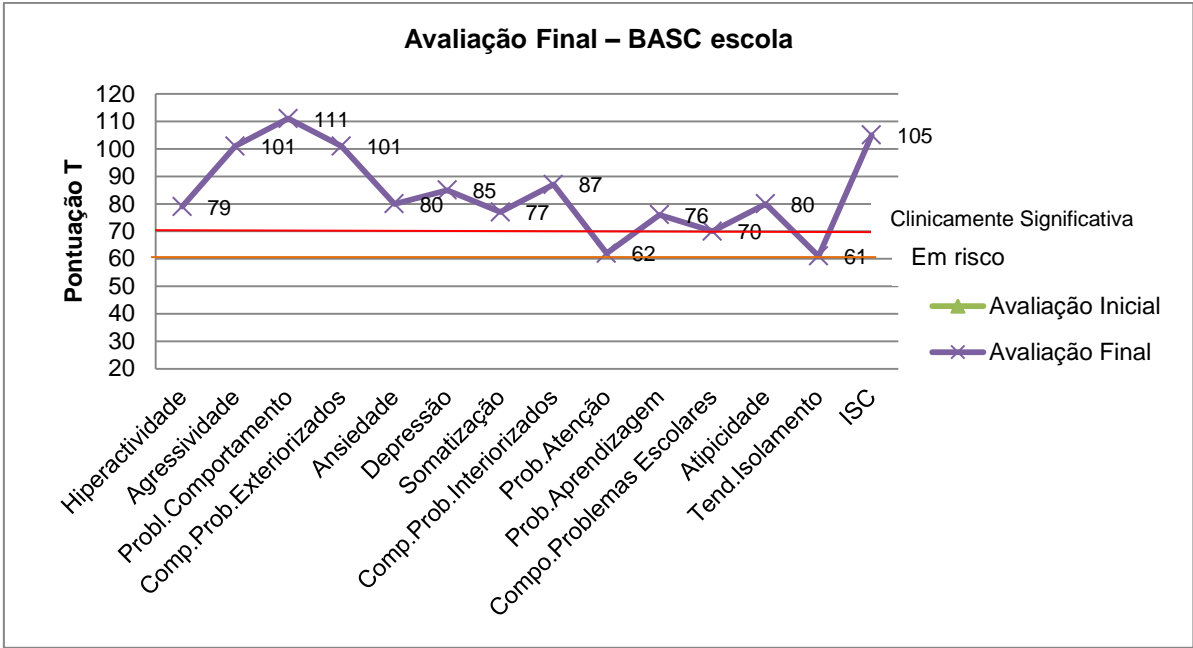


Gráfico I26. Resultados da Avaliação das Escalas Clínicas, na BASC-escola do F

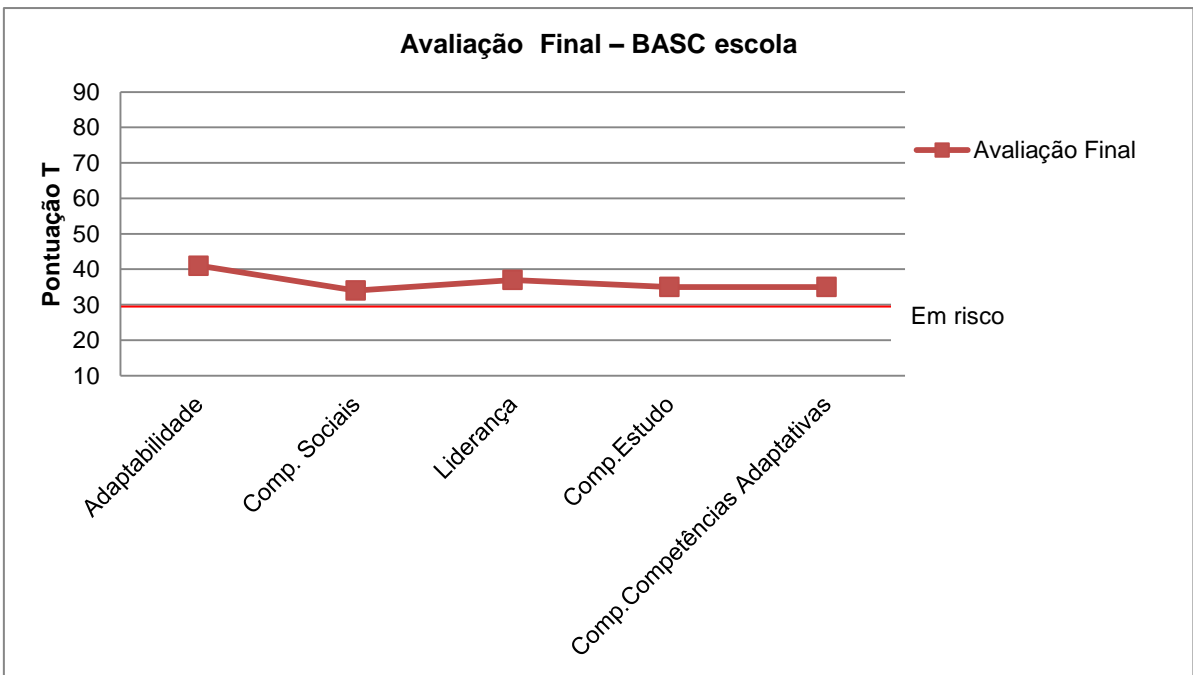
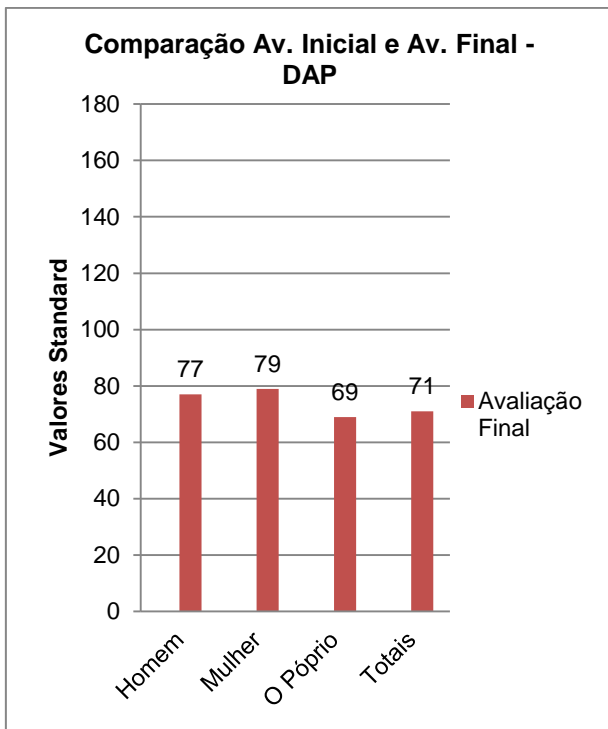


Gráfico I27. Resultados da Avaliação das Escalas Adaptativas, na BASC-escola do F

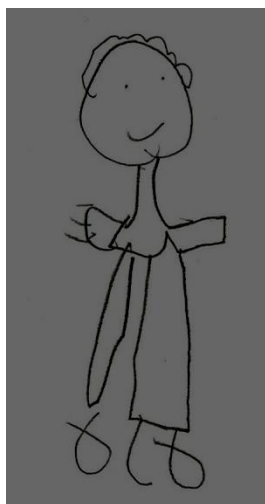


Classificação do DAP (Valores Standard)

> 130	Muito Superior
120-129	Superior
110-119	Médio-Alto
90-109	Médio
80-89	Médio-Baixo
70-79	Bordeline
< 69	Deficitário

Gráfico I28. Avaliação Final DAP, do F

DAP FINAL



Homem



Mulher



O Próprio

Figura I11. Desenhos do DAP final, do F

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 12	Data: 06/03/12	Hora: 9:30h
Nome: D	idade: 6 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O D apresentou um comportamento adequado ao longo da sessão, demonstrando-se voluntariamente expressivo. Iniciou espontaneamente o recontar de acontecimentos da sua semana. No momento do quadro escreveu adequadamente o nome, à exceção do “D” final, que inicialmente foi escrito em espelho. Não escolheu nenhuma atividade em concreto, sendo estas desenvolvidas de forma espontânea.

Aceitou a sugestão inicial de atividade da terapeuta, que consistia em escolher 1 de 3 dinossauros e imitá-lo, e a outra pessoa teria de adivinhar qual o que estava a ser representado. O D iniciou a imitação do dinossauro, mas não foi capaz de reproduzir a posição corporal do mesmo, mas apenas o som. Apresentou adequada compreensão da tarefa. Quando chegou a vez de a terapeuta imitar, o D abandonou a tarefa, fugindo para se esconder desta. Revelou desinteresse na tarefa proposta. Utilizou-se o comportamento do D para iniciar uma nova atividade. Sugeriu-se a construção de dois “esconderijos/casas” para os dinossauros. Cada um elaborou a sua. O D demonstrou-se autónomo na construção reaproveitando parte da estrutura já existente nos objetos. No entanto observou-se bastantes dificuldades na organização espacial dos objetos (ex. telhado em cima, parede de lado, etc.) Deitou-se na estrutura e é necessário estímulo para que desenvolva jogo simbólico. Aderiu ao jogo simbólico em que a terapeuta assumiu o papel de um “dinossauro destruidor” em que com a sua moca tenta derrubar a casa do “dinossauro D”. O D demonstrou prazer na ação e finge expressões de medo. Contudo é necessário conduzi-lo na ação, referindo a terapeuta formas como ele poderia agir. Indicou-se-lhe que teria de fugir pelo circuito montado para vencer o dinossauro destruidor (saltar arcos ao pé-coxinho, saltar um obstáculo, equilíbrio sobre uma plataforma, passar o túnel e saltar no trampolim). O D realizou a ação com prazer. No momento em que é capturado pelo dinossauro destruidor, este aproveita a situação para

“fingir” que o come, e proceder à consciencialização de partes corporais, questionando que parte estava a comer ou podia comer. O D correspondeu, e revelou nomeação correta das partes do corpo manipuladas. No completar do circuito observou-se dificuldades no equilíbrio dinâmico e salto unipedal ainda muito imaturo. No trampolim, aproveitou-se o interesse do D, para jogar com a consciência do corpo, indicando-lhe e pedindo-lhe sugestões de formas diferentes de saltar (ex. braços levantados, de joelhos, pé coxinho, mão na orelha, etc.). Revelou prazer, interação e boa compreensão da tarefa. Quando sugerido que assumisse agora ele o papel de “caçador”, acaba por desistir da atividade, revelando que não consegue “utilizar a moca”, e foge para a piscina. Perante as dificuldades tem tendência imediata a desistir, e tentar deslocar a atenção da terapeuta para outras tarefas.

Em seguida o D deslocou-se para a piscina de bolas e começou a lançar bolas para o espaço. A terapeuta responde atirando bolas contra ele. O D corresponde à interação e desenvolve-se uma guerra de bolas. Observou-se que apresenta dificuldades em dar continuidade e variar as tarefas, mas por imitação desenvolve ações diversificadas (ex. utilizar objetos como escudos protetores e esconder-se na casa). Após ver a terapeuta utilizar a casa como esconderijo, esconde-se também para proteger-se das bolas. Com finalização da batalha, o D esconde-se novamente sob as bolas. Esta situação é aproveitada para mais um momento de contenção corporal e limites de si, cobrindo-se o corpo com elas e fazendo-as passar pelo corpo.

Com indicação do final da sessão, realizou-se como atividade final o contorno do corpo real no quadro. O D aderiu bem à tarefa e mostrou prazer admiração/na visualização de si. Aderiu à sugestão de completar o que faltava. Observa-se que completa adequadamente os elementos da face (olhos, nariz e boca), contudo não localiza adequadamente o cabelo e as orelhas, não distingo os limites corporais onde se inserem. Questionou-se que parte representava cada uma, e observou-se incapacidade de perceber a representação das pernas, não localizando os limites ou elementos que as compõe (esta situação pode estar associada à recusa que apresenta em atividades de manipulação pedal, isto é, ele não pontapeia a bola, podendo esta falha na consciência de si representar falta de estimulação deste membro). Reconheceu o local da barriga e pescoço, mas localizou este último ligeiramente abaixo da posição normal. Executou a contagem dos dedos e correspondeu-a com a da sua mão. Revelou muito prazer na atividade, observada pela necessidade imediata que teve de contar à progenitora.

Aceitou adequadamente o final da sessão, e no momento de consciencialização foi capaz de referir a maioria das atividades realizadas (guerra de bolas, desenho do

corpo, saltar trampolim, casa dinossauro, etc.). Ajudou na arrumação do espaço, e antes de abandonar o mesmo ainda quis fazer lançamentos a par da terapeuta ao cesto. O comportamento final manteve-se expressivo e adequado. Observou-se no diálogo com a mãe prazer em demonstrar as suas conquistas – escrever nome adequadamente e desenhar o seu corpo. Ao longo da sessão observou-se que o D apresenta melhor expressão verbal, mas continua com dificuldades, apesar de menores, ao nível da compreensão. Apresenta dificuldades em manter a atenção em tarefas que não sejam do seu total interesse, abandonando-as rapidamente (falta de persistência nas tarefas). Começa a apresentar mais jogo simbólico, mas há necessidade de condução externa para evolução do mesmo. Já compreende melhor o conceito de perto-longe, e segue melhor as indicações espaciais (aqui, ali, em cima, etc.).

2 – Fatores psicomotores

Ao nível do equilíbrio observou-se dificuldades no salto unipedal e equilíbrio estático sobre a plataforma. No trampolim revelou segurança gravitacional. Apresenta preferência pedal e manual direita; na noção do corpo apresenta dificuldades nos limites e esquema corporal, e na localização topográfica dos segmentos; na estruturação espacial observam-se dificuldades na organização espacial dos objetos; na praxia global apresenta muitas dificuldades na coordenação óculo-manual falhando nas questões de planeamento. Quando lhe é indicado que planeie, observa-se melhor direccionalidade da bola; e na praxia fina mantém rigidez na preensão e pinça imatura.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O D apresentou disponibilidade relacional para a terapeuta, procurando-a constantemente como parceira de jogo. Ao nível emocional apresenta-se muito mais expressivo e intencional. Demonstrou prazer nas ações.

4 – Comentário

A sessão teve um desenvolvimento positivo. Procurou-se trabalhar questões relacionadas com a consciência corporal. Observa-se que o D mantém dificuldades ao nível da continuação da tarefa apesar das dificuldades, e mesmo em dar continuidade às atividades revelando falhas no planeamento e organização. As ações espontâneas são muito pontuais e circunscritas ao momento, não as evoluindo. A atenção apresenta-se mais focalizada. Continua a recusar a interação em grupo.

Nas próximas sessões será importante continuar com atividades de consciência corporal, mas conduzi-las para ações mais objetivas e intencionais. Finalizar a sessão com a expressão gráfica do “seu” corpo é importante, pois ajuda-o a integrar o mesmo. Em sessões futuras realizar-se-á esta ação em papel de cenário, e completar enriquecedor do mesmo.

Numa fase seguinte, dar-se-á início ao trabalho mais específico da estruturação espaço-temporal, e numa fase final da motricidade fina. O D necessita de muita interação motora, para desenvolver o seu vocabulário psicomotor, ganhando confiança no seu desempenho e para ser capaz de organizar a sua ação em termos de planeamento.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 14	Data: 01/03/12	Hora: 10h
Nome: M	idade: 8 anos	
S	idade: 8 anos	
F	idade: 7 anos	
R	idade: 8 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O R apresentou um comportamento adequado ao longo de toda a sessão. Participou adequadamente na conversa inicial e mais uma vez se observou a presença de um discurso acelerado e alongado, tendo dificuldade em cessar a enumeração das ações de fim-de-semana. No momento do quadro quis ser o primeiro, situação que não se verificava no início das sessões, apresentando-se mais confiante e assertivo.

As atividades foram todas desenvolvidas em grupo após escolha conjunta das mesmas – jogo do “mata” e o “apanhossauro”, e no final retorno à calma (cilindro sobre os corpos).

No jogo do “mata” apresentou um comportamento adequado ao mesmo, revelando respeito no cumprimento das regras. Assumiu uma postura de liderança decidindo quem inicia o mesmo. Participou ativamente na elaboração das regras, apesar de apresentar um discurso por vezes desorganizado e acelerado. Não apresentou dificuldades nos tempos de espera, e demonstrou prazer na ação. Ao nível psicomotor observou-se algumas falhas na coordenação óculo-manual, e alguma agressividade no lançamento da bola. Observou-se um comportamento ligeiramente excitado.

Na atividade do “apanhossauro”, ou seja, a “apanhada” mas a imitar dinossauros, o R novamente contribuiu espontaneamente com a definição das regras do jogo. Cumpre adequadamente as mesmas, e revela prazer na ação e interação adequada com os pares.

Aderiu ao retorno à calma, e manteve um comportamento concordante com o momento. Referiu adequadamente as partes corporais tocadas pelo cilindro. Aceitou de forma apropriada o final da sessão e o comportamento final manteve-se adequado.

Nesta sessão o R apresentou-se muito interativo com o grupo, demonstrando prazer nas ações. Por vezes observou-se alguma agressividade nos jogos (grande intensidade no lançamento da bola), mas demonstrou-se cuidadoso com os pares. Partilhou alguns momentos de interação dual com a M. O R apresenta uma adequada expressão verbal, mas por vezes o discurso é muito acelerado tornando-se impercetível. Ostenta boa capacidade de organização e pensamento criativo.

O S ostentou um comportamento adequado ao longo da sessão. Participou na conversa inicial com prazer, e apresentou maior facilidade em aguentar os tempos de espera, apesar de se observar alguma exploração pontual do espaço. Apresentou-se inicialmente frustrado por a sua atividade não ter sido escolhida, mas foi capaz de se organizar adequadamente e manter a participação na sessão.

No jogo do “mata” o S contribuiu com algumas regras para o mesmo, mas apresenta muitas dificuldades na expressão verbal das mesmas (desorganização do pensamento). Cumpriu adequadamente as regras e demonstrou prazer na ação. Ostenta uma boa agilidade motora, mas impulsividade nos lançamentos culminando em falhas na coordenação óculo-manual.

Em seguida realizou-se o jogo do “apanhossauro”, onde novamente cumpriu as regras, e não se observaram momentos de frustração, lidando adequadamente com as tarefas que lhe foram atribuídas (ex. ser ele a apanhar).

No retorno à calma participou adequadamente, apesar de se observar algum conflito com o F quando deitados nos colchões. Apresentou ligeiras indecisões na nomeação das partes corporais tocadas.

Aceitou prontamente o final da sessão e o comportamento final manteve-se adequado e com menor excitação. Nesta sessão o S apresentou alguma verbalização/referenciação ao órgão sexual masculino durante as atividades, mas sem se tornar desajustado. Mantém algumas dificuldades na expressão gráfica das atividades, e ao nível verbal observa-se boa compreensão, mas algumas dificuldades na expressão verbal das intenções (discurso incoerente).

O F apresentou dificuldades em inibir a ação motora, mantendo-se em constante agitação/excitação ao longo da sessão. Contudo, ocasionalmente consegue orientar de forma adequada o comportamento e atenção para as atividades. No momento do quadro, ocupa todo o espaço com o seu nome (escreveu-o sem dificuldades), ostentando ligeiro comportamento de desafio. Participou na conversa inicial, observando-se um discurso mais perceptível e coerente, mas bastante acelerado e com alguma confusão no pensamento. Não foi capaz de aguentar os tempos de espera, explorando o espaço.

Observa-se falhas na noção de perigo e execução de muitas ações perigosas, por parte do F.

No jogo do “mata” foi capaz de ouvir as regras do mesmo, mas não participou na formulação das mesmas. É necessário repetir frequentemente as instruções ao F, direcionando a sua atenção para as mesmas. Cumpriu adequadamente as regras, e apresentou um comportamento adequado para com os pares. Revelou prazer na ação. Ao nível psicomotor observaram-se falhas na coordenação óculo-manual e global, ostentando algumas quedas no espaço.

Na atividade do “apanhossauro” apresentou baixa tolerância à frustração recusando-se ser o primeiro a apanhar os colegas do grupo, mas após orientação da terapeuta acaba por participar adequadamente. Demonstrou boa compreensão da atividade, respeitando as regras, e ostentando prazer.

No retorno à calma participou de forma adequada, conseguindo inibir a agitação motora. Permaneceu na atividade até ao final. Observou-se também ligeira indecisão na nomeação segmentar. Entrou momentaneamente em conflito com o S.

Aceitou de forma adequada o final da sessão, e o comportamento final apresentou-se mais organizado (menos agitação). O F mantém muita baixa tolerância à frustração, expressando-a sob a forma de birra e amuo. Por vezes apresenta um comportamento desadequado com os pares e material, mas quando desajustado pede desculpas. Tem tendência a querer levar consigo objetos da sala.

A M apresentou um comportamento adequado ao longo de toda a sessão. Apresentou-se verbalmente expressiva e espontânea na interação com os pares. Participou ativamente na conversa inicial e foi capaz de partilhar autonomamente informação sobre si, sem ser necessário conduzir-lhe o discurso. No momento do quadro refere querer ser a última, e mantém muitas dificuldades ao nível da tomada de decisão e iniciativa. Observou-se interação espontânea com o R, “provocando-o” tirando-lhe um objeto que este queria.

No jogo do “mata” participou com prazer no mesmo. Cumpriu adequadamente as regras, mas não ajudou na elaboração das mesmas. Esta situação reforça a sua dificuldade ao nível da decisão e iniciativa. Por vezes não percebe as indicações, pedindo à terapeuta que lhe explique – autónoma. Apresenta adequado respeito pelos tempos de espera. Nas deslocações observa-se alguma rigidez corporal (gesto motor rígido) e por vezes parece confusa no espaço não sabendo como “fugir” dos pares, revelando assim algumas dificuldades na organização espacial. Observou-se também dificuldades na coordenação óculo-manual.

Na atividade seguinte, voltou a participar com prazer, mas referiu-se rapidamente cansada, acabando-se por cessar a atividade. A M já é capaz de expressar os seus estados somáticos de forma totalmente espontânea.

No retorno à calma apresentou dificuldades em aderir ao mesmo, parecendo ter bloqueado a sua ação. Foi necessário transportá-la até ao colchão e deitá-la no mesmo. Manteve instabilidade emocional (muitos risos) mas permaneceu adequadamente na atividade, sendo capaz de nomear alguns segmentos corporais.

Aceitou de forma adequada o final da sessão e apresentou um comportamento final novamente adequado. Observou-se que a M apresenta bastantes dificuldades ao nível da organização e planeamento, tendo dificuldades ao nível da compreensão verbal. Não se observaram tantas vocalizações durante os momentos de excitação.

2 – Fatores psicomotores

O R apresentou preferência manual direita; na noção do corpo observou-se adequada nomeação dos segmentos corporais tocados; e na praxia global apresentou algumas dificuldades na coordenação óculo-manual.

O S apresentou preferência manual direita; algumas dificuldades/indecisão na nomeação segmentar; e na praxia global observou-se boa agilidade motora, mas falhas na coordenação óculo-manual (impulsividade).

O F apresentou lateralidade manual direita; na noção do corpo observou-se alguma indecisão na nomeação corporal; na estruturação espaço-temporal observou-se dificuldades no reconhecimento temporal; e na praxia global observam-se falhas na coordenação óculo-manual e quedas frequentes.

A M ostentou preferência manual direita; na noção do corpo teve algumas dificuldades em nomear alguns segmentos corporais; na estruturação espaço-temporal observam-se algumas dificuldades na orientação espacial; e na praxia global apresentou dificuldades na coordenação óculo-manual.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O R apresentou procura espontânea dos pares e terapeuta. Na vertente emocional observou-se expressão verbal e corporal de prazer.

O S procurou e estabeleceu relação com os pares. Contudo apresenta muitas dificuldades ao nível de colaboração e partilha. Ao nível emocional apresentou-se ajustado, sem presença de frustração. Expressou prazer de forma adequada.

O F interagiu com os pares, mas também desenvolveu ação isolada destes. No entanto, observa-se constante procura de relação corporal com estes. Ao nível emocional observou-se a presença de birras e amuos por intolerância à frustração, mas sobretudo expressão de prazer nas ações.

A M procurou espontaneamente a relação com alguns elementos do grupo, demonstrando intencionalidade e segurança. Na vertente emocional apresenta-se mais expressiva, expressando sobretudo prazer nas ações.

4 – Comentário

A sessão teve um desenvolvimento positivo. As crianças deste grupo já funcionam como um grupo, decidindo as dinâmicas de jogo e os papéis sociais de cada um. Chamam a atenção dos pares quando em comportamento menos adequado.

Nas próximas sessões é importante incidir sobre atividades de maior expressividade corporal, e também é necessário variar o discurso de jogos devido às atividades repetitivas que têm vindo a apresentar.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 16	Data: 05/03/12	Hora: 10h
Nome: GP	Idade: 6 anos	
GA	idade: 5 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O GP apresentou um comportamento adequado e colaborante. Participou com prazer na conversa inicial, revelando informação sobre si de forma organizada. No momento do quadro ajudou a montar a atividade, a par do GA e terapeuta. Assim, realizou-se um percurso de obstáculos (saltar ao pé-coxinho em 3 arcos, passar por baixo da ponte e por dentro do túnel; derrubar um obstáculo, contornar 4 pinos, saltar 3 vezes no trampolim e lançar a bola ao cesto de basquetebol). O GP colaborou com ideias para a atividade, tendo demonstrado adequada compreensão da mesma.

Ostentou muitas dificuldades nos tempos de espera observando-se constante agitação/irrequietude motora. Ao nível psicomotor observou-se saltos realizados com impulsividade, mas sem desequilíbrios acentuados, e adequada coordenação óculo-manual. Foi capaz de seguir orientações espaciais, revelando aquisição e organização dos conceitos básicos (cima, baixo, por frente, trás, etc.). Contribuiu com ideias de variações para a atividade, nomeadamente formas corporais diferentes de a executar (braços em avião, etc.), após demonstração da terapeuta, revelando adequada compreensão verbal. Esforça-se e dá o seu melhor em cada atividade. Observou-se que por vezes serve de “exemplo” para o GA, referindo-lhe que faça como ele faz, compreendendo as dificuldades que este por vezes apresenta.

Por fim, realizou-se a atividade de retorno à calma, o GP aderiu com prazer, mas observou-se por vezes um comportamento regredido (“abebezado”). Ostenta algumas dificuldades em inibir a ação motora. É capaz de nomear as partes corporais contatadas tatilmente.

Aceitou de forma adequada o final da sessão e o comportamento final manteve-se ajustado, mas mais desinibido que inicialmente. Ao longo da sessão observou-se que o GP apresenta muito rápida sudação. Por vezes demonstra alguma agressividade latente,

expressa mais no final da sessão, contra os objetos. Apresenta adequada expressão verbal. O comportamento final por vezes é agitado, observando-se libertação de tensões contidas.

O GA apresentou um comportamento adequado ao longo da sessão. Compreende os rituais de sessão e participa com prazer nos mesmos. Na conversa inicial demonstrou algumas dificuldades em iniciar em expressar informação sobre o fim-de-semana, mas após intervenção do GP, torna-se mais expressiva. Observa-se sempre uma tentativa de tentar igualar os pares. Demonstrou alguma dificuldade em compreender a tarefa que se estava a construir, mas indicou que queria fazer uma ponte, e introduziu-se a mesma no percurso. O GA apresenta muitas dificuldades na compreensão das tarefas, e para tal adota como estratégia a imitação da ação do par, a demonstração e o reforço/condução verbal por parte da terapeuta.

Durante a atividade observou-se grande distractibilidade e dificuldades em focar a atenção por parte do GA. É necessário recorrentemente conduzir a sua atenção para a atividade. Ao nível psicomotor apresentou algumas dificuldades no equilíbrio e salto ao pé-coxinho, e realiza o salto com pé esquerdo. Apresentou dificuldades em seguir orientações verbais de direção (frente, trás, esquerda, etc.), algumas dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual, e em executar o número indicado de saltos (dificuldade inibir a ação na contagem adequada). Ao longo de toda a execução observou-se também a presença constante de riso, demonstrando alguma instabilidade emocional e dificuldades na orientação para a tarefa. Apresentou alguma dificuldade em indicar uma variação para a atividade, mas com condução externa da terapeuta, foi capaz de dar uma sugestão (realizar a imitar uma vaca). Ostenta alguma dificuldade em realizar a tarefa até ao final, sem revelar distractibilidade ou instabilidade emocional. Copia frequentemente o comportamento do GP.

Aderiu com prazer à atividade de relaxação e ostentou um comportamento adequado ao longo da mesma. Foi capaz de realizar imitação de tempos respiratórios, e apresentou algumas dificuldades em nomear os segmentos corporais (nomeia por imitação).

O GA aceitou adequadamente o final da sessão e o comportamento final manteve-se adequado. Ao longo da sessão salientou-se as graves dificuldades de atenção que apresenta, assim como algumas dificuldades na compreensão e orientação para a tarefa. Contudo apresenta-se mais expressivo e intencional nas verbalizações.

2 – Fatores psicomotores

O GP apresentou adequado equilíbrio dinâmico, apesar da ação impulsiva e falha no autocontrole; tem lateralidade definida à direita; na noção do corpo foi capaz de nomear sem grandes dificuldades os segmentos corporais e utilizar o segmento verbalmente indicado; na orientação espacial apresentou adequada compreensão dos conceitos espaciais básicos; e na praxia global observou-se adequada coordenação óculo-manual.

O GA apresentou dificuldades no equilíbrio dinâmico e salto unipedal, observando-se algumas dificuldades no controle; na lateralidade observou-se preferência manual na escrita direita, no lançamento utiliza a mão esquerda e ao nível dos membros inferiores observa-se preferência de utilização esquerda. Podemos estar perante uma situação de contradição da dominância preferencial, ou lateralidade indefinida ou lateralidade cruzada. Na noção do corpo apresentou dificuldades em nomear os segmentos corporais e em coloca-los na posição espacial indicada (propriocektividade); na estruturação espacial observou-se dificuldades em seguir conceitos espaciais; e na praxia global apresentou algumas dificuldades na coordenação óculo-manual.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O GP procurou e desenvolveu toda a ação a par do GA. Adota com este um papel de liderança. Na vertente emocional observou-se inibição inicial, mas ao longo da sessão expressa prazer e no final apresenta-se muito expressivo.

O GA procurou recorrentemente a ação com o par. Tenta acompanhá-lo e equiparar-se a este. Utiliza-o muitas vezes como modelo de ação, mas tenta sempre ser melhor ou igual a este. Ao nível emocional expressou prazer nas ações, e também apresentou por vezes instabilidade emocional (riso sem contexto).

4 – Comentário

A sessão teve um desenvolvimento positivo. Nas próximas sessões é importante continuar com o trabalho de desenvolvimento da noção de esquema corporal, a inserir uma maior exigência na organização espacial. É necessário trabalhar com o GP as questões de impulsividade, e com o GA a atenção às tarefas.

As atividades motoras serão o meio preferencialmente utilizado, a par da representação lúdica das mesmas.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 16	Data: 05/03/12	Hora: 11h
Nome: F	idade: 7 anos	
M	idade: 11 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

A M apresentou um comportamento inicial pautado por humor triste/depressivo, mas após o momento de conversa inicial, tornou-se verbalmente e corporalmente mais expressiva, demonstrando interesse na sessão. No diálogo inicial, procurou frequentemente o contato corporal com a terapeuta deitando a cabeça no colo. Revelou alguma carência emocional/afetiva. A Maria assumiu um papel expressivo, expondo autonomamente as suas ideias e intenções, sugerindo atividades e recusando outras. Manteve-se participativa em todos os momentos de sessão.

A atividade inicial consistiu num jogo de “caça ao tesouro”, onde um elemento do grupo escondia um objeto na sala e depois conduziria os outros até ao objeto através de indicações de “frio” (longe) e “quente” (perto). Ao longo desta sessão a M quis ser a primeira em todas as atividades, revelando interesse e participação ativa nas mesmas. Foi capaz de utilizar e seguir adequadamente os conceitos espaciais. Observou-se alguma repetição no local de esconder o tesouro, revelando alguma limitação simbólica. Cumpriu adequadamente as regras, e demonstrou boa apetência relacional percebendo os estados emocionais do F e agindo para que este não ficasse “triste” (desiste de algo na iminência de uma birra por parte do F). Indicou espontaneamente o desejo de mudar de atividade.

Em seguida realizou-se o jogo do “quarto escuro-apanhadas”. A M não participou na elaboração das regras, observando-se muitas dificuldades na estruturação mental das mesmas e expressão, mas cumpriu-as adequadamente. Mostrou-se espontânea e criativa, inserindo momentos novos na atividade (ex. armadilha). Demonstrou prazer na ação, e não apresentou intolerância à frustração ou desajuste emocional.

No fim realizou-se a relaxação (“massagem”), à qual a M aderiu com prazer e revelou querer repetir a mesmas. Apresentou um comportamento adequado à tarefa, e observou-se alguma indecisão na nomeação dos segmentos corporais contatados, mas sem dificuldades acrescidas.

Aceitou adequadamente o final da sessão e o comportamento final apresentou-se muito mais expressivo, mostrando-se prazerosa mesmo após a saída da sessão. Nesta sessão observou-se uma M mais intencional e expressiva. Verbalizou espontaneamente e interagiu com o grupo. Referiu-se espontaneamente à irmã, situação que ainda não tinha sucedido. Por vezes assume o papel de líder, mas mantém dificuldades na autoestima achando-se menos “capaz” que o F nas ações motoras.

O F apresentou um comportamento adequado ao longo da sessão. Contudo manifestou alguma irrequietude motora, mas foi capaz de focar-se adequadamente nas tarefas. Revela prazer na conversa inicial e gosta de partilhar informação sobre si, M e Casa das Cores. Nesta sessão voltou a apresentar baixa tolerância à frustração, e uso da “birra” como forma de manipulação.

Na atividade da “caça ao tesouro” apresentou algumas dificuldades nos tempos de espera, revelando alguma impulsividade. Utiliza adequadamente os conceitos espaciais e é capaz de os seguir também. Manifesta dificuldades na tolerância à frustração, não aceitando por vezes ser vencido. Contudo é-lhe indicado que são as regras de jogo e tem de as cumprir. Apresentou a par da M dificuldades em variar os locais de esconder o tesouro.

Na atividade seguinte, o “quarto escuro-apanhada”, apresentou dificuldades em colaborar na definição das regras, e observou-se alguma rigidez na aceitação de sugestões. Foi cumprindo adequadamente as regras. Fez birra para escolherem apenas a sua ideia (apanhada), mas após negociação, aceitou a atividade completa. Demonstrou adequada capacidade criativa contribuindo com ideias novas para atividade (areia movediça) Apresentou adequada coordenação motora global e agilidade. Revelou prazer na ação e manteve dificuldades nos tempos de espera.

Participou de forma adequada na atividade de relaxação, e observou-se dificuldades na nomeação dos segmentos corporais tocados, mas sem problemas acrescidos. Manteve um comportamento calmo e orientado. Participou a par da M de forma ativa no momento de consciencialização.

Aceitou de forma adequada o final da sessão e manteve um comportamento adequado. Observa-se que o F mantém tendência para assumir papéis inferiores e nunca

de liderança. A verbalização mantém-se infantilizada, e tem vindo a manifestar recorrente baixa tolerância à frustração, amuo e birra como manipulação.

2 – Fatores psicomotores

A M ostentou lateralidade direita; na noção do corpo apresenta um desenho rico e integrado, e na nomeação segmentar observou-se alguma indecisão momentânea.

O F apresentou lateralidade manual direita; na noção do corpo observou-se um desenho médio e algumas dificuldades em nomear as partes corporais tatilmente sentidas; e na praxia global apresentou adequada coordenação global e agilidade.

3 – Fatores relacionais e emocionais

A M apresentou disponibilidade emocional para a relação com o F e terapeuta, surgindo mais expressiva e interativa. Contudo num momento inicial apresentou distanciamento relacional. Na vertente emocional observou-se expressão corporal e verbal de prazer, apesar do humor triste ostentado num momento inicial. Observou-se nítida expressão de prazer e à-vontade.

O F procurou constantemente a relação com a M, assumindo uma postura submissa perante esta. Ao nível emocional expressou sobretudo prazer, mas também alguns momentos de birra por frustração ou contrariedade às suas vontades.

4 – Comentário

A sessão teve um desenvolvimento positivo. É importante manter atividades de relaxação ao longo das sessões pois favorece o diálogo tónico-emocional entre os intervenientes, assim como o sentido de contenção afetiva. A continuação do jogo simbólico é importante nestas crianças, pois poderá favorecer os diálogos de relações afetivas, e transmitir-lhes a estabilidade emocional que necessitam.

Numa fase seguinte dar-se-á predominância às questões funcionais, nomeadamente os conceitos psicomotores (estruturação espaço-temporal e praxias), assim como às questões de atenção, controlo e planeamento.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 18	Data: 06/03/12	Hora: 10h
Nome: D	idade: 4 anos	
RJ	idade: 5 anos	
EF	idade: 5 anos	
EN	idade: 4 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O RJ apresentou um comportamento adequado ao longo de sessão. Surgiu mais espontâneo e com maior capacidade para seguir ordens/indicações, observando-se momentos quase inexistentes de oposição. Iniciou as atividades por espontaneamente realizar um desenho do corpo humano no quadro. Observou-se um desenho organizado, mas demonstrando ainda alguma imaturidade.

Em seguida desenvolveu ação na piscina de bolas, observando-se a necessidade que apresenta em agitar-se até ficar cansado. Parece procurar os limites de si/contenção ou expressão de pulsões. Seguidamente é capaz de desenvolver atividades mais calmas, e permanecer nas mesmas sem agitação ou dispersão. Procura constantemente o jogo simbólico, indicando personagens a representar (“sou o gato das botas”, sic), mas não é capaz de desenvolver autonomamente ações em torno dela. Sugere-se a construção de um castelo para o gato, e o RJ adere à tarefa, mas por contrariedade do D, não é possível realizar a mesma. Seguidamente sugeriu-se utilizar os blocos vermelhos como cavalos, ideia à qual o RJ aderiu com prazer nítido. Revelou boa capacidade simbólica, e demonstra prazer em ser incentivado em conduzir o grupo no passeio a cavalo. Revelou boa compreensão da tarefa, sugerindo locais para passear. Continuou a atividade a par do EN. Após terem disputado a posse de uma corda, sugeriu-se que cada cavalo puxasse o outro à vez, e aderiram bem à tarefa. Manteve-se nesta atividade ao longo da sessão. Quando a terapeuta precisa de ajuda após ter sido “derrubada” o RJ autonomamente ajuda-a a levantar-se.

Nesta sessão o RJ apresentou maior relação com outro, e apresentou verbalização mais intencional. Pediu para ir à casa de banho e aceitou o final da sessão

sem birras ou comportamentos desajustados. O comportamento final manteve-se adequado.

O D apresentou um comportamento pouco orientado para as tarefas. Ao longo de toda a sessão apresentou um comportamento e verbalização constante de “não” a todas as sugestões e interações para com este. Apresentou estados emocionais de negação e zangou-se perante contrariedades às suas intenções, contudo por vezes parece utilizar a expressão mas sem sentido completo. Não desenvolveu atividades a par do grupo, pois manteve atitude de oposição.

Durante a construção da casa, recusa a forma como esta está a ser construída, demonstrando uma atitude assertiva e intencional, opondo-se fisicamente à mesma. Não desenvolveu ações orientadas, limitando-se à exploração do espaço segundo a sua vontade. Desenvolveu atividades no escorrega, revelando boa agilidade motora. Executou lançamentos com a bola contra os pinos, mas revelou muitas dificuldades na coordenação óculo-manual. Observou-se que por várias vezes procurou o corpo e contato com a terapeuta, aninhando-se em si e colocando as mãos da terapeuta à sua volta. Parece sentir necessidade do “holding” materno.

Tentou prolongar o final da sessão, “fugindo” como usualmente. O comportamento final foi expressivo. Observou-se no D muitas dificuldades ao nível da atenção, sendo necessário o toque corporal e direção externa do mesmo, para a informação. Apresenta muita dispersão e por vezes não dá sentido às interações, não se sabe se por dificuldades de compreensão ou atenção. Tem ainda muitas dificuldades em permanecer nas atividades de forma intencional. Observou-se contínuo utilizar do “não” e “stop”, surgindo como indicação de individuação do outro, mas por vezes também surge sem significado intencional. É capaz de sugerir ideias, mas não realiza as atividades, expressando as dificuldades que apresenta ao nível da elaboração, planeamento e intencionalidade. Manifestou novamente a estereotipia manual, que surge em momentos de excitação.

O EN apresentou um comportamento adequado ao longo da sessão. Entrou na mesma já com esta iniciada, mas integrou-se adequadamente nas atividades dos pares. Após observar a presença de um desenho no quadro, refere também querer desenhar um boneco. Apresenta uma expressão gráfica adequada, mas alguma imaturidade no conhecimento de si (membros partem da cabeça), e escreveu adequadamente o seu nome.

Não desenvolveu atividades específicas, limitando-se a permanecer nas sugestões apresentadas ou em desenvolvimento. Revela adequada capacidade

simbólica, mas dificuldades em desenvolver a atividade por iniciativa própria. Participou na construção da casa, revelando intencionalidade e adequada organização espacial. Na atividade do cavalo, revelou prazer na interação, e foi capaz de permanecer em interação com o RJ, puxando-se alternadamente. Por fim, desenvolveu atividade no escorrega, revelando adequada coordenação global.

Aceitou o final da sessão de forma adequada, e apresenta-se autônomo no calçar. O EN apresenta boa compreensão e expressão verbal, sendo capaz de cumprir/seguir instruções, assim como expor a sua opinião. Falha ao nível da capacidade de elaboração e planejamento.

O EF apresentou um comportamento adequado, com maior presença de verbalização espontânea. Quer sempre realizar as atividades que os pares realizaram, observando-se necessidade de se equiparar a estes. No desenho do corpo observou-se uma representação desorganizada, sem limites, revelando muita imaturidade ao nível da consciência corporal, sugerindo dificuldades neste fator. Não é capaz de escrever o seu nome, observando-se déficit na integração gráfica do mesmo. Desenvolveu atividades a par dos pares, e ocasionalmente de forma espontânea, contudo observa-se que não permanece tempo suficiente nas mesmas.

Participou na construção o castelo revelando adequada compreensão da tarefa, mas muitas dificuldades na organização espacial dos objetos. Demonstrou prazer na vivência simbólica de andar a cavalo e fazer a luta de cavalos. Observou-se prazer notório. Em seguida realizou atividades em que pontapeia a bola ou lança-a ao cesto, sem intencionalidade aparente. Apresenta graves dificuldades na coordenação oculomotora. Jogou bowling por sugestão da terapeuta, e observou-se muitas dificuldades na coordenação óculo-manual e planificação da tarefa. É capaz de contar os pinos derrubados e reconhece as cores. O EF é uma criança que adere bem a sugestões, e revela prazer em demonstrar as suas habilidades à terapeuta, chamando nesse sentido.

Aceitou adequadamente o final da sessão e o comportamento final manteve-se adequado. Não é autônomo no calçar. O EF mantém muitas dificuldades ao nível da expressão verbal das intenções. Demonstrou prazer em todas as ações.

2 – Fatores psicomotores

O RJ apresentou adequado equilíbrio dinâmico; na lateralidade observou-se preferência manual direita; e na noção do corpo apresentou um desenho do corpo organizado mas ainda imaturo.

O D ostentou boa agilidade motora, e coordenação global.

O EN apresentou lateralidade manual direita; na noção do corpo observou-se um desenho do corpo organizado; e na praxia global observou-se boa agilidade e coordenação global.

O EF apresentou lateralidade manual direita; alguns desequilíbrios nos saltos no trampolim; na noção do corpo apresentou um desenho desorganizado, imaturo e sem limites espaciais; na estruturação espaço-temporal observou-se dificuldades na organização espacial dos objetos; na praxia global apresentou muitas dificuldades nas coordenações visuo-motoras (planeamento e direção); e na praxia fina ostenta uma preensão rígida e imatura.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O RJ ostentou relação intencional com o grupo, sendo capaz de partilhar atividades com estes. Ao nível emocional expressou sobretudo prazer, por via verbal a corporal.

O D manteve uma ação distante do grupo, não procurando a interação. Com a terapeuta procurou por vezes o contato corporal afetivo. Na vertente emocional observou-se expressão constante de negação, mas também alguns momentos de expressão de risos de prazer.

O EN desenvolveu ação com o grupo, mas apresenta dificuldades ao nível da partilha efetiva. Ao nível emocional observou-se uma expressão adequada dos estados emocionais, fazendo uso da palavra para a sua organização.

O EF desenvolveu ação com o grupo, mas não interagiu verdadeiramente com estes. Procura constantemente a ajuda da terapeuta ou sua atenção. Na vertente emocional observa-se expressão contínua de prazer por via corporal. Mantém dificuldades no controlo da salivação.

4 – Comentário

A sessão teve um desenvolvimento positivo. O grupo, à exceção do D, apresentou-se participativo e organizado, mas mantêm falhas ao nível da intencionalidade. O D tem vindo a apresentar expressão verbal mais intencional, descobrindo a cada dia as vantagens da palavra. No entanto é um grupo que necessita de condução externa para o desenvolvimento de atividades intencionais, mas ao mesmo tempo, apresentam algumas dificuldades em seguirem orientações/sugestões.

Nas próximas sessões pretende-se desenvolver o jogo simbólico e realizar ações para uma melhor consciencialização corporal. É necessário estimular a sua vivência simbólica e intencionalidade organizada.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 13	Data: 14/02/12	Hora: 11h
Nome: L	idade: 5 anos	
G	idade: 5 anos	
J	idade: 4 anos	
P	idade: 7 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O J ostentou um comportamento adequado ao longo de toda a sessão. Apresentou-se mais assertivo com os pares afirmando ser o primeiro no momento do quadro. No quadro escreveu adequadamente o seu nome, mas não foi capaz de representar nenhuma atividade.

A primeira parte da sessão foi mais de jogo livre, e observou-se dificuldades ao nível da elaboração autónoma de atividades por parte do J. Explora o espaço e apresenta monólogo, mas não desenvolve nenhuma atividade em específico. No espelho “conversa” com o espelho mágico, e junta-se ao P na sua construção mas não participa. Em seguida sugeriu-se a participação num jogo de lançamento da bola ao cesto a partir de arcos que representavam distâncias progressivas. O J adere bem a sugestões e mantém-se orientado para a tarefa. Revelou adequada compreensão da lógica inerente ao exercício, e ao nível do lançamento observou-se ignorância na execução do mesmo. Mas após explicitado o ato de lançar, o J apresentou adequada coordenação óculo-manual.

Em seguida realizou-se uma atividade conjunta, por interesse e adesão de todos, o jogo das escondidas. O J colaborou inicialmente na arrumação do espaço para iniciar o jogo, mas ostentou dificuldades nos tempos de espera querendo começar de imediato. No jogo demonstrou adequada compreensão do mesmo, sendo já capaz de desempenhar os dois papéis de jogo, mas tem dificuldades ao nível da espera. Executa a contagem, mas não domina ainda a sequência numérica

Por fim, realizou-se a atividade de retorno à calma, onde deitados sobre os colchões sentiram a bola de picos (escolhida pelas crianças) sobre o corpo. O J aderiu bem à atividade e demonstrou prazer no contato corporal. Contudo com o decorrer da

mesma, manifestou dificuldades em permanecer deitado, parecendo não compreender bem a intencionalidade do momento.

Aceitou de imediato o final da sessão, revelando adequada organização temporal dos momentos de sessão. Ao longo desta sessão o J apresentou verbalização espontânea, com um discurso coerente e intencional, mas observa-se um tom de voz em “falsete” parecendo por vezes “dramatizar” as expressões verbais. Ao nível da compreensão também apresenta algumas dificuldades. Ostentou uma atitude mais assertiva e intencional com o outro. Contínua com dificuldades ao nível do planeamento e organização das ações. Adere bem às atividades de grupo e manifesta segurança na relação com os pares, expressando-se livremente.

O G apresentou um comportamento adequado. Adota uma postura de oposição a solicitações que envolvam utilizar o quadro, recusando desenhar a sua atividade. Contudo foi capaz de referir as suas intenções – jogar basquetebol.

Durante o jogo de lançamento da bola ao cesto observou-se algumas dificuldades na coordenação óculo-manual, e manifestou prazer em demonstrar as suas habilidades à terapeuta, chamando a atenção desta para as suas execuções. Expressa prazer perante o elogio. Partilhou a atividade com o L, conseguindo gerir entre si o momento de cada um lançar. Perante a falta de atenção contínua sobre a sua atividade, o G abandona a mesma e insere-se na atividade do P, acabando por destruir a construção. Esta atitude do G parece uma chamada de atenção para a terapeuta. Manteve-se sobre os objetos e após aproximação da terapeuta mantém a posição e aceita receber sobre o corpo um objeto mediador, mantendo a relação. Não aceitou a sugestão de lançar a bola ao cesto a par dos colegas.

Em seguida, por sugestão, adere com prazer ao jogo das escondidas, mas manifestou dificuldades em colaborar na arrumação do espaço. Autonomamente referiu querer ser o primeiro a procurar. Ostentou prazer na ação e desenvolveu de forma adequada ambos os papéis de jogo. Apresenta também dificuldades ao nível da espera.

Na atividade de retorno à calma, adere momentaneamente a atividade, mas com o decorrer da mesma foge e esconde-se, parecendo novamente querer direcionar a atenção para si. Aceitou o contato com a bola e manifestou uma atitude orientada para a tarefa.

Aceitou o final da sessão, mas tentou prolongar a mesma, “repetindo” o retorno à calma, parecendo querer focar novamente o interesse da terapeuta nessa atividade. Mostrou-se autónomo no calçar. O G apresenta algumas dificuldades de permanecer em relação com o grupo, e tem-se observado constantes chamadas de atenção sobre si.

Pede a ajuda da terapeuta pedindo que o “salve”. Ostenta uma boa expressão e compreensão verbal. Manifesta contudo algumas atitudes de oposição, sendo difícil manter uma relação afetiva segura. Apresenta adequada capacidade de elaboração e organização simbólica. Manteve-se interessado e orientado para a sessão.

O L manifestou ao longo da sessão muita distractibilidade e dificuldades na orientação da atenção para o foco emissor. Ostentou um comportamento agitado e sem intenção quando em ações livres, mas em atividades orientadas manifesta um comportamento adequado e permanência nas mesmas.

Não foi capaz de referir a atividade que queria realizar, mas acabou por jogar basquetebol a par do G. Observou-se que rapidamente abandonou a atividade e explorou o espaço, pontapeando a bola sem intencionalidade aparente. O L necessita de constante orientação externa (terapeuta) para permanecer orientado para as atividades. Aderiu à sugestão de executar lançamentos ao cesto, e observou-se dificuldades na coordenação óculo-manual. Demonstrou prazer na ação.

Na atividade das escondidas o L apresentou comportamento e atenção orientado para a tarefa, revelando prazer na mesma. Desempenhou adequadamente ambos os papéis e observou-se que varia os locais de esconder. Observou-se dificuldades em manter inibição motora e verbal, como exige o jogo. Colaborou na arrumação do espaço, após lhe ser atribuída uma função específica.

Na atividade de retorno à calma observou-se um comportamento colaborante com a mesma, mantendo inibição motora e verbal. Observou-se algumas dificuldades em seguir as indicações verbais de posição (ex. barriga para baixo). Demonstrou prazer e um estado de calma durante o contacto corporal.

Aceitou de forma adequada o final da sessão e apresentou um comportamento final menos agitado e mais organizado. Ao longo desta sessão observou-se alguma tendência para a procura de contacto corporal/conflito com os pares, mas não se observou situações desajustadas. Observa-se muitas dificuldades ao nível do planeamento e organização das ações, sendo necessário a contínua contenção e condução da sua expressão motora. Mas quando em atividades organizadas mantém um comportamento orientado para a mesma, não se observando distractibilidade. Mantém algumas dificuldades na compreensão verbal, e ao nível da expressão observa-se muitas dificuldades (expressão e tom de voz elevado). Reconhece alguns números.

O P apresentou um comportamento inicial adequado, mas ostenta uma postura de impulsividade e dificuldade em esperar. Quer ser o primeiro e tenta impor-se à força perante os pares. Observou-se alguma agitação/excitação inicial. No momento do quadro

apresentou dificuldades em expressar a sua atividade, observando-se que escolhe de imediato os materiais mas parece não saber o que realizar efetivamente com estes. Nota-se que escolhe sempre como atividade algo que já está iniciado na sessão (ex. ficou montada uma construção da sessão anterior e referiu de imediato que queria brincar com isso).

A atividade desenvolvida pelo P consistiu na construção de algo que não foi capaz de expressar por meio da palavra (casa? ponte?). Tenta conduzir os pares para a sua construção, mas ao mesmo tempo não a quer partilhar com estes, observando-se algumas ambivalência relacional. Procura assumir uma postura de liderança/comando sobre o grupo, mas estes não se direcionam para tal. Passou grande parte da sessão em volta da construção, mantendo-se orientado para a tarefa, e observando-se adequada organização espacial e elaboração simbólica. Acabou por abandonar a construção sem realizar ação a partir desta, e não ficou frustrado por esta ter sido destruída pelo G. Observou-se melhor autocontrolo. Quis também executar os lançamentos ao cesto a par dos pares, e manifestou dificuldades em cumprir as regras inerentes à atividade, assumindo uma postura de contradizer as mesmas. Apresentou boa coordenação óculo-manual.

Em seguida participou a par do grupo no jogo das escondidas, e apresentou uma atitude inicial impulsiva e intrusiva, apresentando dificuldades na espera. Demonstrou prazer na ação, e observou-se algumas dificuldades em esconder-se repetindo com frequência os mesmos locais.

No momento do retorno à calma aderiu ao mesmo e manteve um comportamento orientado para a tarefa. Demonstrou prazer no contato com a bola.

Aceitou o final da sessão, mas antes de abandonar a mesma parece ter sempre necessidade de estabelecer conflito com os pares, demonstrando agitação. Contudo o comportamento final foi adequado. Ao longo desta sessão observou-se novamente a presença de alguns comportamentos agressivos com os pares e materiais, mas ostentou uma atitude mais controlada. Observa-se que o P dirige-se sempre ao outro chamando-o de “amigo” e não utilizando o nome próprio, quando quer a sua ajuda ou interação. Ao nível social ostenta dificuldades de partilha e uma atitude intrusiva com o outro, tentando impor-se à força. Apresenta boa compreensão verbal, e ao nível da expressão, observa-se um discurso frequentemente acelerado.

2 – Fatores psicomotores

O J apresentou preferência manual direita; na praxia global observou-se alguma imaturidade no lançamento mas adequada coordenação; e na praxia fina não se observaram dificuldades de preensão.

O G apresentou na praxia global dificuldades na coordenação óculo-manual.

O L apresentou preferência manual direita e dificuldades na coordenação óculo-manual.

O P apresentou lateralidade definida à direita; na estruturação espaço-temporal observou-se adequada organização espacial; e na praxia global observou-se adequada coordenação óculo-manual.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O J interagiu com os pares e demonstrou-se mais independente e assertivo com estes. Observa-se procura intencional na interação, predominantemente verbal. Ao nível emocional apresentou um humor eufórico, e observa-se algumas falhas ao nível da expressividade corporal/facial parecendo por vezes discordante da emoção verbalmente expressa.

O G não procurou ação conjunta com os pares, mas desenvolveu atividade a par destes. Ao nível emocional manifestou alguma oposição, e um humor positivo com expressão frequente de prazer.

O L procurou constantemente o corpo dos pares, procurando o conflito. Em relação às atividades apresenta dificuldades em colaborar com o outro, observando-se ação sem intenção real. Na vertente emocional expressou sobretudo prazer por via verbal e corporal.

O P procurou frequentemente a interação com os pares, querendo desenvolver com estes a sua atividade. Contudo manifesta dificuldades ao nível da partilha, mostrando-se autoritário, intrusivo e impulsivo com estes. Na vertente emocional o P manifestou um comportamento mais calmo e positivo, com predominância pela expressão de prazer.

4 – Comentário

A sessão teve um desenvolvimento positivo. Em ação livre observa-se desorganização e falta de intencionalidade na maioria das crianças. Mas em ação conduzida apresentam comportamentos orientados e permanência adequada na tarefa.

Nas próximas sessões será necessário estruturar mais as ações e permitir menos o jogo livre, pois tal facto ajuda a organizar o comportamento e favorece a organização do pensamento.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão:5	Data: 17/1/12	Hora: 11:30h
Nome: R	idade: 8 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O R apresentou um comportamento inicial adequado. Autonomamente escolheu as atividades iniciais e observou-se uma boa organização/planeamento e praxia global. Observou-se que não considera ainda a terapeuta como parceira de jogo.

Na relaxação ostentou um melhor controlo dos locais (segmentos musculares) onde deve exercer a contração, e apresentou maior consciência das ações a executar (lembrava-se de mais movimentos). Observou-se que ainda apresenta muitas sincinésias, e uma ligeira dismetria do membro inferior direito em relação à linha média do corpo.

Cumpriu adequadamente a relaxação, e na conversa final referiu mediante questionamento como se sentiu. Voltou a observar-se algum nervosismo na conversa final.

Apresentou um comportamento final adequado e mais expressivo, contudo ainda se apresenta inibido, expresso pelos poucos momentos de verbalização espontânea.

2 – Fatores psicomotores

Na tonicidade observou-se boa passividade e descontração muscular, e presença de sincinésias; e na praxia global apresentou boa coordenação óculo-pedal e planeamento motor.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O R não apresentou disponibilidade para a relação com a terapeuta, parecendo vê-la como um adulto e não parceira de jogo. Na vertente emocional, festeja o seu sucesso e tem uma boa tolerância à frustração. Demonstrou prazer na parte inicial da sessão.

4 – Comentário

Atingiram-se os objetivos propostos para a sessão. O R apresenta melhor controlo dos movimentos de contração e descontração e consciencialização sobre os mesmos. Mantém ainda uma forte inibição ao nível da respiração, observando-se bloqueios frequentes.

Na próxima sessão proceder-se-á a aplicação do DAP e autoavaliação da BASC, e dar-se-á continuidade à relaxação.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 10	Data: 15/02/12	Hora: 11.30h
Nome: I	idade: 14 anos	
R	idade: 9 anos	
E	idade: 14 anos	
P	idade: 11 anos	
B	idade: 11 anos	
Orientador: Prof. João Costa e Enfermeira Catarina Alves		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

Devido à agitação de alguns dos elementos do grupo, nesta sessão realizaram-se apenas momentos de relaxação psicossomática.

A I apresentou um comportamento adequado, e participou na conversa inicial. Ostentou algumas atitudes de provocação mútua com o P, e manifesta dificuldades ao nível da proxémia, sendo demasiadamente intrusiva. Na relaxação observou-se um comportamento concordante com a mesma, mas por vezes ostentou alguma distractibilidade e instabilidade emocional (riso). Manifestou dificuldades no reconhecimento direita-esquerda e na apresentação dos respetivos segmentos corporais. Observou-se boa compreensão da informação.

Aceitou adequadamente o final da sessão e apresentou um comportamento final novamente ajustado.

O R apresentou um comportamento adequado e mostrou-se colaborante com a conversa inicial. Contudo perante a decisão de se realizarem apenas momentos de relaxação, o R manifestou desagrado e alguma oposição. Na relaxação recusou cumprir algumas orientações corporais, mas não ostentou um comportamento desadequado. Observa-se no R uma grande necessidade de argumentação com os pares e terapeutas, referindo e reforçando sempre os seus pontos de vista.

Aceitou de forma adequada o final da sessão, e revelou prazer ao ser nomeado para fechar a sala.

O E apresentou novamente um comportamento inibido não procurando interação com o outro. Não participa de forma adequada na conversa inicial, recusando-se a falar.

Demonstrou prazer por as atividades consistirem em momentos de relaxação, expressando-o por via verbal. Na relaxação observou-se algumas dificuldades na compreensão das indicações verbais.

Aceitou o final da sessão e revelou prazer na mesma.

O P apresentou um comportamento ligeiramente agitado, manifestando algumas atitudes infantis e de provocação mútua com os pares. Após chamado à atenção é capaz de reorganizar adequadamente o comportamento. Observou-se alguns comportamentos desajustados com o B, com alguma agressividade latente a par da “brincadeira”. Aceitou o momento de relaxação, mas manifesta algumas dificuldades em manter um comportamento adequado à mesma (riso). Observou-se a presença de movimentos grosseiros e agitados. Revela prazer no contacto com a bola de picos, mas manifesta atitudes regressivas.

Aceitou o final da sessão e foi capaz de apresentar um comportamento final adequado.

O B apresentou ao longo de toda a sessão um comportamento desajustado. Insistia em comportar-se como uma criança, não verbalizando, e ostentou outros comportamentos regressivos. Teve dificuldade em reorganizar o comportamento e cumprir as indicações externas, e para tal foi convidado a abandonar mais cedo a sessão. Observa-se no B alguma dificuldade no contacto corporal com o outro, tendo constante necessidade de se envolver em materiais (ex. relaxação). Não realizou o momento de relaxação por comportamento desadequado à mesma.

2 – Fatores psicomotores

A I apresentou na noção do corpo dificuldades no reconhecimento direita-esquerda.

O R mantém alguma rigidez muscular na zona dos ombros.

3 – Fatores relacionais e emocionais

A I procurou constantemente a relação com os pares. Procura recorrentemente o conflito com o P, revelando prazer na interação. Perante o resto do grupo manifesta uma atitude impulsiva e intrusiva. Ao nível emocional expressou prazer e apresentou um humor ajustado.

O R não estabeleceu interação direta com os pares, mas procura muita a relação com as terapeutas (conversar), demonstrando segurança relacional. Ao nível emocional

ostentou um humor ligeiramente deprimido sobretudo após indicação das atividades da sessão.

O E não procurou nem estabeleceu relação com os pares. Na vertente emocional observa-se grande inibição corporal e verbal. Mas expressa prazer nos momentos de relaxação.

O P estabeleceu relação com os pares, procurando sobretudo interação com o B e I (provocações mútuas). Ao nível emocional transparece sobretudo contentamento e prazer nas ações.

O B adotou uma atitude desadequada, mas procurou interação com o P (conflito). Na vertente emocional apresentou-se desadequado persistindo em atitudes e comportamentos infantis. Não regulou o comportamento.

4 – Comentário

A sessão teve pontos positivos e negativos. O comportamento do B prejudicou a ação em grupo, limitando o tempo e escolha das atividades, e destabilizou os colegas. Por outro lado foi positivo o comportamento do grupo perante a relaxação e o comportamento final adequado de todos.

Nas próximas sessões será pertinente despertar no grupo o interesse pela elaboração de um projeto em conjunto (ex. fotografia, pinturas, etc.) de forma a estimular o seu envolvimento e relações interpessoais. Os momentos de relaxação dinâmica também parecem ser positivos.

RELATÓRIO SESSÃO

Nº sessão: 13	Data: 01/03/12	Hora: 11h
Nome: RP	idade: 9 anos	
D	idade: 10 anos	
RM	idade: 7 anos	
I	idade: 10 anos	
RC	idade: 8 anos	
Orientador: Prof. João Costa		
Estagiária: Patrícia Gonçalves		

1 – Descrição factual da sessão

O RC apresentou um comportamento adequado ao longo da sessão, apresentando-se mais orientado para as tarefas e com menor presença de excitação motora. Participou na conversa inicial, e apresentou melhor tempo de espera, apesar de ainda sentir necessidade de explorar o espaço. No momento do quadro, escolheu como atividade construir um castelo para realizar uma guerra de bolas. Observou-se impulsividade na representação da atividade, assumindo ele próprio que “escreveu mal porque foi à pressa”.

O RC manteve-se na atividade até conclusão da mesma, revelando-se orientado para a tarefa. Realizou a construção autonomamente, observou-se boa organização e planeamento. Revelou prazer na sua construção. Neste momento alguns elementos do grupo tentam destruir o seu castelo, e o RC mantém uma atitude adequada, utilizando o diálogo para expressar a sua indignação. Após destruição do mesmo, volta a construir.

A sessão foi interrompida por comportamento desadequado do I, e o RC aceitou adequadamente o final da mesma. O comportamento final manteve-se adequado e sem revelar agitação motora. Observou-se por vezes a presença de um discurso acelerado e muito fantasioso. Revelou prazer na sessão.

O I apresentou ao longo de toda a sessão comportamentos marcados de oposição e desafio, recusando cumprir as indicações. Participou na conversa inicial, mas não se sentou no mesmo local que os pares, revelando oposição. Como atividade escolheu alterar a estrutura do escorrega, e a não permissão da mesma, desencadeou mais acentuadamente a oposição.

Em seguida juntou-se ao D e RP no jogo do “luta” que estavam a realizar, e apresentou um comportamento intrusivo e ligeiramente agressivo com os pares. Destruí a construção do RC e revelou prazer nessa situação. Perante estes comportamentos cessou-se a sessão.

O I apresentou alguma recusa inicial em abandonar a sessão, mas acaba por sair da sala adequadamente.

O D apresentou um comportamento inicial inibido e isolado dos pares. Entrou no espaço de sessão com recusa, fazendo birra, mas ajustou-se rapidamente. Participou na conversa inicial e partilhou com prazer informação sobre si. Escolheu realizar a atividade de jogar futebol, mas acaba por não a realizar, observando-se uma ação pulsional e de acordo com as ações dos pares.

Apresentou dificuldades na escuta do outro, revelando alguma distração, mas sobretudo, observa-se que ignora as indicações exteriores à sua vontade. As atividades realizadas foram dispersas e sem orientação final. Desenvolveu um jogo de luta com regras, com o RP e revelou prazer verbal na ação. Respeitou as regras. Em seguida e a par do I quis destruir o Castelo do RC, revelando-se desadequado. Ocasionalmente lançou a bola ao cesto revelando adequada coordenação óculo-manual, mas presenciou-se lançamentos realizados com muita intensidade.

Compreendeu e aceitou adequadamente o final da sessão. Observou-se alguma agressividade por parte do D, reagindo com agressividade perante ações contra si dos colegas, e também algum comportamento desadequado com os pares. Por outro lado, por vezes demonstra alguma infantilização, amuando ou “fingindo chorar” quando em conflito com os pares. Apresentou adequada expressão e compreensão verbal.

O RM apresentou um comportamento adequado ao longo da sessão, mantendo-se calmo e afastado dos conflitos. Participou com prazer na conversa inicial, e no momento do quadro escolheu construir um “parque”.

Durante a construção da sua atividade apresentou uma atitude assertiva com o I, demonstrando-se seguro e afirmativo. Em sessões anteriores o RM teria abandonado os materiais em favor dos pares. Em seguida jogou basebol com o RP, observando-se interação e segurança relacional. No decorrer da sessão observam-se atividades sem continuidade.

Compreendeu o final da sessão e aceitou adequadamente. Manteve um comportamento final adequado. Ao longo da sessão observou-se que o RM tem tendência para elevar o tom de voz quando em excitação ou em disputa com o outro.

Mantem dificuldades ao nível do planeamento das ações. E apresenta melhor capacidade de relação interpessoal, surgindo mais afirmativo e intencional.

O RP apresentou um comportamento adequado, mas surgiu menos intencional, não desenvolvendo qualquer atividade organizada, limitando-se à exploração pulsional do espaço. Nesta sessão observou-se falta de intencionalidade no RP.

Desenvolveu a atividade de luta com o D, onde demonstrou atitude adequada e cuidadosa com o par, sem presença de agressividade. Definiu e cumpriu as regras da atividades. Demonstrou prazer na ação. Realizou também o jogo de basebol com o RM, onde se observou algumas dificuldades na coordenação óculo-manual. Não se observou a realizou concreta de mais nenhum atividade.

Aceitou adequadamente o final da sessão, e com o final da mesma quer ajudar o RC e a terapeuta a reconstruir o castelo, demonstrando alguma tendência para a manipulação (mostra-se muito simpático e colaborante). Observou-se que na conversa inicial o RP referiu novamente com prazer o facto de ter partido mais um vidro em casa. Parece uma atitude para se salientar dos pares.

2 – Fatores psicomotores

O RC apresentou preferência manual direita e adequada organização espacial.

O I apresentou lateralidade manual esquerda.

O D ostentou lateralidade manual direita; na praxia global observou-se adequada coordenação óculo-manual, mas falhas na coordenação óculo-pedal (direccionalidade); e na praxia fina observou-se preensão rija da caneta.

O RM apresentou lateralidade manual direita; e na praxia global observou-se na coordenação óculo-manual algumas dificuldades.

O RP ostentou preferência manual direita; e na praxia global apresentou dificuldades na coordenação óculo-manual.

3 – Fatores relacionais e emocionais

O RC demonstrou interesse na relação com os pares, apesar de a sessão não ter proporcionado muitos momentos para tal. Ao nível emocional expressou adequadamente as emoções, não revelando agressividade quando contrariado pelos pares, e expressando prazer na sua construção.

O I não procurou estabelecer relação com os pares, mas interage com estes, procurando o conflito. Na vertente emocional ostentou sobretudo oposição nas suas ações.

O D recusou inicialmente a ação com os pares, mas acaba por espontaneamente interagir com estes. Ao nível emocional, expressou verbalmente prazer vivido nos momentos de sessão. Mas observou-se também alguma agressividade e manipulação emocional.

O RM desenvolveu sobretudo atividades sozinho, mas também procurou os pares para interação. Demonstra prazer na relação com o grupo. Ao nível emocional expressou adequadamente as emoções, e observou-se um humor eufórico mas com grande expressão de prazer.

O RP desenvolveu ações com os pares, mas não se observou envolvimento completo na relação. Na vertente emocional apresentou um humor eufórico.

4 – Comentário

Novamente foi necessário terminar antecipadamente a sessão por comportamento desajustado do I (oposição marcada e desafio). Este deverá ser integrado num grupo menor nas próximas sessões, pois o comportamento dele está a afetar a continuidade deste grupo terapêutico. No global observou-se nesta sessão falta de intencionalidade e organização nas ações de alguns elementos do grupo.

Nas próximas sessões será necessário voltar a conduzir o grupo para atividades estruturadas e objetivamente definidas. É importante criar jogos de regras que partam das intenções do grupo. A competição poderá ser favorável para cativar o grupo para a ação conjunta, para numa fase seguinte trabalhar as questões relacionais de partilha e cooperação.

Apresentação de um Caso Clínico

Clínica da Encarnação - HDE

Orientador Académico: Professor Doutor Rui Martins

Orientador Local: Professor João Costa

8 de Fevereiro 2012

Estagiária de Mestrado em Psicomotricidade: Patrícia Gonçalves

4

Identificação

- Nome: I
- D.N.: 21/12/03 Idade: 8 anos e 1 mês

Encaminhamento

- Enviado por: Médica de Família
- 1ª Consulta: 16/12/2010 (Pedopsiquiatra)
 - **Motivo:** muito mexido, comportamentos auto e hetero-agressivos.
- 1ª Consulta Psicomotricidade: 10/10/2011

Principais queixas (pais)

- Sempre foi irrequieto e distraído;
- Comportamentos hetero-agressivos – 1º ano de escolaridade;
- Não sabe iniciar brincadeiras – colegas rejeitam-no;
- Desadequação socioafectiva;
- Recusa tarefas nas aulas;
- Comportamentos agressivos quando o contrariam, fica muito nervoso e revoltado;
- Há 5 meses (Junho-Julho 2010) iniciou comportamentos ou ameaça de comportamentos auto-agressivos;
- Disse à mãe que não servia para nada e que queria morrer e que não quer cá estar;
- Divaga a contar histórias.

Fonte: Processo clínico

Observação da criança

Seguimento pela Pedopsiquiatra

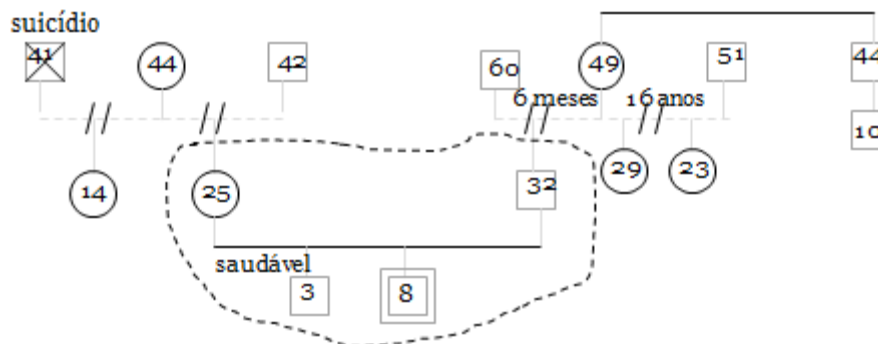
- Contato indiferenciado/desinibido; humor eutímico/irritável; ligeiramente agitado a nível motor; distraído; pouco colaborante; sem comportamentos agressivos; linguagem adequada.

[Mantém o mesmo comportamento na presença dos pais].

- Mãe apresentou humor deprimido e irritável; pouco afetuosa com o I.
- Pai colocou muitas questões acerca do I e da pedopsiquiatria; alguns traços paranoides, desconfiado (terapêutica, medicação, desenho)

Fonte: Processo clínico

História Familiar - genograma



História Familiar – Antecedentes clínicos

- ❖ Segunda tia materna: doença depressiva; suicídio;
- ❖ Segunda tia paterna: “esgotamento”;
- ❖ Mãe: depressão, com medicação à cerca de 1 mês; acompanhamento em psicologia;
- ❖ Pai: “nervoso”; irrequieto; episódios de convulsões em criança mas não sabe explicar a razão.

História familiar ⁽¹⁾

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">Mãe</div> <p>História Pessoal Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Viveu sem pai até aos 9 anos, depois teve um padrasto. Este tinha alcoolismo e era violento para a sua mãe. ▫ Foi abusada aos 12 anos pelo padrasto. Esteve preso 4 anos, mas voltou a conviver regularmente com ele (2009 separação mãe-padrasto). ▫ Boa relação com mãe e irmã.
<p>História Médico Psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Episódio depressivo aos 12 anos; ▫ Traços de ansiedade; ▫ Atualmente medicada para a depressão; ▫ Apoio psicológico.

História familiar (2)

Pai

- | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|
| História | } | - | = | Nunca conviveu com pai biológico. Viveu com um padrasto até aos 12 anos e mais tarde com outro; |
| Pessoal | | | | |
| Familiar | | | | |
| História | } | - | = | Episódios de Convulsões, mas não é capaz de dar explicação sobre a razão dos mesmos. |
| Médico | | | | |
| Psiquiátrica | | | | |

História Familiar (3)

Relações Familiares

- Irmão: dão-se bem.
- Mãe: relação próxima; criança muito meiga e quer atenção; por vezes apresenta falta de paciência para com o I.
- Pai: considera-se ausente (trabalho 7h-20h); desvaloriza os comportamentos inapropriados, não se preocupa; relação boa.
- Pais: por vezes discutem em casa; separados durante um mês (aos 4 anos do I); às vezes apresentam comportamentos desvalorizantes (promoção de sentimentos de inferioridade).

Gravidez

- Mãe tinha 17 anos; andava nervosa porque a família era contra o facto de ela estar grávida
- Gravidez desejada e planeada; queriam menino
- Acompanhamento médico; sem problemas
- Aos 6 meses de gestação episódio de sinais precoces de início de parto, sem continuidade
- Consumo de tabaco durante a gestação (após os 4 meses).

História perinatal

- 37 Semanas de gestação
- Parto: eutócico, epidural
- Peso: 2760g.

História Pós-natal de Desenvolvimento

Relação Precoce/período pós-parto

- Bebê “come e dorme”, muito calmo. Pais estavam muito satisfeitos.
- Permaneceu praticamente os 3 primeiros meses de vida no hospital (infecção respiratória)

Alimentação

- Amamentação: até aos 15 dias de vida.
- Alimentação: sem problemas, come bem; diversificação alimentar.
- À cerca de 2 meses recusa comer alimentos de prato em casa e na escola.

História de Desenvolvimento ⁽¹⁾

Sono

- Dorme sozinho em quarto próprio desde os 9 meses; não costuma ir ter com os pais de noite
- Dorme 10 horas
- Sono agitado (range dentes, e verbaliza)
- Refere só ter pesadelos, sonhos bons não; Sonha com “vampiros que mordem o sangue”.

Controlo Esfíncteres

- Diurno :4 anos
- Enurese noturna até aos 6 anos.

História de Desenvolvimento ⁽²⁾

Desenvolvimento Psicomotor

- Marcha: 14 meses.

Desenvolvimento Linguagem

- Primeiras palavras: aos 12 meses. A primeira palavra pronunciada foi “cão”

Desenvolvimento Social e relações interpessoais

- Frequentemente sorridente (5/6 meses);
- Sem angústia do estranho;
- Iniciativa na aproximação a outras crianças, mas com manifestação frequente de comportamento agressivo, gerador de isolamento (idade pré-escolar);
- Relação com os pares: difícil manter amigos; impulsivo e agressivo
- Relação com os familiares: Boa
- Relação com outros adultos: Estabelece relação sem receio
- Comportamento em locais públicos: agitado; interrompe frequentemente as conversas.

História Educativa

- Até aos 3 anos com a mãe
 - Dos 3-4 anos com uma ama
 - 4 anos: entrada no pré-escolar
 - 5 anos: entrada no 1º ciclo
 - Atualmente no 3º ano
 - Relação atual com a aprendizagem: Desatenção; Dificuldades na leitura ao nível da compreensão; Dificuldades na expressão plástica
 - Apoio recente de psicologia em meio escolar (dificuldades na aprendizagem).
- Muito mexido;
-Bruto/desadequado com os pares. (educadoras)
- 1º ano: queixas de comportamento agressivo com os colegas
- Sem ansiedade de separação

Atividades e rotinas

Atividades

- Atividades: Pratica natação 3 vezes por semana. Neste momento não frequenta ATL.
- Gosta: ver televisão e jogar Playstation
- Não gosta: Estudar

Rotinas

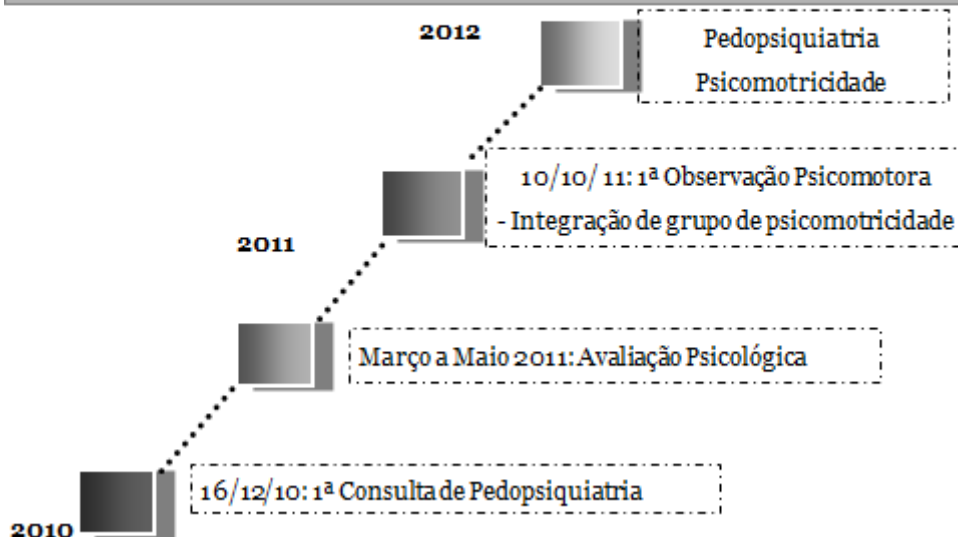
- Dia de semana-tipo: 8h - acordar, difícil; 9h-17.30h - escola; depois vai à natação ou para casa; Faz os trabalhos da escola, e depois vê TV; 20.30h - Jantar; 22h- deitar.
- Fim-de-semana-tipo: Passear em família, andar bicicleta, etc.

História Clínica

Internamentos e doenças

- Internado aos 15 dias por bronquiolite no HDE (\pm 1,5 meses e depois voltou a ser internado mais 1 mês);
- Algumas infeções respiratórias;
- Teve uma vez anemia;
- Operado às amígdalas e aos adenoides;
- Sem alergias.

História Clínica



Hipótese Diagnóstica

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
 Perturbação do Comportamento
 Perturbação de Humor SOE

Fonte: Processo clínico

Plano terapêutico

Medicação
atual

- Risperidal 0,75mg
- Diplexil 500mg
- Rubifen 10mg

-Psicomotricidade

Motivo
em caminhar

Instabilidade psicomotora;
Comportamento agressivo;
Dificuldades de interação social.

Fonte: Processo clínico

Seguimento em Pedopsiquiatria – comportamentos crítério

- Labilidade emocional
- Intolerância à frustração
- Birras e irritabilidade
- Distractibilidade
- Contato indiferenciado
- Irrequietude motora
- Recusa na aceitação de regras
- Dificuldades memória
- Dificuldades nas competências sociais.



Fonte: Processo clínico

História de vida atual

- ❖ Mãe: mais calmo; não se verificam as atitudes negativas de autoagressividade
- ❖ Escola: com a medicação fica mais controlado, apresentando maior nível de atenção; continua com ação lenta ao nível do pensamento
- ❖ Pedopsiquiatra: sintomas mais estáveis, com diminuição da autoagressividade e irritabilidade.

Avaliação

- **Avaliação Psicológica**
 - Teste de Desenho da Família, de Corman
 - Teste da Figura Humana, de Goodenough
 - Teste de Organização Grafo-perceptiva, de Bender
 - WISC-III
 - C.A.T
 - “Quem sou eu?”
 - Provas de Avaliação da Lateralidade.
- **Avaliação Psicomotora**
 - Observação Psicomotora
 - DAP (Draw a Person)
 - BASC (Behavior Assessment System for Children)
 - Entrevista à mãe.

Avaliação Psicológica

- **Motivo:** Compreender alguns aspetos do funcionamento psicológico do I.
- **Resultados:**
 - WISC-III: perfil heterogéneo. Nível médio-inferior em relação à faixa etária (82), com discrepância entre a parte verbal (nível médio, 104) e a parte de realização (nível muito inferior, 69); dificuldades de organização perceptiva e coordenação óculo-manual, baixa memória visual; dificuldades ao nível do julgamento social, compreensão de regras sociais e antecipação de consequências de uma ação.
 - Provas Grafo-motoras: dificuldades praxia fina; lateralidade cruzada; organização do esquema corporal inferior à idade.

Fonte: Processo clínico

Avaliação Psicológica (1)

- **Resultados:**
 - Teste de Desenho da família: não existem diferenças transgeracionais entre as figuras (mãe, tia, irmão, ele); Não desenha o pai, demonstrando senti-lo como distante e demitido das suas funções.
 - C.A.T.: Mãe é sentida como interditora do desejo, figura veiculadora das normas e punitiva das transgressões. Pai é sentido como ausente e não contentor, demitido das suas funções parentais. Agressividade latente para com a figura paterna. Não aborda as temática familiares, e revela fraca coesão identitária.

Protocolo parece compatível com o registo depressivo.

Fonte: Processo clínico

Psicomotricidade: Observação Psicomotora

= A 1ª sessão de avaliação informal em contexto de sala, ocorreu no dia 17/10/11:

-Comportamento inicial reservado, mas por curto período de tempo;
-Aproximação aos pares excessiva/sem limites, apresentando falta de controlo corporal.

Comp. Sócio-emocionais

-Impulsividade;
-Excitabilidade motora (descargas motoras repetitivas – “saltitar”);
-Equilíbrio dinâmico adequado;
-Adequada representação simbólica.

Comp. Psicomotores e Cognitivos

Psicomotricidade: Fatores Psicomotores



DAP – análise quantitativa

- Aplicado em 5/12/11

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentile	Classificação	Equivalente Etário
Homem	12	56	<2	Deficitário	5 anos e 0 meses
Mulher	14	59	<2	Deficitário	5 anos e 0 meses
O Próprio	12	56	<2	Deficitário	5 anos e 0 meses
Totais (H+M+P)	38	50	<2	Deficitário	5 anos e 0 meses

Total da classificação do teste: Deficitário

Consciência Corporal imatura

DAP – análise qualitativa



Desenho do Homem

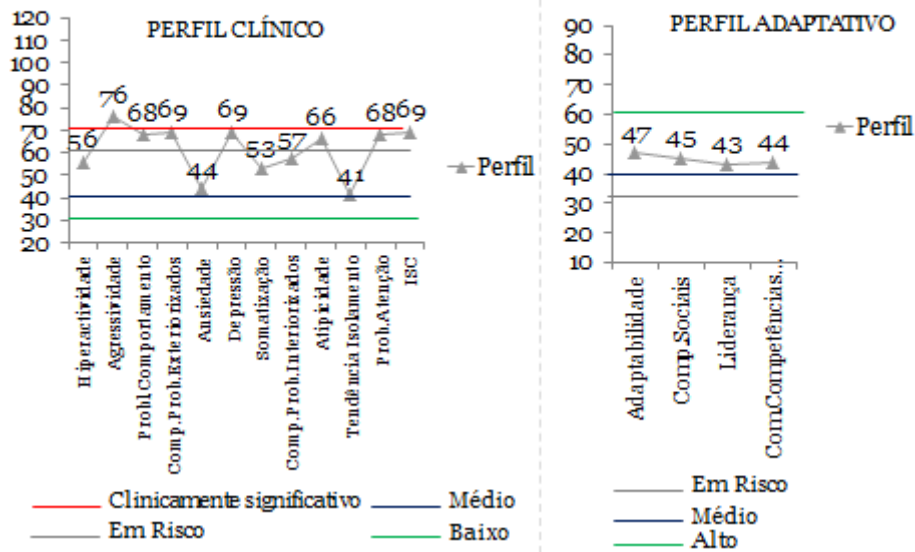


Desenho da Mulher

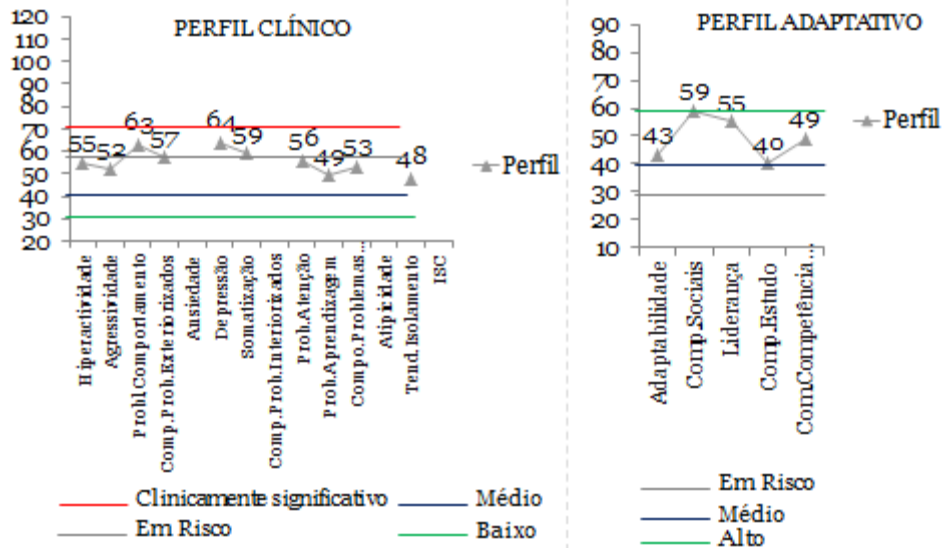


Desenho do Próprio

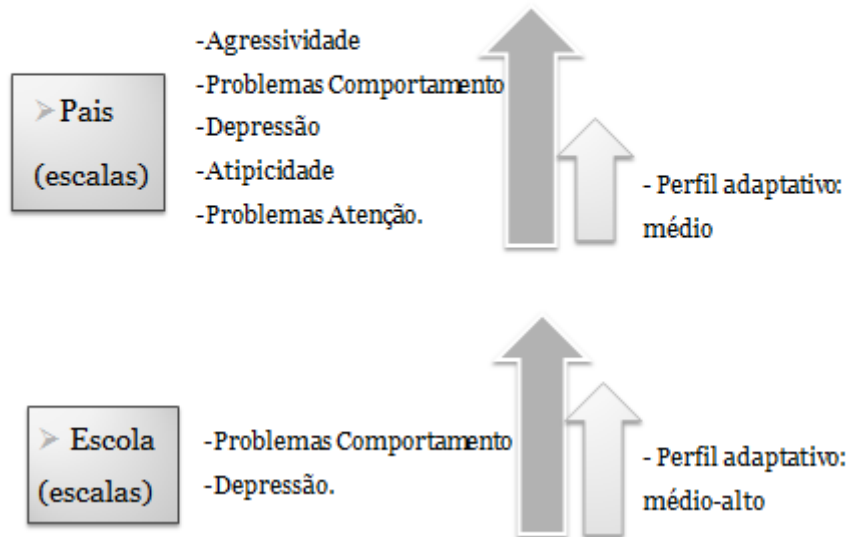
BASC – pais



BASC – escola

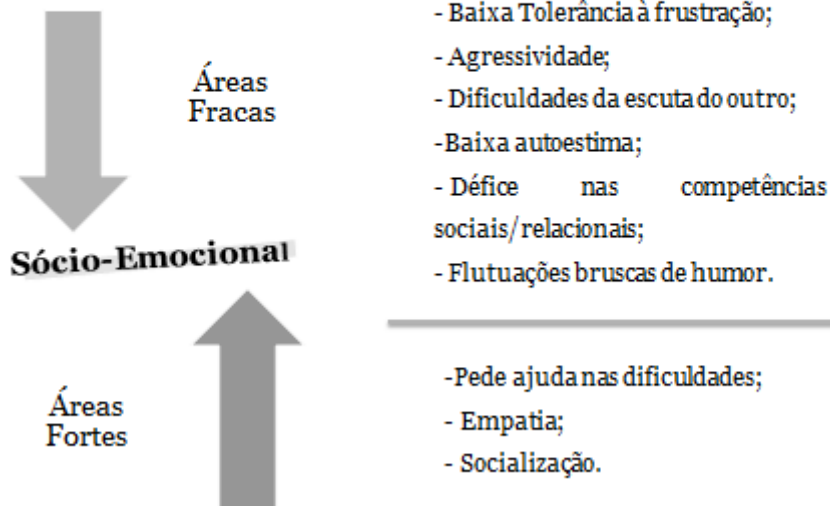


BASC – Resumo

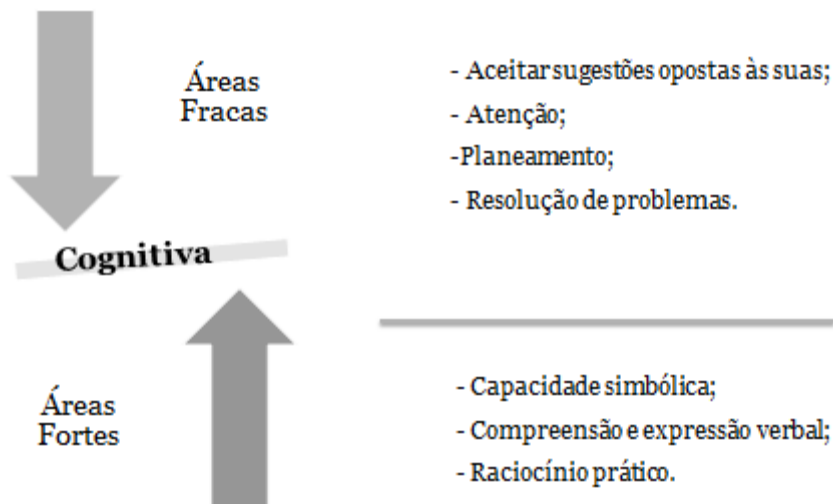


Seguimento em Psicomotricidade / Intervenção

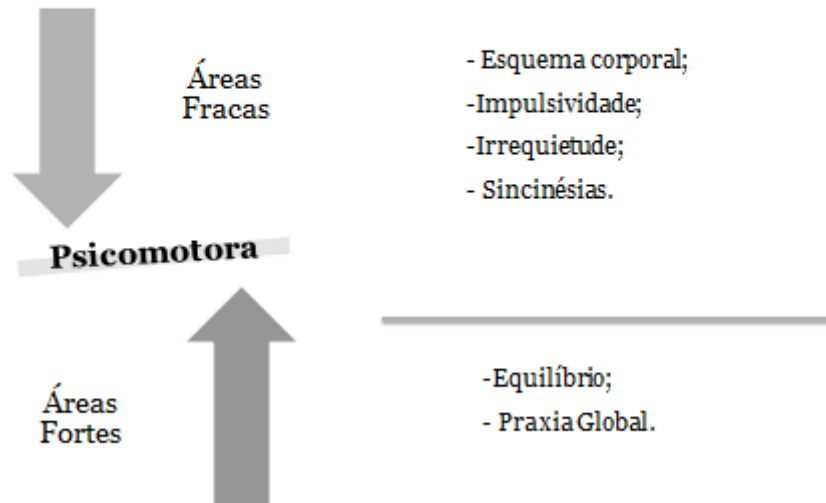
Perfil Intra-Individual (1)



Perfil Intra-Individual (2)



Perfil Intra-Individual⁽³⁾



Projeto Terapêutico – Objetivos da Intervenção⁽¹⁾

Objetivo geral	Objetivos Específicos
Melhorar as competências Sócio-emocionais	<ul style="list-style-type: none"> o Aumentar a capacidade de tolerância à frustração o Inibir impulsos agressivos o Estimular a autoestima, promovendo sentimentos de autoeficácia e autovalorização o Aumentar a aceitação e o cumprimento de regras o Desenvolver a capacidade de controlar a imprevisibilidade ligada à colocação de situações-problema o Desenvolver a capacidade de gestão pessoal no respeito pelo espaço pessoal do outro, e a expressão de uma atitude assertiva o Favorecer as competências sociais: <ul style="list-style-type: none"> -Melhorar a capacidade de partilha, colaboração e escuta do outro.

Projeto Terapêutico – Objetivos da Intervenção₍₂₎

Objetivo geral	Objetivos Específicos
Melhorar as competências Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> o Melhorar o autocontrole: <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar estratégias para a resolução de problemas o Desenvolver a capacidade de atenção e concentração: <ul style="list-style-type: none"> - Promover a focalização, discriminação e seleção de estímulos relevantes, de forma sustentada o Promover a capacidade de organização, através do faseamento, da sequencialização, da definição de prioridades e da verificação o Desenvolver estratégias de autorregulação que favoreçam a inibição do comportamento impulsivo

Projeto Terapêutico – Objetivos da Intervenção₍₃₎

Objetivo geral	Objetivos Específicos
Melhorar as competências Psicomotoras	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a consciência tátil dos limites e segmentos corporais - Representar topograficamente os segmentos corporais - Promover a consciencialização da modulação dos estados tónicos - Inibir a manifestação de sincinésias.

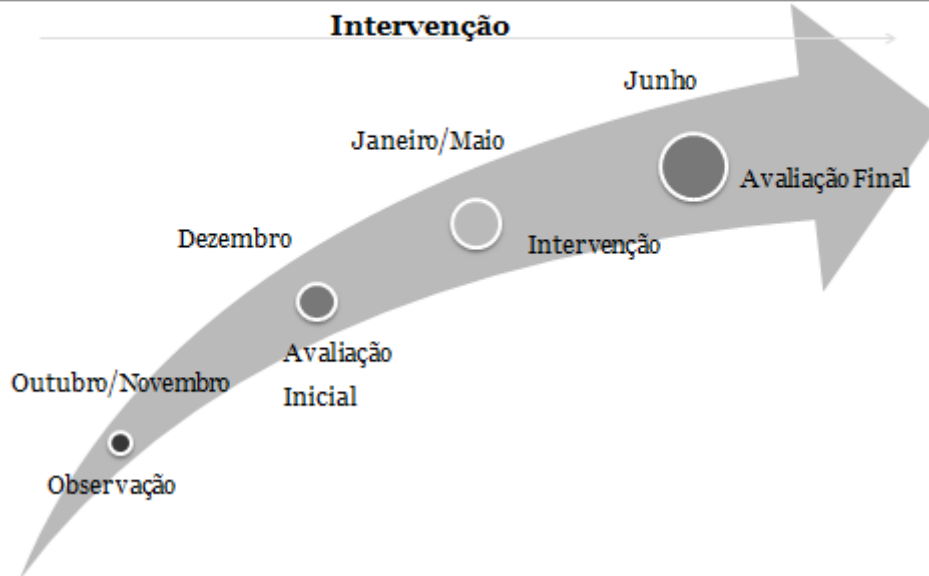
Intervenção - Estratégias

- ✓ Estimular a criação de projetos pessoais como forma de promover a identificação e motivação para a realização;
- ✓ Reforçar constantemente a manifestação de comportamentos adequados face à tarefa proposta;
- ✓ Promover o empowerment, proporcionando autonomia e responsabilidade pela decisão;
- ✓ Apelar à reflexão e verbalização de acontecimentos da sessão e sua aplicação no quotidiano;
- ✓ Orientar a atividade desde jogo livre e espontâneo, até e progressivamente, à orientação e respeito de limites espaço-temporais e dos outros.

Atividades

- Jogos de exercícios (funcionais ou sensoriomotores);
- Jogos de regras (componente social);
- Jogos de construção (maior adaptação à realidade);
- Jogos de cooperação e coesão (aproximação aos pares);
- Jogo simbólico (passagem à representação e elaboração mental; expressão espontânea);
- Relaxação terapêutica (tensão muscular).

Projeto Terapêutico – Planeamento da Intervenção



Projecto Terapêutico – Fases da Intervenção (1)

1ª Fase

- Atividades de cariz espontâneo e de acordo com a motivação e interesses do grupo;

- Prevalência de situações que promovam o sucesso (favorecer a autoestima)

- Jogos de regras e sensoriomotores - viver situações enquadradas com a vida real e organizar-se em função destas

- Jogos de construção cooperante, simbólicos e de regras – treino das competência relacionais

-Desenvolver a consciência corporal – base para o desenvolvimento das funções superiores.

Objetivos

- Favorecer a autoestima
- Aumentar a tolerância à frustração
- Melhorar as competências sociais/relacionais
- Trabalhar a Noção do Corpo.

Projecto Terapêutico – Fases da Intervenção (2)

2ª Fase

- Após aquisição dos objetivos anteriores, pretende-se maior organização mental e planeamento
- Atividades mais estruturadas - respeitar de orientações corporais e limites espaço-temporais, favorecendo o autocontrolo e autorregulação;
- Planeamento prévio e expressão gráfica das fases das atividades;
- Atividades de memorização e jogos de regras, para melhorar a atenção e concentração;
- Promover a autoinstrução e colocá-lo perante situações-problemas – desenvolver estratégias de extrapolação para o quotidiano.

Objetivos

- Aumentar o Autocontrolo e a capacidade de autorregulação
- Melhorar a atenção e concentração
- Desenvolver a capacidade de resolução de Problemas.

Organização das sessões

Dinâmica sessão

- ❖ Duração: 45 minutos
- ❖ Segundas-feiras às 11 horas
- ❖ Outubro 2011 a Junho 2012
- ❖ Dinâmica: Sessão em grupo

Conversa inicial

Momento do quadro

Desenvolvimento das
atividades

Retorno à calma

Conversa final

O Grupo

> Composto por 3 crianças:

> **M**, 11 anos

> **F**, 7 anos

> **I**, 8 anos

- Permite a confrontação com a sua agressividade, trabalhando-se os conflitos: Manifestação da agressividade e gestão da mesma;
- Melhora as situações de desadequação relacional: Estimula a melhoria das competências sociais; Promove o desenvolvimento Pessoal e Social, favorecendo a autoestima, autocontrolo, concentração e atenção às tarefas, e definição conjunta de estratégias de resolução de problemas;
- Os pares estimulam a aprendizagem e promovem a formação de opiniões e atitudes.

Evolução ao longo das sessões ⁽¹⁾

- Mais contido na agressividade com os materiais e pares;
- Contínua com dificuldades na competências sociais na relação com os pares (partilha; escuta; negociação);
- Tem vindo a demonstrar empatia pelos estados emocionais do F;
- Dificuldade em ouvir a argumentação do outro e aceitar sugestões;
- O I apresenta disponibilidade para a relação com os pares, mas quando contrariado quebra com a relação;
- Tenta assumir liderança do grupo;
- Preferência relacional pelo par do mesmo género.

O I no grupo...

Evolução ao longo das sessões ⁽²⁾



- Controla melhor a expressão corporal da frustração;
- Mostra-se mais colaborante com os rituais de sessão;
- É capaz de organizar atividades com objetivos e permanecer na mesma por maior período de tempo;
- Mantém frequentes oscilações de humor, mas apresenta um melhor autocontrolo;
- Colabora na arrumação do espaço e dos materiais;
- Mantém excitabilidade motora (descargas motoras repetitivas – “saltitar”).

«pode descobrir-se mais sobre uma pessoa em uma hora de brincadeira do que em um ano de conversa» (Platão)

Anexo T: Apresentação de aula de sensibilização para a Psicomotricidade aos internos de pedopsiquiatria do HDE

The slide cover features three logos on the left: the University of Lisbon seal, the 'f MH' logo, and a circular logo with a silhouette and the word 'PSICOMOTRICIDADE'. The main text on the right reads: 'Universidade Técnica de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana', 'A PSICOMOTRICIDADE', and 'Indicações terapêuticas'. At the bottom, it lists: 'Orientador Académico: Professor Doutor Rui Martins', 'Orientador Local: Professor João Costa', and 'Estagiária de Mestrado em Psicomotricidade: Patrícia Gonçalves'.

The content slide has a vertical table of contents on the left with three items: '1. O que é a Psicomotricidade?', '2. Psicomotricidade e Saúde Mental', and '3. Caso Clínico'. The main content area contains a box at the top stating 'Relação recíproca entre o Psiquismo e a Motricidade', followed by the question 'O QUE É?' and a tilted box with the text '...por mediação corporal e expressiva'. Below this is another box stating 'Problemas de desenvolvimento, maturação, comportamento, aprendizagem e psicoafetivo.' and a citation '(Fonseca, 2005; Martins, 2000)' at the bottom right.

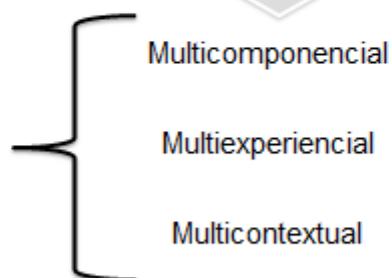
1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico



PSICOMOTRICIDADE



(Fonseca, 2005)

1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

FINALIDADES



- Contribuir para o desenvolvimento global do indivíduo
- Compensar uma problemática situada na convergência do psiquismo e somático, intervindo através do corpo
- Promover, através da relação ação-pensamento: competências cognitivas, de linguagem, psicoafectivas, motoras e sociais.

(APP, 2010)

1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico



(APP, 2010)

METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO

1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

- Técnicas de relaxação terapêutica e de consciencialização corporal
- Técnicas gnoso-práticas
- Técnicas expressivas e ludo-terapêuticas

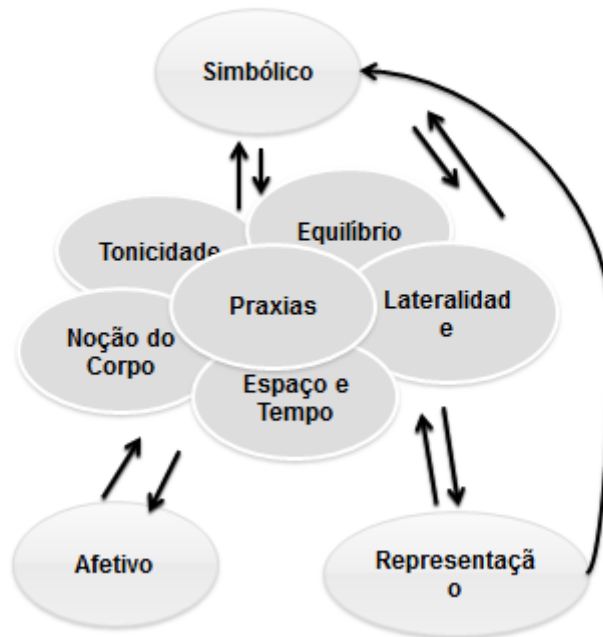
(APP, 2010)

PSICOMOTRICIDADE

1. O que é a Psicomotricidade ?

2. Psicomotricidade e Saúde Mental

3. Caso Clínico

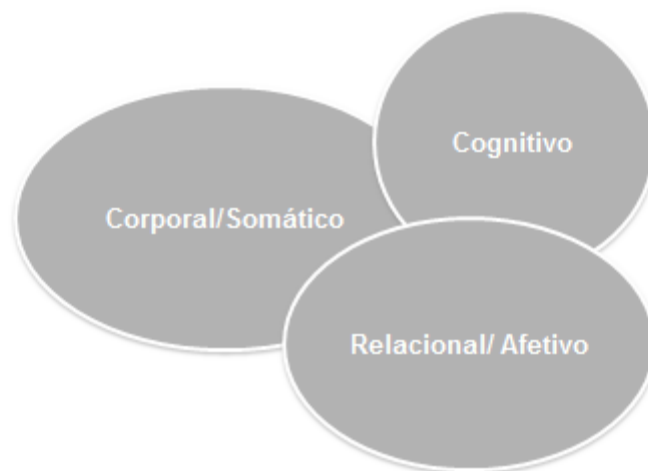


PARA QUE PROBLEMÁTICAS?

1. O que é a Psicomotricidade ?

2. Psicomotricidade e Saúde Mental

3. Caso Clínico



(APP, 2010)

1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

PARA QUE PROBLEMÁTICAS?

◉ Incidência Corporal

- Instabilidade postural
- Perturbações do esquema e imagem corporal
 - Baixa autoestima
 - Fragmentação (linha psicótica)
- Perturbações da lateralização e de estruturação espacial e temporal
- Dispraxias
- Problemas psicossomáticos

(APP, 2010)

1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

PARA QUE PROBLEMÁTICAS?

◉ Incidência Relacional

- Dificuldades de comunicação, da relação e do contato:
 - Problemas de relação entre pares;
 - Bloqueio;
 - Comportamentos regressivos;
 - Baixa autonomia;
 - Agressividade;
 - Baixa tolerância à frustração;
 - Inibição
- Instabilidade psicomotora

(APP, 2010)

1. O que é a
Psicomotricidade
?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

PARA QUE PROBLEMÁTICAS?

⊙ Incidência Cognitiva

- Défices de atenção
- Défices de memória
- Problemas de processamento de informação
- Dificuldades de organização, percepção, simbólica e conceptual.

(APP, 2010)

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade
e Saúde Mental

3. Caso Clínico

OS DIAGNÓSTICOS

- ⊙ PHDA
- ⊙ Perturbações do Comportamento
- ⊙ Atraso Global de Desenvolvimento
- ⊙ Perturbações de Humor SOE
- ⊙ Perturbações da Ansiedade
- ⊙ Perturbações Regulatórias
- ⊙ Perturbações de Vinculação
- ⊙ Perturbações da Relação e da Comunicação
- ⊙ Perturbações da Aprendizagem escolar

INDICAÇÕES COM MAIOR FREQUÊNCIA DE ENCAMINHAMENTO (2008/09)

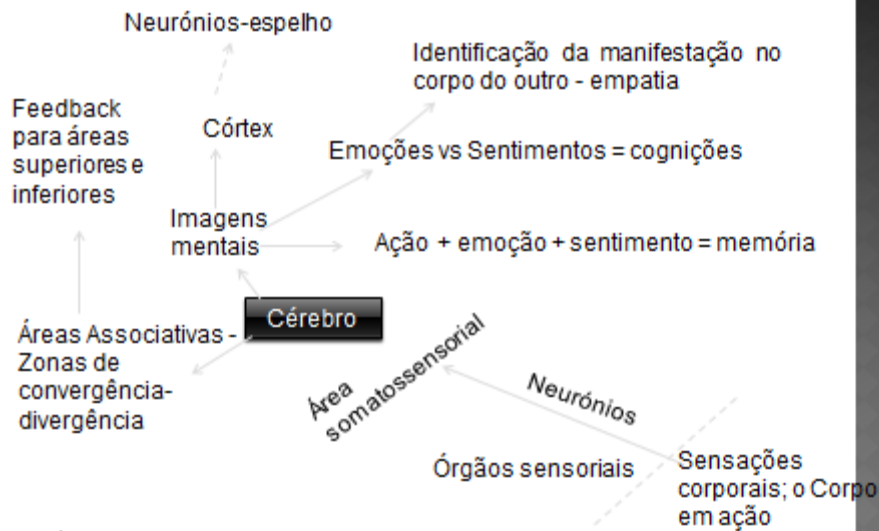
1. O que é a Psicomotricidade?
2. Psicomotricidade e Saúde Mental
3. Caso Clínico

N = 34 / Hipóteses diagnósticas (segundo DSM – IV)	%
PHDA	25%
Perturbação do Comportamento	15, 63%
Perturbação da Linguagem: mutismo seletivo	6, 25%
Dificuldades de Aprendizagem	6, 25%
Perturbação da Comunicação	6, 26 %
Perturbação Depressiva SOE	3, 13 %
Perturbação Psicótica SOE	3, 13 %

NEUROCIÊNCIAS E PM

Ação conjunta mente-corpo

Corpo é instrumento de aferição dos pensamentos, ações e emoções



1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade
e Saúde Mental

3. Caso Clínico

PHDA E PSICOMOTRICIDADE

- PHDA – alterações na sensibilidade ao reforço (Luman et al., 2005)
- Diminuição na transmissão da dopamina no circuito frontal-límbico, é responsável por alterações no adiamento da recompensa (Sagvolden et al., 2005; Johansen et al., 2002).
- No comportamento: impulsividade, irrequietude e dificuldades de atenção (APA, 1996).
- Na psicomotricidade: alterações tónico-posturais, com défices no equilíbrio e na praxia fina (Salgueiro, 1999).

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade
e Saúde Mental

3. Caso Clínico

PHDA E PSICOMOTRICIDADE

- Focalizar a atenção pelo jogo, promovendo a autorregulação dos impulsos e o planeamento das ações;
- Nas competências sociais: aumentar a capacidade de diálogo e de discussão mútua organizada e sem agressividade (Costa, 2008)

(Corraze & Albarét, 1991; cit. in Nala & Martins, 2006; Marquet-Doléac, Soppelsa, & Albarét, 2005)



Um estudo realizado (Panksepp, Burgdorf, Turner, & Gordon, 2003) em ratos com lesões induzidas no lobo frontal direito, mostraram que o jogo (play therapy):

- Melhorar sintomas de impulsividade (organismos com lesões neurológicas que exibem alguns dos sintomas da PHDA);
- Uma experiência de jogo antes da atividade, aumenta a inibição do comportamento, e talvez a focalização da atenção

Motivação

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E PSICOMOTRICIDADE

1. O que é a Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e Saúde Mental

3. Caso Clínico

- Boas habilidades motoras
- Falhas ao nível da imagem do corpo, elevados níveis de ansiedade e problemas nas competências relacionais

Características

- Atividades motoras e criativas - autoestima;
- Utilização de TIC's como extensão da atividade motora;
- Jogos de construção e execução de projetos;
- Jogos de confiança e dramatização;
- Relaxação.

(Costa, 2008)

O Grupo

PERTURBAÇÕES REGULATÓRIAS E PSICOMOTRICIDADE

1. O que é a Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e Saúde Mental

3. Caso Clínico

- 1ª infância → interfere no processamento sensório-motor e na "sensorialidade afetiva", e em consequência afeta a interação social e adaptação da criança (NCCIP, 1994)

Comunicação Não-Verbal

- Exploração e experimentação dos materiais;
- Atividades simbólicas/"faz-de-conta"
(NCCIP, 1994; Costa, 2008)

Psicomotricidade

Atuar como um espelho perante os movimentos do indivíduo, ajuda-o à formação de perceções e consciencialização de sentimentos (Berrol, 2008)

"Reflexo empático"

1. O que é a Psicomotricidade?
2. Psicomotricidade e Saúde Mental
3. Caso Clínico

INTERVENÇÃO INDIVIDUAL E EM GRUPO

❖ Intervenção Individual

- ❖ Situações ligadas à funcionalidade em que existe uma, discrepância acentuada entre uma criança e as outras (capacidades instrumentais, psicológicas e sociais)
- ❖ Problemas de Separação/Individuação

❖ Intervenção em Grupo

- ❖ Problemas de comportamento (dificuldades nas relações interpessoais);
- ❖ Timidez, imaturidade emocional, fobias;
- ❖ Ansiedade, Depressão, Mutismo, entre outras.

(Onofre, 2004)

1. O que é a Psicomotricidade?
2. Psicomotricidade e Saúde Mental
3. Caso Clínico

INTERVENÇÃO EM GRUPO

❖ Vantagens da Intervenção em Grupo

- ❖ Maior variedade de modelos;
- ❖ Diferentes propostas de atividades;
- ❖ Diversificação na utilização dos objetos;
- ❖ Maior variedade de situações-problema;
- ❖ Representação de situações de relacionamento reais;
- ❖ Conflitos: Manifestação da agressividade e gestão da mesma.

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade
e Saúde Mental

3. Caso Clínico

O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA NUMA EQUIPADE SAÚDE MENTAL

- ❖ Modificar a organização psíquica patológica da criança, através de experiências psicomotoras geradoras de prazer.

- ❖ Promover no outro a capacidade de através do agir, da experimentação e do investimento corporal – comunicar e agir com intencionalidade.

(Vecchiato, cit in Almeida, 2005)

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

VINHETA CLÍNICA

⊙ Identificação

- D., género masculino,
6 anos e 4 meses

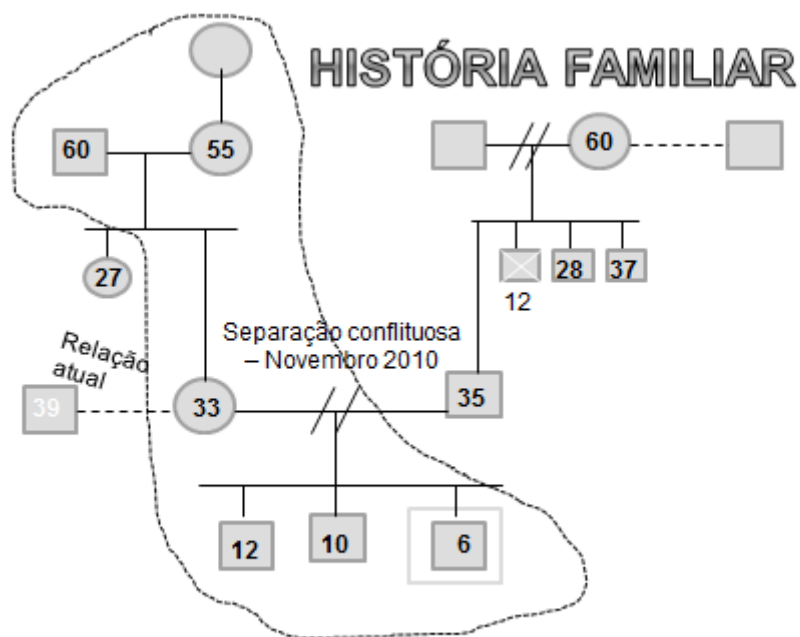


⊙ Diagnóstico:

- Atraso Global do Desenvolvimento
e Perturbação da Linguagem

⊙ Principais Sinais e Sintomas:

- Inibição e Alterações na Consciência
Corporal



1. O que é a Psicomotricidade?
2. Psicomotricidade e Saúde Mental
3. Caso Clínico

⊙ Dados do Desenvolvimento:

- Nasceu às 38 semanas de gestação por cesariana
- Ficar de pé sozinho: 2 anos
- Andar sozinho: 2 anos e meio
- Primeiras palavras após os 2 anos
- Controlo esfíncteres diurno e noturno: 2 anos e meio
- Alimentação: Sem aleitamento materno
- Sono: Dificuldades em adormecer, mas com sono tranquilo.

1. O que é a Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e Saúde Mental

3. Caso Clínico



Desenvolvimento Social

- Sem dificuldade de separação em locais de rotina;
- Dificuldades em fazer amigos. Afasta-se dos pares;
- Por vezes “assusta-se” com pessoas que já conhece;
- Com adultos pode ficar retraído e não falar;
- Dificuldades na interação espontânea.

1. O que é a Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e Saúde Mental

3. Caso Clínico

DESENHO DO CORPO

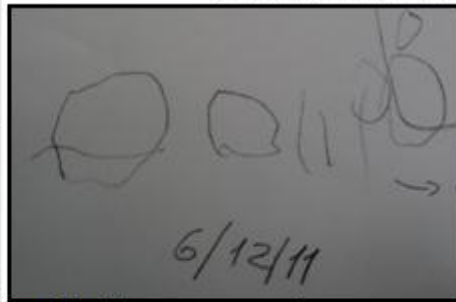
O Próprio

Homem

Mulher

DESENHOS

1. O que é a
Psicomotricidade?



2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

David

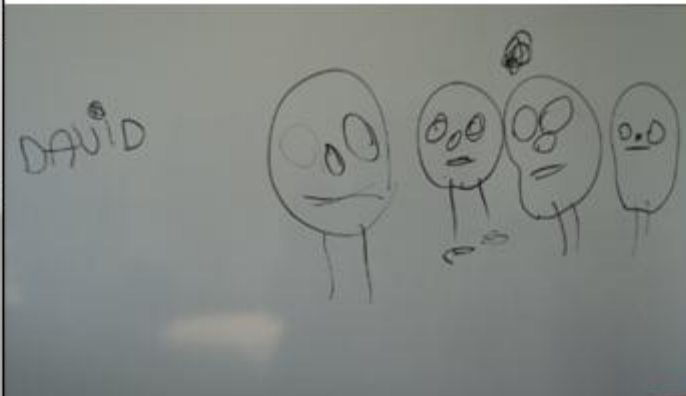
3. Caso Clínico



Bola

A FAMÍLIA

1. O que é a
Psicomotricidade?



2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

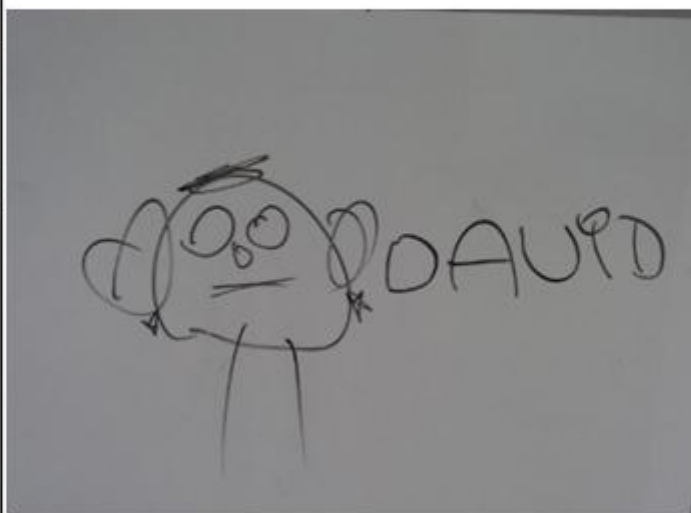
3. Caso Clínico

DESENHO DE SI

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

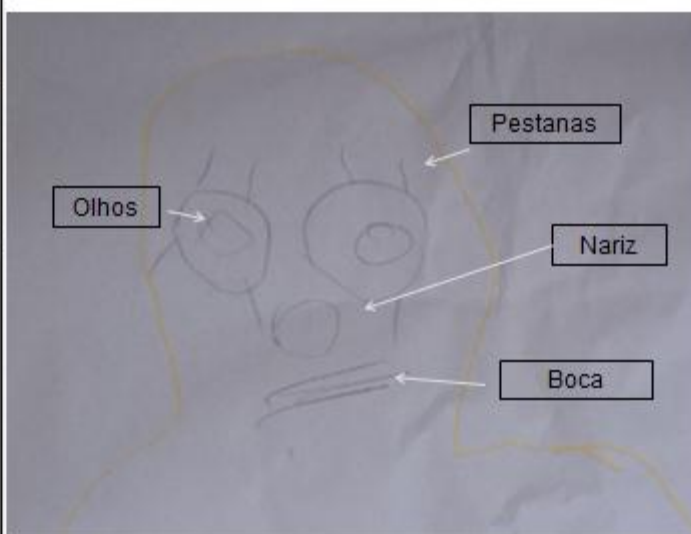


DESENHO DE SI

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico



Atividade _ contorno do corpo: a face

A INTERVENÇÃO

1. O que é a
Psicomotricidade?

2. Psicomotricidade e
Saúde Mental

3. Caso Clínico

Jogos sensório-
motores



Relaxação lúdica



Jogo Simbólico

-Experiências motoras
generalizadas;
-Iniciativa e
participação
- Praxias

-Consciência corporal
tátil e proprioceptiva

- Pensamento simbólico
- A representação
- A mentalização

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, G. (2005). O Espaço do psicomotricista na equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade, APP. (2010). *Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses*. 1-17.
- Berrol, C. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process na empathy. *The Arts In Psychotherapy*, 33, 302-315.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Lisboa: Círculo de Leitores
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora: estudo de casos (3ª Ed)*. Lisboa: Ancora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Ancora Editora.
- Johansen, E., Aase, H., Meyer, A., & Sagvolden, T. (2002). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) behaviour explained by dysfunctioning reinforcement and extinction processes. *Behavioral Brain Research*, 130, 37-45.
- Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. (2005). The impact of reinforcement contingencies on ADHD: a review and theoretical appraisal. *Clinical Psychological Review*, 25, 183-213.
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R., & Albaret, J. (2005). La rééducation du trouble déficitaire de l'attention/Hyperactivité: approche psychomotrice. *Neuropsychy News*, 4(3), 94-101.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o Instrumental e o relacional. In Fonseca, V., & Martins, R. (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMIH, pp. 29-40.
- Nala, A., & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na Instabilidade psicomotora: um caso clínico. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- National Center for Clinical Infant Program (1994). *Classificação diagnóstica 0-3: classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebé e da criança pequena*. Traduzido por Monteiro, M. (1997). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Panksepp, J., Burgdorf, J., Turner, C., & Gordon, N. (2003). Modeling ADHD-type arousal with unilateral frontal cortex damage in rats and beneficial effects of play therapy. *Brain and Cognition*, 52, 97-105.
- Rodrigues, A., Gamito, D., Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6(2), 49-58.
- Rodrigues, D., & Lima, L. (2004). Dimensões da consciência corporal. *A Psicomotricidade*, 4, 46-55.
- Salgueiro, E. (1999). Aspectos psicomotores das crianças Irrequietas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6(1), 35-44.
- Sagvolden, T., Johansen, E.B., Aase, H., Russell, V.A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive