



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



**TERAPIA PSICOMOTORA EM SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL EM
CONTEXTO HOSPITALAR - HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA
TERCEIRA, E.P.E.R.**

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

Orientador Académico: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Orientadora Local: Técnica Superior de Ensino Especial e Reabilitação Ana Miranda

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Maria Celeste Rocha Simões

Vogais:

Professora Doutora Rui Fernando Roque Martins

Mestre Janete Filipa Santas Noites Maximiano

VANESSA GOMES ROMEIRO

2018

“Quem não se envolve, não se des...envolve”

José Ângelo Gaiarsa

AGRADECIMENTOS

Foram várias as contribuições de várias pessoas, para que este momento fosse realizável e sem as quais nada disto seria possível. Assim quero agradecer...

... aos meus orientadores, académico, Prof. Dr. Rui Martins, e local, Dr.^a Ana Miranda, pelo apoio e orientação neste processo de formação, delineando, com sabedoria e metodologia o trabalho a seguir.

... aos meus professores e colegas do curso de Reabilitação Psicomotora, pela transmissão de conhecimentos e trocas de aprendizagem.

... aos meus colegas de estágio Tatiana, Linda, Joana e Rui pelo apoio e pelos momentos de troca de aprendizagem.

... ao meu melhor amigo, Miguel, um muito especial obrigado, pelo amor, pela paciência e força que me dá.

... um especial à minha família, nomeadamente ao meu pai, à minha mãe, ao meu irmão e à Rute pelo apoio, motivação, paciência e força. Ainda relativamente à família, tenho que agradecer à Maura pela paciência e amizade.

... por fim a todos que de certa forma direta, ou indiretamente, auxiliaram-me para a realização deste relatório.

MUITO OBRIGADO!

RESUMO

Este documento relata o percurso final no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Decorreu no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER, incidindo essencialmente na Saúde Mental Infantil e Juvenil.

A Psicomotricidade tem uma visão holística do desenvolvimento humano. Passa por um descobrir ou redescobrir a alegria do movimento, o prazer do corpo, de ser ele mesmo (Audrey, 2013).

A Saúde Mental é a adaptação do sentimento, pensamento e comportamento aos agentes stressores do ambiente externo ou interno apropriados à idade e acordantes com as normas locais e culturais (Townsend, 2011).

Este estágio teve dois grandes objetivos: primeiramente, introduzir a Psicomotricidade numa equipa que dá resposta à Pedopsiquiatria em contexto hospitalar, apercebendo dos desafios a encontrar e como os ultrapassar; e, o segundo objetivo, averiguar o impacto que a Intervenção Psicomotora tem nas problemáticas de saúde mental infantil e juvenil.

Ultrapassados os desafios que surgiram inicialmente, verificou-se uma maior consolidação da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria e, conseqüentemente, da sua resposta à comunidade infantil e juvenil.

Conclui-se, que a Intervenção Psicomotora em contexto clínico tem como principal finalidade promover a evolução da personalidade do sujeito e a sua inserção social, onde a autenticidade e o respeito sejam os princípios para o projeto de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Intervenção Psicomotora, Saúde Mental Infantil e Juvenil, Equipa Multidisciplinar, Perturbações Neurodesenvolvimentais, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Reativa de Vinculação, Pedopsiquiatria, Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Psicomotricista, Intervenção Clínica

ABSTRACT

This document reports my final course for master degree in psychomotor rehabilitation. It took place at the Hospital de Santo Espírito da Ilha Teceira, EPER, in children and young Mental Health.

The Psychomotricity has a holistic view of human development. Passes by a discover or rediscover the joy of movement, the pleasure of the body, of being himself (Audrey, 2013).

Mental health is the adaptation of feeling, thought and behavior to the stress agents to the external or internal environment suitable for age and accordant with local and cultural norms (Townsend, 2011).

This stage had two major goals: first, introduce the Psychomotricity in a multidisciplinary team that support Child Psychiatry in the hospital, realizing the challenges and how to overcome them; the second objective, investigate the impact that the Psychomotor Intervention has on children and youth mental health problems.

Overcome the challenges that arose initially, it became a greater consolidation of the team to support Child Psychiatry and, as a result of their responding to community children and youth.

It was concluded that the Psychomotor Intervention in clinical context as its more purpose promote the development of the personality of the person and his social inclusion, where the authenticity and respect are principles for the design of life.

KEY-WORDS

Psychomotor Intervention, Child and Juvenile Mental Health, Team Multidisciplinary, Neurodevelopmental Disorders, Anxiety Disorder, Reactive Binding Disorder, Child Psychiatry, Santo Espírito Hospital of Terceira Island, Psychomotrician, Clinical Intervention

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychiatric Association*

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BASC – *Behavior Assessment System for Children*

BPM – Bateria Psicomotora

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CS – Centro de Saúde

DAP – *Draw A Person*

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition*

E.P.E.R. – Entidade Público-Empresarial Regional

GOC – Grelha de Observação Comportamental

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

ICDL - The Interdisciplinary Council on Development and Learning, Inc

IPM – Intervenção Psicomotora

MCDT – Meio Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Perturbação da Ansiedade

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

USI – Unidade de Saúde de Ilha

INDICES

Índice

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	3
	2.1. Revisão da Literatura	3
	2.1.1. Intervenção Psicomotora	3
	2.1.2. Saúde Mental Infantil e Juvenil	5
	2.1.3. Enquadramento Legal	6
	2.1.4. Intervenção Psicomotora e Saúde Mental Infantil e Juvenil	7
	2.2. Enquadramento Institucional Formal	8
	2.2.1. Caracterização da Instituição	9
	2.2.2. Caracterização da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria	10
	2.2.3. Outros Contextos de Apoio	11
	2.3. Contexto Funcional	13
	2.4. Concretização	14
	2.4.1. Critérios de encaminhamento	14
	2.4.2. Processo Terapêutico	15
	2.4.3. Estratégias Gerais de Intervenção	20
	2.5. Instrumentos de Avaliação	20
	2.5.1. Avaliação Informal	21
	2.5.2. Metodologia de Avaliação	24
	2.6. Caracterização da População Atendida	25
	2.6.1. Perturbações do Neurodesenvolvimento	26
	2.6.2. Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress	29
	2.6.3. Perturbação da Ansiedade	30
III.	REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	34
	3.1. Calendarização das atividades	34
	3.1.1. Planeamento das sessões	34
	3.1.2. Horário de estágio	35
	3.1.3. Caracterização do contexto de intervenção	36
	3.2. Descrição sistematizada dos casos	37
	3.3. Descrição dos estudos de caso	59
	3.3.1. Estudo de Caso I	59
	Calendarização	63
	Resultados do processo de intervenção	64
		IX

3.3.2. Estudo de Caso II	66
Resultados do processo de intervenção	76
3.4. Dificuldades e Limitações	85
3.5. Atividades Complementares de Formação	86
IV. CONCLUSÃO, SINTESE GERAL E PERSPETIVAS PARA O FUTURO	88
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
VI. ANEXOS	98

Índice De Tabelas

Tabela 1. Calendarização do Estágio Curricular	34
Tabela 2. Caracterização Geral da População Atendida	35
Tabela 3. Horário do Mês de Junho de 2016	36
Tabela 4. Resumo das Respostas Interventivas a Cada Utente Acompanhado	38
Tabela 5. Descrição do Indivíduo IV	38
Tabela 6. Caracterização do Indivíduo VIII	39
Tabela 7. Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo IV e Indivíduo VIII	41
Tabela 8. Caracterização do Indivíduo V	43
Tabela 9. Objetivos Terapêuticos Para o Indivíduo V	45
Tabela 10. Caracterização do Indivíduo VI	46
Tabela 11. Objetivos Terapêuticos Para o Indivíduo VI	48
Tabela 12. Caracterização do Indivíduo VII	50
Tabela 13. Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo VII	52
Tabela 14. Caracterização do Indivíduo III	54
Tabela 15. Objetivos Terapêuticos Para o Indivíduo III	56
Tabela 16. Avaliação Inicial e Final dos Fatores Psicomotores do Indivíduo III	57
Tabela 17. Áreas Fortes e Áreas Fracas do Indivíduo I	61
Tabela 18. Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo I	62
Tabela 19. Calendarização da IPM no Indivíduo I	63
Tabela 20. Avaliação Comportamental do Indivíduo I: Inicial e Final	64
Tabela 21. Perfil Intra-Individual do Indivíduo II	72
Tabela 22. Objetivos Terapêuticos da IPM para o Indivíduo II	73
Tabela 23. Calendarização da IPM no Indivíduo II	76
Tabela 24. Tabela dos Comportamentos e Atitudes do Indivíduo II	77

Índice de Figuras

Figura 1. HSEIT, EPER	9
	X

Figura 2. Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo	9
Figura 3. HSEIT, EPER	9
Figura 4. Sala Da Intervenção Psicomotora	36

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Fatores de Risco e de Proteção do Individuo I	61
Gráfico 2. Fatores de Risco e de Proteção do Individuo II	69
Gráfico 3. Avaliação inicial e final da BASC da mãe	81
Gráfico 4. Avaliação inicial e final da BASC do pai	81
Gráfico 5. Avaliação inicial e final da BASC da mãe	82
Gráfico 4. Avaliação inicial e final da BASC do pai	82

I. INTRODUÇÃO

Este relatório narra o percurso do estágio da unidade curricular, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

São **objetivos gerais** estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; Fomentar a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões, & Brandão, 2015).

Uma vez que no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER, não disponha de intervenção psicomotora na saúde mental infantil e juvenil, quer de forma autónoma, quer inserida na Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria, autopropôs-se este estágio à administração da referida entidade hospitalar, a fim de implementar esta resposta terapêutica. Para tal elaborou-se um projeto justificativo (Anexo A) da mais-valia da psicomotricidade na saúde mental infantil e juvenil.

A Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria tem como missão e objetivos: organizar e desenvolver em intervenções preventivas (prioridade aos períodos pré-natal, perinatal e primeira infância); em diagnósticos e tratamento de perturbações psíquicas/doenças mentais em crianças e adolescentes até aos 15 anos (inclusive) e suas famílias.

Numa primeira parte (Capítulo II), este relatório, apresenta o enquadramento teórico da Intervenção Psicomotora na Saúde Mental Infantil e Juvenil, bem como a caracterização da instituição, o funcionamento da equipa no campo de ação específico onde decorreu o estágio e da sua população-alvo.

A segunda parte (Capítulo III) deste relatório debruça-se sobre a intervenção prática, onde é descrito todo o processo terapêutico, desde a observação do funcionamento da equipa e da forma como foi inserida a Psicomotricidade, passando pela sua concretização, descrevendo o encaminhamento e a metodologia realizada. Ainda nesta parte, é apresentado os instrumentos de avaliação, bem como a

calendarização procedida. Por fim, são caracterizados os casos acompanhados e descritos com maior pormenor dois estudos de casos.

Na última parte deste relatório (Capítulo IV), revelam-se as conclusões, faz-se uma síntese e perspectiva-se para o futuro.

II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1. Revisão da Literatura

No capítulo II, são abordados os domínios relevantes para o âmbito do estágio, nomeadamente a Intervenção Psicomotora e a Saúde Mental Infantil e Juvenil em contexto hospitalar. Deste modo, são expostos, o enquadramento legal e institucional, é caracterizado o contexto funcional da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria e a forma como a Intervenção Psicomotora foi inserida nessa mesma equipa. Por fim é demonstrado a relação da Equipa e da Psicomotricidade nos outros contextos de intervenção e/ou comunitários.

2.1.1. Intervenção Psicomotora

“Falar da Psicomotricidade é colocar o Corpo em Discussão”

Lapierre

Encontra-se referências do corpo já na cultura grega, com Platão e mais à frente deparamo-nos com o dualismo cartesiano corpo e alma, de Decartes, influenciando a Ciência, Medicina e Educação (Vieira, Batista & Lapierre, 2005). Foi no séc. XX que as interferências entre o corpo e o psiquismo começaram a ser reconhecidas no ocidente, quando em 1900, Dupré criou o termo “Psicomotricidade” enfatizando o paralelismo entre o desenvolvimento motor e o desenvolvimento intelectual (Vieira et al., 2005).

Não se pode falar de Psicomotricidade sem se mencionar autores como Henri Wallon, o grande pioneiro, Guilmain, impulsor de estudos na área da reeducação psicomotora e posteriormente conduzidos por Ajuriaguerra e Soubiran (Fonseca, 1998). Nos anos 60 foi criada em França a Sociedade Francesa de Educação e Reeducação Psicomotora por Vayer, Lapierre e Aucouturier, expandindo-se pela Europa (Fonseca, 1998).

Definindo a Psicomotricidade segundo Wallon e Ajuriaguerra, é um dialeto dos determinantes biológicos e culturais no desenvolvimento da criança e, ganha assim uma companheirismo profundo e original entre a atividade psíquica e atividade motora (Fonseca, 1998).

A Psicomotricidade defende que as potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo estão em constante interação e, para perceber-se a expressão do corpo é necessário compreender o seu significado em relação ao envolvimento com o qual o corpo está em interação (Martins, 2010).

Também Audrey (2013) a Intervenção Psicomotora é uma especialidade para o desenvolvimento global da pessoa, uma vez que considera as funções motoras, sensoriais, psíquicas, emocionais e relacionais estão interligadas e são inseparáveis.

É importante salientar que esta ciência, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, vai além desse dualismo e, estuda profundamente o desenvolvimento humano.

Esta reúne em si dois elementos ontogenéticos fundamentais: a diferenciação estrutural do sistema nervoso e a aquisição progressiva de padrões comportamentais, da sensação à conceitualização, passando pela percepção, pela retenção e pela simbolização (Fonseca, 1998). A Intervenção Psicomotora tem um papel importante na estruturação, organização e regulação da linguagem humana, facilitando a compreensão das razões da evolução do gesto à palavra, do ato ao pensamento e do ato inconsciente à atividade de reflexão (Velasco, 2006).

Assim, a psicomotricidade é descobrir ou redescobrir a alegria do movimento, o prazer do corpo, de ser ele mesmo e desta forma permite viver, experienciar, ativando ou restaurando a harmonia geral de um equilíbrio biopsicossocial (Audrey, 2013).

Segundo Martins (2010), a **ação** da psicomotricidade passa pelos domínios, cognitivos, afetivos e motores. Perante um déficit cognitivo, a IPM, através da atividade criativa e o poder de compreensão, poderá promover os esquemas sensoriomotores e desta forma desenvolver a organização perceptiva, alicerce do pensamento simbólico e conceptual. Segundo o mesmo autor, indivíduos que apresentem dificuldades afetivas, a psicomotricidade pode intervir em três vertentes: 1) dar significado e unir o suporte emocional, cognitivo e somático, através da reintegração da consciência dos processos que distorcem a vida afetiva; 2) através de situações relacionais em atividades expressivas e/ou criativas, individuais ou em grupo, abrir a vida dos sentimentos; 3) modificar a ressonância somática dos problemas psíquicos e impedir a dissociação entre estes dois domínios, através de atividades praxias, da consciencialização das modelações tónicas, de reequilíbrios das posturas e da consciencialização e libertação da função respiratória (Martins, 2010). No último, e igualmente, tão importante domínio, o motor, a psicomotricidade irá estruturar hierarquicamente os seus alicerces, os fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal e praxia global e fina), de forma a promover uma relação estável e integrada entre todos (Martins, 2010).

2.1.2. Saúde Mental Infantil e Juvenil

“Não há Saúde, sem Saúde Mental”

Organização Mundial da Saúde

Nos últimos 50 anos tem-se notado uma revolução surpreendente na psiquiatria infantil. Como consequência, o conhecimento e as respostas terapêuticas, têm aumentado muito rapidamente e ainda hoje, continua a existir a necessidade de pesquisadores questionarem o conhecimento das terapêuticas e suas eficácias (Rutter et all, 2008).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa (23%) e, de acordo com a OMS, mais de 50% das doenças mentais, têm início na adolescência (CNSM & ACSS, 2012). Segundo o Plano Regional de Saúde dos Açores (2014-2016), a ansiedade (8,3%) e a depressão (4,6%) revelam-se duas das patologias crónicas mencionadas com frequência significativa a nível de Portugal continental e, também, a nível regional, com a Região Autónoma dos Açores, a representar 5,4% e 4,4% dos participantes a mencioná-las, respetivamente.

As crianças e jovens podem sofrer, como qualquer adulto, de uma perturbação psiquiátrica (Santos, 2013). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% das doenças mentais têm início na adolescência. As perturbações mentais têm custos pessoais e sociais muito elevados, conduzindo a grande sofrimento e interferindo na funcionalidade da vida da pessoa. Para falarmos em perturbação, o sofrimento e o funcionamento têm que estar afetados de forma clinicamente significativa, isto é, pela frequência, gravidade e invasão da vida da pessoa (CNSM, 2009; Santos, 2013).

Estima-se que cerca de 10 a 20% da população tenha um ou mais problemas ao nível da Saúde Mental, sendo estas problemáticas associadas a perturbações na infância e na adolescência e segundo a Associação Americana de Psiquiatria da Infância tendem a aumentar no futuro (DGS, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é *“um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*, expondo a Saúde Mental em 2001 como:

- *“Um estado de bem-estar subjetivo;*
- *Capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal;*
- *Competências na vida pessoal e social;*
- *Capacidades de autonomia e escolha de um projeto de vida;*

- *Autorrealização intelectual e emocional;*
- *Adequação à realidade”*

(Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006)

Para a população que aqui interessa, Infantil e Juvenil, a OMS (2016) defende algumas formas de promover a saúde mental:

“ - Intervenções da primeira infância (por exemplo, visitas domiciliares para gestantes, atividades psicossociais pré-escolares, ajuda combinada nutricional e psicossocial para populações desfavorecidas);

- Apoio a crianças (por exemplo, programas de capacitação, programas de desenvolvimento infantil e juvenil);

- Atividades de promoção da saúde mental nas escolas (por exemplo, programas que apoiem mudanças ecológicas nas escolas e nas escolas amigas da criança);

- Programas de desenvolvimento comunitário (por exemplo, desenvolvimento rural integrado);

- Leis e campanhas contra a discriminação;

- Promoção dos direitos, oportunidades e cuidados de indivíduos com transtornos mentais.”

2.1.3. Enquadramento Legal

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar a lei nacional, em 1963, a qual possibilitou a criação de centros de saúde mental em todos os distritos. Nos anos 90 foi aprovada a Lei nº36/98 e o Decreto-Lei nº 35/99, onde veio reforçar este capital através dos princípios apresentados e aconselhados por organismos internacionais, regulamentando a organização dos serviços de saúde mental, nomeadamente da infância e da adolescência (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Após isto, verificaram-se alguns passos muito positivos para a Saúde Mental em Portugal. Primeiramente criaram-se serviços de saúde mental descentralizados, ou seja, com melhor acessibilidade a toda a população, no entanto esta cobertura a nível nacional encontra-se ainda incompleta, pois no presente momento existe um número muito reduzido de Departamentos com Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência, reconhecidos como tal, nomeadamente no Hospital S. Francisco Xavier em Lisboa, no Centro Hospitalar da Beira na Covilhã e no Hospital de S. Pedro em Vila Real (DGS, 2013).

Atualmente está em vigor o Decreto-Lei nº 304/2009 que incorpora o Decreto-Lei nº35/99, com alterações aprovadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

inserindo o psicomotricista nas equipas de saúde mental (CNSM, 2008). Os objetivos com o desenvolvimento deste Plano Nacional de Saúde Mental são:

- *“Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;*
- *Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;*
- *Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;*
- *Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;*
- *Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização”*

(CNSM, 2008).

Oficialmente a Psicomotricidade e os Psicomotricistas em Portugal são representados pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), estando a respetiva atividade profissional especificada no Regulamento do Exercício Profissional dos Psicomotricistas.

A profissão de psicomotricista está regulamentada nas *Instituições Particulares de Solidariedade Social*, mas ainda não está regulamentada pelo ministério da educação e pelo ministério da saúde (APP, 2015).

2.1.4. Intervenção Psicomotora e Saúde Mental Infantil e Juvenil

Segundo João dos Santos (Branco, 2010), a psicomotricidade é a vida psíquica expressa em comportamento (os impulsos, emoções, sentimentos e pensamentos), ou sejam, expressam-se através da motricidade, da linguagem corporal e verbal. Primeiro ocorre o movimento e a atividade externa e, posteriormente serão interiorizados sob forma de pensamento, dando origem ao pensamento simbólico (Costa, 2008). Logo, o corpo está relacionado com o tempo e o espaço, o real e o imaginário e a motricidade e a atividade mental.

O corpo estabelece a sua identidade através das relações, e o investimento nestas relações, ou seja, a emoção dada a essa relação é que trará iniciativa, gesto espontâneo e uma curiosidade/ procura pessoal, pois a expressão motora permite pensar sobre o corpo, e essa expressão tem como intensão a emoção (ação provocada

no interior da criança) e o afeto (a relação com o outro) (Costa, 2008). É assim que o indivíduo começa a reproduzir o seu corpo através de imagens mentais, ou seja, o EU corporal apenas se constrói e se percebe em função do outro, em função de um parceiro, privilegiando um ambiente securizante que proporciona a autonomia da criança (Fonseca & Martins, 2001). Deste modo, os principais instrumentos de trabalho na Intervenção Psicomotora é o corpo em movimento, do terapeuta e o da criança.

De acordo com Chappaz-Pestelli (1994) cit in Fonseca & Martins (2001) a relação terapeuta-criança permite à criança reviver a relação mãe-bebê, permitindo criar uma sintonia afetiva, que promove o desenvolvimento cognitivo e emocional. No entanto é importante referir que segundo Gatecel (2010), a Psicomotricidade é feita sobre a relação e não com a relação, ou seja, como Costa (2008) afirma esta relação tem de ser trabalhada, alicerçada e conquistada, e é sobre ela que se trabalha e determina as qualidades das crianças através de um equilíbrio de várias áreas, como a cognitiva, social, emocional e instrumental.

Contudo é importante esclarecer que não acontece tudo espontaneamente, para que o processo terapêutico aconteça o psicomotricista “*encaminha, suporta, conduz e facilita o movimento*” (Costa, 2008). Deste modo, o psicomotricista interpreta a vivência da criança, para atribuir um significado simbólico, devolvendo-lhe um espelho de sensações e emoções.

A prática psicomotora, é dirigida às crianças que se sentem mal no corpo, isto é, que têm dificuldades em comunicar com o mundo exterior, de modo a encontrar no agir, na experimentação e no investimento corporal, um meio possível e privilegiado para afirmar a sua presença no mundo (Martins, 2010).

Desta forma, a linha de intervenção da Psicomotricidade no HSEIT, EPER, passa pela qualidade da relação, passa por um espaço que deixa liberdade à criança para se mostrar na sua inteireza, com todos os seus medos, angústias, frustrações, fantasias, relação consigo mesmo, com o outro e com o espaço e os materiais em si, promovendo e maximizando o desenvolvimento global, a aprendizagem, o equilíbrio da personalidade, facilitando as relações sociais e afetivas.

2.2. Enquadramento Institucional Formal

Como já foi referido o estágio realizou-se no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER. Neste ponto, caracteriza-se esta instituição, relatando brevemente a sua história e organização, do serviço e da equipa onde ocorreu o estágio.

2.2.1. Caracterização da Instituição

A **história** do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT), como centro de prestação de cuidados e plataforma logística de apoio, entronca diretamente na história dos Descobrimentos portugueses.



Figura 1. HSEIT, EPER

O Hospital de Santo Espírito, o primeiro dos Açores, foi criado, em 15 de Março de 1492 por João Vaz Corte-Real, capitão-donatário da ilha Terceira. A importância estratégica da cidade de Angra do Heroísmo e do seu hospital, originou vários sucessivos contextos históricos. Foi assim no quadro da resistência à perda da independência para Espanha, em 1588, foi-o também no cenário das lutas liberais, na primeira metade do século XIX, e continuou a sê-lo já em pleno século XX, no apoio à base aérea das Lajes, no esforço de guerra inglês durante a II Guerra Mundial, e ao posicionamento geoestratégico dos E.U.A., enquanto potência emergente daquele conflito.

Funcionou até 1961 no extinto Convento das Concepcionistas.

Em 1961 foram inauguradas as novas instalações hospitalares.



Figura 2. Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

A 26 de Março de 2012, foram construídas novas instalações, alterando-se o nome para Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER.



Figura 3. HSEIT, EPER

De acordo com os mais recentes Censos (2011), o HSEIT serve de forma direta uma população de aproximadamente 70 mil habitantes, com o seguinte agrupamento por Unidade de Saúde de Ilha (USI) e respetivos Centros de Saúde (CS): USI Terceira (CS Angra do Heroísmo e CS Praia da Vitória) – 56.437; USI S. Jorge (CS Velas e CS Calheta) – 9.171; USI Graciosa (CS St.^a Cruz) – 4.391. O HSEIT assume-se ainda como

segunda referenciação dos doentes da área de influência do Hospital da Horta, o que perfaz uma área de influência de cerca de 103 mil habitantes. Com uma área construtiva de 47.100 m², o HSEIT tem uma estrutura e dotação plurifuncional.

Relativamente aos **Serviços**, para dar resposta às necessidades de cuidados da população açoriana, o HSEIT, EPER disponibiliza, ao nível da prestação de cuidados de saúde, as principais valências e especialidades de um hospital, agrupadas em seis departamentos e distribuídos entre as Áreas de Internamento, Consulta, Hospital de Dia e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT): Departamento de Cirurgia; Departamento de Medicina; Departamento da Mulher e da Criança; Departamento de Saúde Mental; Departamento do Doente Crítico; Departamento MCDT.

Os **Recursos Humanos** disponibilizados são mais de mil colaboradores (1.051 em 2015). Considerando as suas carreiras de origem, mais de 70% dos colaboradores encontram-se diretamente alocados às áreas de prestação de cuidados, dividindo-se entre Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde e Assistentes Operacionais.

2.2.2. Caracterização da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria

O HSEIT, EPER, presta, para o que aqui interessa referir, entre outras especialidades, nos Cuidados de Saúde especializados de Psiquiatria e de Saúde Mental a adultos, crianças e jovens, da respetiva área geodemografica.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental está inserido na área de prestação de cuidados e integra o serviço de psiquiatria e uma unidade de psicologia. Este departamento tem como funções prestar cuidados terapêuticos especializados e intensivos na Área da Saúde Mental e Psiquiátrica e responder às necessidades de cuidados existentes. Este departamento é constituído por três valências: a Unidade de Internamento de Psiquiatria Agudos Adultos, o Hospital de Dia de Psiquiatria e a Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental, que faz ligação à Consulta Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria e Serviço de Pediatria, garantindo o apoio a todas as crianças e jovens até aos 15 anos de idade, em consulta externa e no internamento.

A Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria teve início em Maio de 2014 e é composta por um médico especialista em psiquiatria da infância e da adolescência (pedopsiquiatra), a quem são atribuídas funções de coordenação na qualidade de responsável de unidade funcional e duas técnicas superiores de psicologia clínica. O pedopsiquiatra presta serviço presencial uma semana a cada dois meses e, na sua ausência, são as psicólogas clínicas as responsáveis da equipa. A esta equipa, cabe

organizar e desenvolver intervenções preventivas (dirigidas prioritariamente aos períodos pré-natal, perinatal e da primeira infância) e de diagnóstico e tratamento de perturbações psíquicas/ doenças mentais em crianças e adolescentes até aos 15 anos (inclusive) e suas famílias, residentes nas ilhas Terceira, Graciosa e S. Jorge. Esta equipa conta ainda com o apoio de um nutricionista, um técnico de serviço social e um educador de infância.

Com o objetivo da deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada criando uma maior eficácia em situações complexas e com forte vertente social /comunitária, pretende-se implementar um procedimento de prevenção primária e de intervenção precoce, assim como promover a formação de técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil.

A organização e funcionamento da unidade e da prestação de cuidados em saúde mental da infância e adolescência são feitos de forma autónoma e segundo as práticas/intervenções recomendadas para a especialidade.

Como critérios de inclusão e, com base nas *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários* (CNSM, 2009), a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria envolve as perturbações disruptivas do comportamento, da ansiedade, do humor, perturbações da adaptação e perturbações globais do desenvolvimento. São excluídas dificuldades específicas da aprendizagem (leitura, escrita, cálculo), condições sociais e escolares desfavoráveis e patologias orgânicas.

O espaço é um aspeto muito importante a ter em conta aquando de uma intervenção psicomotora. Têm apenas um propósito de possibilitar à criança uma sala acolhedora para que esta nunca se sinta assustada (Costa, 2008).

Originalmente, o espaço de intervenção contava com três gabinetes, dois destinados à psicoterapia e um para uso do pedopsiquiatra, todos com material apropriado. No presente ano, foi acrescentado, uma sala terapêutica destinada à Intervenção Psicomotora.

2.2.3. Outros Contextos de Apoio

“Se o berço dá, a escola continua, então a escola é o segundo pilar da saúde mental humana, ao qual se acrescenta um terceiro, a sociedade, que é o lugar mais visível onde a saúde mental mostra os seus frutos”

João dos Santos

Dada a importância dos fatores contextuais na saúde da criança e do adolescente, são enfatizados o papel da família e da escola na harmonia da saúde

mental da criança e, são referidas algumas medidas de articulação da equipa com estes contextos.

A Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria do HSEIT, EPER, articula o seu trabalho com os vários contextos onde o utente está inserido, nomeadamente, com o contexto familiar e escolar, de acordo com o plano terapêutico definido.

Em situações de desfavorecimento sociofamiliar ou educacional, estabelece-se uma articulação entre a equipa e os parceiros da comunidade, tais como, Centros de Saúde, Escolas, Segurança Social, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, entre outros.

- Família

“Sem um apoio intenso por parte dos pais a criança terá imensas dificuldades em conseguir atingir os seus objetivos.”

Binder et Michaelis

A família constitui a primeira sociedade onde a criança se insere (Santos, 2013). Os familiares de indivíduos com perturbações devem ser encarados como parceiros fundamentais na prestação de cuidados, havendo a necessidade de estimulá-los a intervir nesse auxílio e dota-los de todos os instrumentos necessários para alcançar os objetivos (CNSM, 2008). Interessa verificar que existe um movimento iniciado para as famílias, em que têm um papel ativo, no sentido de garantir o bem-estar da criança (CNSM & ACSS, 2011). O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, refere que a terapia familiar tem como objetivos: explorar dinâmicas familiares e a sua relação com a psicopatologia; mobilizar a capacidade interna e os recursos funcionais da família; reestruturar interações familiares mal adaptadas; e reforçar a capacidade de resolver problemas familiares (CNSM & ACSS, 2011), sendo estes objetivos trabalhados pela equipa, sempre que possível. Neste sentido, Cruz e Lobo (2005) reforçam que a intervenção junto da família pode facilitar a consciencialização e a abordagem do problema, desempenhando, o técnico, um papel de mediador que os tranquiliza e que facilita o pensamento acerca das dificuldades, mas também das potencialidades do filho e deles próprios. Não existem mudanças individuais se o sistema familiar não mudar (CNSM & ACSS, 2011).

- Escola

“A criança necessita sempre de professores sensíveis e disponíveis, que consigam ir ao encontro das suas singularidades.” (Binder et Michaelis, 2002)

Segundo Vieira (2013) o educador transporta os seus próprios modelos e suas dinâmicas. O mesmo autor refere que a riqueza e variedade das experiências psicomotoras irão favorecer uma afirmação da identidade e supressão de conflitos, permitindo que a criança se sinta estimulada a aprender e incentivada para novos conhecimentos (cit in Batista & Vieira, 2013). Assim, Vieira (2013), defende que o professor deve estar disponível e deve adaptar-se à realidade do aluno, promovendo uma relação de confiança e segurança para novas descobertas. Batista e Vieira (2013) acreditam que há uma necessidade cada vez maior, do acompanhamento do professor no crescimento, não só intelectual, mas também afetivo do aluno.

Segundo Fonseca (2009), a instrução eficaz envolve quatro componentes chave, os alunos, com as suas características biopsicossociais únicas, os professores são atores sociais e pedagógicos, e afetar o resultado final da instrução, a escola, representante da comunidade educacional e ecossistema cultural, vai gerir a integração dos alunos em situações de aprendizagem e promover os seus potenciais adaptativos e o currículo, com conteúdos simples ou complexos, devidamente organizados de acordo com os pré-requisitos psicomotores e cognitivos, avaliados por modelos e critérios pedagógicos flexíveis. Segundo o mesmo autor, se estas componentes não estiverem relacionadas de forma dinâmica, interdependente, equilibrada e adaptada, o sucesso escolar estará comprometido (Fonseca, 2009).

2.3. Contexto Funcional

O presente tópico irá incidir sobre as fases do processo de intervenção. Serão descritos os processos que foram necessários para a inserção da Intervenção Psicomotora numa equipa hospitalar de apoio à saúde mental infantil e juvenil, bem como os desafios a enfrentar. Mais à frente é descritos então a concretização do processo terapêutico, demonstrando os critérios de encaminhamento definidos, bem como as linhas gerais de intervenção e a estrutura das sessões de psicomotricidade.

Até Setembro de 2015, a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria não dispôs de Psicomotricista. Deste modo, foi necessário apresentar um Projeto (Anexo B) ao conselho de administração do HSEIT, EPER, demonstrando as vantagens de ter a Intervenção Psicomotora como resposta útil e necessária para um projeto terapêutico fortalecido. Sendo a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria relativamente recente, encontra-se em desenvolvimento, percebeu-se a necessidade de estudar outros serviços de Pedopsiquiatria em contexto hospitalar. Desta forma, além de desempenhar as respetivas funções enquanto psicomotricista, apoiei o desenvolvimento de um Regulamento para uma melhor consolidação do funcionamento da equipa. Para a realização do Projeto e do Regulamento, realizei pesquisas

bibliográficas e desloquei-me a serviços de pedopsiquiatria que disponha de intervenção psicomotora, nomeadamente ao Hospital de São Francisco Xavier do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, onde a Psicomotricista Lídia Martins acolheu-me e expôs de toda a informação pertinente, bem como no Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Dona Estefânia, recebida pelo Psicomotricista João Costa.

2.4. Concretização

A intervenção prática teve alguns desafios iniciais, nomeadamente pelo atraso na disponibilização de uma sala terapêutica. Assim observou-se, ao longo dos meses de Setembro, Outubro e Novembro, consultas de pedopsiquiatria e psicologia, de modo a conhecer os diferentes tipos de abordagem para além da psicomotricidade. Percebeu-se qual o melhor contributo da Intervenção Psicomotora neste processo, uma vez que esta, está a desenvolver-se pela primeira vez na Equipa, como já referido anteriormente. Verificou-se que, nesta área clínica, a condução do processo terapêutico difere de caso para caso.

Em Dezembro, como estratégia para contornar a espera da sala terapêutica, foi disponibilizado um gabinete de psicologia, onde decorreram as primeiras sessões descritas nos anexos.

Foi com base nas aprendizagens ao longo da minha formação académica, com o apoio dos orientadores de estágio e, com a pesquisa dos autores anteriormente referenciados, que se desenvolveu os critérios de encaminhamento, o processo terapêutico e a sessão-tipo, apresentados abaixo.

2.4.1. Critérios de encaminhamento

O encaminhamento para a Intervenção Psicomotora efetuou-se na reunião de equipa, após avaliação e decisão de seguimento clínico surgindo, por vezes, como caso referenciado pelo pedopsiquiatra ou, na sua ausência, os casos surgiram da psicologia ou da pediatria, sendo da responsabilidade da estagiária estabelecer contato com o utente para efetivação do seguimento. Era realizada pela estagiária uma observação inicial, a primeira em contexto de gabinete (entrevista aos cuidadores) e a seguinte na sala terapêutica (interação entre os cuidadores e a criança). Após esta avaliação informal e formal, desenvolvia-se o plano terapêutico.

As decisões tomadas foram discutidas com o médico assistente e/ou com os técnicos intervenientes, sendo fundamental o trabalho em equipa, porque só assim se complementam mutuamente, nos respetivos conhecimentos e competências, pois como refere Costa (2008), o trabalho e discussão em equipa são fundamentais para a

concretização de objetivos comuns e, neste sentido, as reuniões de equipa tornam-se o eixo da intervenção.

As perturbações psicomotoras aparecem como sintomas de um disfuncionamento geral e, onde interferem paralelamente diversas influências, sendo difícil saber que parte é a origem deficitária (Bosconi, 2004). Este mesmo autor, defende que esta origem pode depender do processo psicoafectivo ou de uma alteração funcional.

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade, e tendo em conta o contexto de intervenção, a Intervenção Psicomotora destina-se a harmonizar sintomas associados a problemáticas:

1. Desenvolvimento psicomotor;
2. Regulação tónica (hipertonía ou hipotonia, gaguez ou tiques);
3. Esquema e imagem corporal;
4. Autorregulação comportamental (inibição, desinibição e instabilidade);
5. Gestão dos processamentos de atenção;
6. Equilíbrio na autoimagem e na autoestima;
7. Gestão das emoções;
8. Comunicação verbal e não-verbal.

Resumindo, a Intervenção Psicomotora interviu em perturbações ao nível do agir, em manifestações comportamentais em relação a si e aos outros. Como Costa (2008) refere, o ato de pensar requer sentimentos e emoções, que irão refletir-se no funcionamento do corpo. Com a intervenção nestas problemáticas, pretendeu-se promover a perceção e consciencialização do corpo, a manifestação dos afetos e das emoções, a autorregulação comportamental, as competências sociais e o reforço de identidade (APP, s.d.).

2.4.2. Processo Terapêutico

“Vamos construir o seu “projeto”, respeitando o seu ritmo, num tentear de sintonia afetiva, indo ao encontro do seu interesse”

João Costa

Como já foi referido, a **Intervenção Psicomotora (IPM)** iniciou-se após a referenciação, realizada pelo pedopsiquiatra, pelo pediatra ou pelas psicólogas, após a troca de informações sobre o caso na reunião de equipa. A primeira sessão tinha um carácter de avaliação/observação, onde era conduzida uma entrevista aos cuidadores, com ou sem a presença da criança, consoante as suas características. Através da

entrevista, o psicomotricista tentava compreender a atitude do entrevistado, face ao técnico e à própria criança, a orientação de pensamento e, se possível, o estilo de educação parental e ambiente familiar.

Após a entrevista, eram marcadas as sessões. As primeiras sessões eram desenvolvidas com a intenção de observar a criança e de promover uma aliança terapêutica. Nestas sessões, observavam-se as dificuldades que a criança podia ter (através da GOC), quer sejam motoras, quer sejam do comportamento, atitude face ao técnico, desenhos e jogo livre, podendo esta avaliação inicial durar até um mês. Também eram entregues aos cuidadores e educadores questionários (através da BASC), para melhor perceber os comportamentos nos diferentes contextos. Para compreender com mais pormenor a psicomotricidade da criança, quando possível, era realizada a Bateria Psicomotora (BPM e da DAP). Após toda informação recolhida, discutia-se os resultados com a equipa, retiradas as conclusões era desenvolvido o plano terapêutico.

Nesta vertente prática, as **atividades** foram mais dirigidas para a espontaneidade do indivíduo, o qual dependia da sua capacidade de iniciativa e de decisão. O psicomotricista tinha de estar disponível para a reação, adaptando-se à realidade psicologia da criança e acompanhando o seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Mas, na IPM, existem atividades preferenciais, como as atividades expressivas (dramatização, mímicas, música, danças, artes plásticas, entre outras), promove-se o interesse no outro, emergindo a partilha e pertença com base no afeto e na emoção; o jogo/ atividade lúdica (jogo de regras, de cooperação/oposição, de construção, de circuitos, atividades gnósico-práticas ou jogo simbólico) para a libertação, criatividade, iniciativa, espontaneidade e intencionalidade; e técnicas de relaxação e de consciencialização corporal (controlo da respiração, diferenciação entre a função tónica e motora, estabelecimento de relações espaciais entre os segmentos do corpo, contenção e delimitação do envelope corporal) permite a adequação do gesto/comportamento, diminuição do grau de tensão muscular, promoção da imagem corporal e autoestima (criação de estados mentais positivos) (Aragon, 2007; Ribeiro, 2010). Estas técnicas foram escolhidas mediante as dificuldades apresentadas em cada caso, com preferência nos interesses da criança e do seu desenvolvimento.

Assim, procurou-se, através da relação securizante com o terapeuta, reorganizar questões emocionais/afetivas que foram mal sedimentadas, incidindo mais sobre o valor da relação que se estabelece com o indivíduo (Martins, 2001). A criança numa atuação verdadeira e espontânea vai dando conta do que faz e como faz, consciencializando em expressão, uma organização progressiva (Costa, 2008).

Quando verificava-se que a criança demonstra dificuldades em aceder ao simbólico e à atividade espontânea, a IPM incidia numa abordagem mais instrumental, favorecendo o planeamento e representação da ação, em conjunto com a criança (APP, s.d.), respeitando ritmo e interesse da mesma.

Pretendeu-se promover vivências agradáveis, gratificantes e estimulantes em ambiente lúdico, de forma a facilitar a expressão das emoções e sentimentos, ideias, medos, privilegiando e valorizando cada atividade espontânea, criativa e de descoberta, aceitando as todas as formas de expressão como validas.

Diferentes **contextos** implicam diferentes intervenientes, como os cuidadores e os educadores/professores. As reações ao diagnóstico eram as mais variáveis e seguiam, por vezes, um processo até à aceitação. Muitos procuram culpas, tratamentos ou “curas” das quais não existe. Ajudar a compreender o quadro, dar uma correta orientação parental/ educativa, poderá beneficiar a forma de lidar com estas crianças (Santos, 2013).

Com os cuidadores houve um contato direto, onde houve troca de informação acerca do comportamento da criança na sessão, da sua evolução e se necessárias recomendações parentais. Também, por vezes, os cuidadores necessitaram de expressar os seus receios e as suas preocupações, sendo este contato um possível momento de desabafo dos cuidadores e de escuta do terapeuta.

Para além deste contato direto, a equipa encontrava-se a desenvolver um projeto que pretende reunir os pais mensalmente com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) com base no modelo D.I.R. (baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação), criado por Stanley Greenspan e Serena Wieder, que permite ao terapeuta e à família conhecer e partilhar o “mundo” da criança com Perturbação do Espectro do Autismo e, a partir daí, conseguir que ela interaja com o meio envolvente, obtendo bases para o seu desenvolvimento emocional, intelectual e social (ICDL, s/d; Greenspan & Wieder, s/d). Este modelo, entende a criança como um ser único e, na sua individualidade e apesar das limitações, procura construir as bases para que ela possa pensar, comunicar e relacionar-se (ICDL, s/d; Greenspan & Wieder, 2006), indo ao encontro dos fundamentos da psicomotricidade.

Explorou-se a dinâmica de interações familiares e a sua relação com a psicopatologia, com o objetivo de mobilizar a capacidade familiar interna e, se necessário, reestruturou-se os estilos de interação familiar inapropriados para a criança intervencionada. Tornou-se crucial uma articulação vinculativa e assertiva com a família, especialmente quando esta constituía um dos focos problemáticos, limitando ou bloqueando o progresso da criança, pois não existem mudanças individuais, se o

sistema familiar não mudar (CNSM, 2008). A família tem de se adaptar e reorganizar a sua estrutura face ao problema e face ao sintoma (ACSS & CNSM, 2011).

Procurou-se, neste sentido, que a família fosse um agente ativo e parceiro no processo terapêutico. Transmitiu-se estratégias práticas à família, em como lidar, estimular ou corrigir certos aspetos, pois assegura a continuidade do trabalho desenvolvido na maior parte dos contextos em que a criança se encontra diariamente, pois as sessões são um curto espaço de tempo da vida destas crianças.

No contexto escolar, existem equipas específicas que estão interligadas com a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria. Deste modo, quando uma criança é referenciada para a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria, procurou-se saber se o colégio/escola estava consciente da problemática e se já existia algum acompanhamento. Neste sentido, existiu uma troca de informação entre as equipas escolares e a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria.

Quanto à prática na comunidade, iniciou-se um projeto da realização de um póster, foi apresentado nas “I Jornadas da Adolescência da Ilha Terceira”, a realizar em Outubro do ano de 2016. Este póster teve como objetivo mostrar o papel da psicomotricidade nas problemáticas que advêm da ansiedade e num período tão complexo da vida, a adolescência. Pretende-se, no futuro, continuar a promover a Intervenção Psicomotora na comunidade, uma vez que é notório o desconhecimento desta terapia.

Com este envolvimento nos diferentes contextos foi possível, que a estagiária, tivesse um papel ativo, não limitado apenas às sessões de psicomotricidade com a/o criança/jovem, mas abrangendo, dentro do possível, todo o envolvimento (familiar, escolar, social).

As **sessões-tipo** de psicomotricidade podem realizar-se em formato individual ou de grupo, de acordo com as necessidades e particularidades de cada caso.

– Intervenção Individual

Como já referido, neste âmbito específico da saúde mental infantil e juvenil, as sessões de psicomotricidade não possuem uma estrutura rígida, antes pelo contrário, são extremamente flexíveis, não só para promover-se a criatividade e espontaneidade, mas também porque acredita-se que, um indivíduo motivado, aumenta a sua disponibilidade para idealizar as suas características mais frágeis. Sendo certo que a sessão tem uma organização temporal, de forma a proporcionar à criança uma rotina que lhe traga segurança (prever e anteceder) e por outro lado, possibilita a organização do pensamento.

Assim, segundo Aragón (2007), é possível delinear uma estrutura-tipo: ritual de entrada (descalçar), conversa inicial (escuta do que a criança tem para contar, planeamento das tarefas a realizar, etc.), desenvolvimento de atividades (propostas pela criança ou pelo terapeuta), retorno à calma (momento menos agitado, de relaxação, organizar os ciclos respiratórios e consciencializar para os estados do corpo), conversa final (rechamada/representação das atividades realizadas, preparar a criança para o fim da sessão, ajuda na consciencialização corporal favorecendo a organização do esquema corporal e imagem corporal, promove a pacificação das tensões, ajuda à vivência tónico-emocional (Martins & Rosa, 2005), tornando-se numa ponte entre o que é sentido e vivido (Martins, 2001)) e ritual de saída (calçar).

As sessões individuais exigem um menor espaço, permitindo ao terapeuta disponibilizar uma maior atenção e respeitar melhor o ritmo individual de cada indivíduo, que por sua vez, alcança um maior nível de participação dentro da própria sessão (Aragón, 2007).

– Intervenção de Grupo

Para a junção de crianças no mesmo espaço, primeiro é necessário dar tempo de descoberta do espaço, do adulto e dos materiais, para que a criança experimente em situações individuais, para uma progressiva organização mental em que o vivido passa a dar lugar ao previsto (Costa, 2008).

As crianças nas sessões em grupo são espontâneas e motivadas para as suas ideias, mas, tal como nas sessões individuais, existe uma organização sequencial, tal como foi explicado anteriormente. Em grupo, recorre-se à expressão gráfica para que se possa facilitar a união de ideia. Assim realizam-se atividades de representação em que se privilegiam as expressões plásticas, modelagem, construção, textos ou diálogos verbais ou escritos, podendo ser realizadas em pequenos grupos de 2 a 4 elementos (APP, s.d.), com o objetivo de levar as vivências emocionais para representações cognitivas, facilitando a afirmação da identidade, pois como Onofre (2004) refere *“cada um de nós só se conhece quando reconhece o outro.”*

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

As características de algumas crianças poderão levar a uma estrutura de sessão diferente, como é o caso das perturbações sobretudo regulatórias e da comunicação e relação, em que 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 descalçar/calçar.

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. Ou em crianças com uma grande inibição corporal, a sessão é estruturada numa abordagem mais instrumental, de modo a dar-lhe tempo para que ganhe segurança e competências de iniciativa.

O diálogo inicial e final estão sempre presentes, assim como a experimentação sensoriomotora (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica) como forma de estimular a atividade perceptiva, simbólica e concetual.

2.4.3. Estratégias Gerais de Intervenção

O psicomotricista torna-se um facilitador da expressão de emoção e de sentimentos, ideias, medos, entre outros, utilizando para o efeito estratégias de intencionalidade, reciprocidade, de significação, de transcendência, de novidade, de segurança, promovendo a adaptação e autonomia da criança (Fonseca & Martins, 2001), potencializando a identidade e a inserção social.

Neste sentido, as principais estratégias para intervenção psicomotora são:

- Receber, aceitar e respeitar a motricidade da criança;
- Valorizar as descobertas motoras (proporcionar espaço para autonomia e tomada de decisão);
- Consciencializar as ações executadas;
- Potenciar o humor e o prazer nas atividades;
- Promover vivências em ambiente lúdico securizante e contentor;
- Implicar o sujeito na organização e gestão da sessão;
- Privilegiar e valorizar a expressividade espontânea, criativa e de descoberta;
- Apelar à reflexão e verbalização das atividades da sessão.

2.5. Instrumentos de Avaliação

Em psicomotricidade são recorrentes dois tipos de avaliação: a avaliação formal e a avaliação informal. A avaliação formal recorre a baterias de testes com cotações e a avaliação informal ou observação direta/clínica, habitualmente, recorre a grelhas de observação (Fernandes & Filho, 2012).

As duas modalidades de avaliação/observação no seu conjunto oferecem uma análise mais precisa e rigorosa, ao nível do consciente e do inconsciente (Fernandes & Filho, 2012).

É possível agrupar os objetivos da avaliação psicomotora em três dimensões (Pitteri, 2004):

Relativamente ao **Sujeito**: avaliar as competências psicomotoras (tonicidade, praxias fina e global, equilíbrio, esquema corporal e lateralidade, estruturação espaço-temporal, regulação emocional, atenção e memória); Funcionais, nomeadamente as características neuromotoras, sensoriomotoras, psicoafectivas, a representação corporal e organização no espaço e no tempo; A sua expressão nos comportamentos e atitudes, tendo sempre em conta que o indivíduo é um corpo, que tem emoções e estão em permanentes relações;

Relativamente à **Intervenção Psicomotora**: permite a elaboração de um diagnóstico psicomotor, a tomada de decisões conscientes para elaboração de um plano de intervenção e a reavaliação dos resultados do programa em diferentes momentos;

Relativamente à intervenção psicomotora, enquanto **Metodologia de Intervenção**: possibilita a comunicação com outros profissionais, a comparação e avaliação das práticas.

2.5.1. Avaliação Informal

A avaliação informal ou observação clínica acontece de uma forma dinâmica no tempo e no espaço, o que permite à criança/adulto a liberdade de expressão, de desejo, de iniciativa e da própria relação com o outro, existindo uma relação com duplo sentido (Fernandes & Filho, 2012), ou seja, permite-se captar a criança/adulto na sua essência e captar a sua personalidade psicomotora (Costa, 2008).

Nesta avaliação há uma observação direta sistémica: comportamentos verbais e não-verbais; deslocações; relacionais e observação do tipo clínica e uma observação indireta: desenho, entrevista.

Primeiramente realiza-se a **Anamnese** e, consiste na história clínica do utente, elaborada através de uma entrevista semiestruturada, feita pelo técnico de saúde e tem como objetivo recolher as informações mais relevantes do sujeito, de forma a obter mais eficaz e rapidamente um diagnóstico. Há que ter em conta, no caso de crianças e idosos, uma vez que estes podem não ter consciência em revelar informações imprescindíveis à posterior obtenção do diagnóstico, a recolha de dados para a história deve contar com a participação de familiares ou prestadores de cuidados.

Com esta entrevista pretende-se obter informação sobre o desenvolvimento da criança desde a conceção até à observação presente, bem como perceber o funcionamento dos diferentes contextos em que a criança encontra-se inserida, de forma a identificar possíveis fatores individuais, familiares ou ambientais que possam desencadear as dificuldades presentes e averiguar a presença de fatores de proteção.

De seguida é realizado o **Método de Observação Direta (Grelha de Observação Comportamental (GOC))**. Este método é imprescindível para o Psicomotricista, pois permite traduzir os comportamentos e posturas do utente em sinais e sintomas importantes para o diagnóstico e para o seu posterior tratamento. Esta observação deve ser feita de forma espontânea, sem que haja interação por parte do psicomotricista para que os comportamentos e as atitudes dos utentes não sejam contraídos ou alterados (Costa, 2008). Há uma recolha de aspetos relacionais, perceptivos, cognitivos e motores, sendo útil no plano individual, para a formalidade dos objetivos gerais e específicos.

A GOC tem uma abordagem qualitativa ao considerar critérios de presença, ausência e frequência de comportamentos (escala de frequência: S-Sempre; F-Frequentemente; A-Algumas vezes; R-Raramente; N-Nunca). Procura registar objetivamente comportamentos observados em determinado momento; uniformizar os comportamentos alvo a ter em atenção e efetuar uma comparação a critério da evolução comportamental no início, meio e fim da intervenção (Marques et all, 2015).

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: a apresentação; a participação, tempo, ajuste e atitude face à tarefa; a iniciativa; a comunicação verbal e não-verbal; a memória; o jogo simbólico; o respeito pelas regras; a autonomia; a noção de tempo e espaço; a tolerância à frustração; a relação com a família, com os pares, com o terapeuta, com o espaço e com os materiais; e por fim os fatores psicomotores.

Houve necessidade de criar uma grelha de observação para um caso, pois essa criança apresentava 1 ano e 9 meses e, para esta idade, na psicomotricidade, ainda não existe uma escala de avaliação. Deste modo, indo de encontro às características do desenvolvimento normativo da comunicação (Andrade,2008; Costa, 2011; Rebello et all, 2006) e na GOC, uma vez que observa o individuo como um todo na interação, comunicação e interesses, criou-se uma grelha qualitativa de observação de comportamentos que se deseja observar. Esta grelha é apresentada no Estudo de Caso I (ponto 3.6.1).

A **Bateria Psicomotora (BPM)** é uma avaliação psicomotora. Foi desenvolvida pelo Vítor da Fonseca e engloba a recolha de dados de modo a esclarecer e a identificar a existência de dificuldades ao nível motor e cognitivo, habitualmente com consequências ao nível dos vários contextos de vida, como a vida académica, os relacionamentos interpessoais e a personalidade da própria criança (Fonseca, 1998).

A BPM avalia e descreve o perfil psicomotor de crianças dos 4 aos 12 anos e consiste num conjunto de tarefas distribuídas pelos sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina), que se encontram distribuídos segundo o modelo de Lúria.

Não constitui um instrumento que fornece informação detalhada para diagnóstico, pelo que não exclui a utilização de exames neurológicos e patológicos. Pretende encontrar uma explicação psiconeurológica do perfil psicomotor da criança, tendo também por finalidade a obtenção da informação acerca da modificabilidade da aprendizagem e do comportamento. É indispensável para a IPM pois os fatores psicomotores estão profundamente ligados aos comportamentos

A cotação máxima da prova é de 28 pontos e a mínima de 7. Para além da avaliação numérica há uma série de observações que devem ser relatadas.

A **Behavior Assessment System for Children (BASC)** é uma escala de avaliação do comportamento e da auto percepção de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos. Este instrumento permite uma facilitação no diagnóstico diferencial e na classificação educacional de uma variedade de perturbações emocionais e comportamentais das crianças (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Este instrumento é multidimensional: mede vários aspetos do comportamento e da personalidade, incluindo dimensões positivas (escalas adaptativas) e negativas (escalas clínicas). A criança é avaliada a partir de diversas fontes de informação: a família, a escola e a própria (desde os 8 anos). A BASC é constituída por 5 componentes: uma escala de autoavaliação, duas escalas de avaliação uma para pais e outra para professores, uma história/anamnese do desenvolvimento e um sistema de observação do aluno (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A escala de autoavaliação cota os seguintes itens: Inadaptação Escolar (atitude com a escola, atitude com os Professores, procura de sensações); Perturbações Clínicas (ansiedade, atipicidade, locus de controlo, stress social, somatização); Outros problemas (depressão, sentido de desigualdade); Ajustamento Pessoal (Relações com os pais, relações interpessoais, autoestima, autoconfiança); índice de sintomas emocionais (reúne escalas de diferentes componentes). A escala de avaliação para pais e professores refere-se à observação da criança no contexto familiar e escolar. Ambas as escalas cotam os seguintes itens: problemas exteriorizados (agressividade, hiperatividade, problemas de comportamento); problemas interiorizados (ansiedade, depressão, somatização); problemas escolares (problemas de atenção, problemas de aprendizagem); outros problemas (atipicidade, isolamento social); competências adaptativas (adaptabilidade, liderança e competências sociais) (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No perfil clínico os valores iguais ou superiores a 60 são considerados de risco e valores iguais ou superiores a 70 são clinicamente significativos. Nos perfis adaptativos, a leitura é realizada de forma contrária, onde valores iguais ou inferiores a 40 revelam a existência de risco e valores iguais ou inferiores a 30 designam-se como clinicamente significativo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A BASC encontra-se traduzida em português, mas não está aferida à população portuguesa. É um instrumento importante para a avaliação na IPM porque mostra os comportamentos do indivíduo nos contextos onde passa maioritariamente o seu tempo, revelando a influência da perturbação nestes mesmos contextos.

O **Draw A Person (DAP)** é um instrumento de avaliação quantitativo destinado a crianças/jovens entre os 5 e os 17 anos de idade e consiste no desenho da figura humana em três provas: o desenho do homem, o desenho da mulher e o desenho do próprio (Naglieri, 1988).

Cada desenho é avaliado através de quatro categorias: a presença do segmento corporal, os detalhes dos segmentos corporais, a proporção do segmento corporal e bónus atribuído à representação (Naglieri, 1988).

Segundo Naglieri (1988), o DAP tem um sistema de cotação quantitativa que pode ser utilizado como medida de aferição da inteligência não-verbal, uma vez que não há questões linguísticas, de coordenação motora, habilidade cognitivas que possam influenciar a criança e deste modo permite a aplicação a qualquer população. Em termos qualitativos pode observar-se os desenhos e analisar-se o conhecimento do esquema corporal, a diferenciação dos géneros e das gerações (Naglieri, 1988).

Com este instrumento, pretendeu-se recolher informações acerca do nível de integração da imagem e esquema do corpo, através do desenho da figura humana. Fornece informações acerca da consciência corporal, capacidade de representação e identidade, sendo aspetos importantes para as aprendizagens escolares e interação com o envolvimento, sem esquecer que é no Corpo que a psicomotricidade desenvolve.

2.5.2. Metodologia de Avaliação

De acordo com Pitteri (2004), o psicomotricista não pode deixar de efetuar uma avaliação psicomotora. Respeitando uma visão holística da criança, a avaliação revela as suas características psicomotoras, comportamentais, psicoemocionais. Além disso, constitui a base de conceção do projeto de intervenção, facilitando a aliança terapêutica, através do estabelecimento de uma relação forte de empatia, de segurança e cumplicidade, permitindo momentos de partilha, de construção de ideias, fantasias e projetos (Pitteri, 2004).

Para a avaliação, a GOC foi um instrumento utilizado em todas os indivíduos, através de uma observação do brincar da criança, observou-se habilidades de coordenação motoras, desenvolvimento da fala e linguagem, atenção, disponibilidade para envolver-se com o outro e com os objetos, a capacidade de pensamento complexo e estado afetivo ou a preferência de jogos imaginativos ou concretos.

A BPM foi realizada a três criança, sequência de preocupações manifestadas pelos cuidadores, sendo que, o instrumento permitiu recolher informações mais precisas acerca do desenvolvimento psicomotor. Nas restantes crianças, foi utilizada de uma forma reduzida, aplicando apenas os fatores interligados à problemática individual, ou simplesmente não foi aplicada porque a criança não tinha idade ou não estava disponível emocionalmente.

Para crianças com idades igual ou superior aos 5 anos, foi entregue o questionário da BASC aos cuidadores e, por intermédio destes, aos professores/educadores das crianças. Com este instrumento, pretendeu-se recolher informações acerca das perturbações emocionais e do comportamento, em ambos os contextos de vida da criança. Uma vez que esta avaliação formal implica mediação de terceiros, a efetividade da avaliação ficou comprometida em alguns casos.

Em algumas ocasiões, a DAP não foi possível realizar-se devido à ausência de integração gráfica e de representação, ou rejeição à expressão gráfica.

Complementariamente a esta informação recolhida foram tidos em conta os relatórios provenientes de outras áreas (psicologia, educadores).

2.6. Caracterização da População Atendida

Na compreensão da psicopatologia da criança tem que se considerar dois fatores, a criança como dependente do seu ambiente afetivo e relacional e o facto de a criança estar num processo de desenvolvimento (Boscaini, 2004).

Abaixo são descritas as perturbações associadas às problemáticas de intervenção e a descrição sucinta de cada caso.

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2013) as hipóteses diagnósticas em que atuei foram: Perturbações do Neurodesenvolvimento, mais especificamente na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), na Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Perturbações Motoras. Intervencionei em Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress, nomeadamente Perturbação Reativa de Vinculação e iniciei intervenção, em Perturbações da Ansiedade (PA). Algumas destas perturbações estavam interligadas a outras desordens do desenvolvimento, como a perturbação na comunicação e perturbação da oposição e

desafio. Deste modo, são igualmente descritas para uma melhor compreensão das hipóteses diagnósticas.

2.6.1 Perturbações do Neurodesenvolvimento

Tem início no período do desenvolvimento, geralmente manifestam-se antes de a criança ingressar na escola, onde acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, académico ou profissional e variam entre défices no controle de funções executivas até às habilidades sociais ou da inteligência (APA, 2013).

- **Perturbação do Espetro do Autismo (PEA):** Segundo o DSM-V a Perturbação do Espetro do Autismo é caracterizada por um défice global e persistente na comunicação e interação sociais, bem como nos padrões de comportamento restrito e repetitivo (APA, 2013).

Em relação à comunicação e à interação social, de acordo com o DSM-V, existem défices clinicamente significativos e persistentes a esses níveis, se a criança manifestar as seguintes características:

- Défices na reciprocidade socio-emocional;
- Défices nos comportamentos comunicativos não-verbais usados para a interação social;
- Défice em desenvolver, manter e compreender relacionamentos.

Quanto aos padrões restritos repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades manifestadas, a criança tem de manifestar pelo menos dois dos seguintes:

- Movimentos motores e/ou uso de objetos repetitivos ou estereotípias;
- Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamentos;
- Interesses altamente restritivos e fixos;
- Hipo ou hiperatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.

(APA, 2013)

As crianças com PEA têm dificuldade em estabelecer a atenção conjunta, em bebés não sorriem em resposta aos pais, não acompanham o olhar dos pais, não apontam, e não procuram a partilha social mas sim o objeto concreto em si (Lima, 2012).

Porém, no DSM-V é referido também que estes sintomas devem estar presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as solicitações sociais excedam o limite das suas capacidades (APA, 2013). Por exemplo, 20% dos pais descrevem um desenvolvimento relativamente normal nos primeiros anos

de vida, e depois há uma regressão sobretudo na linguagem caracterizada por uma paragem na fala, após a aquisição de 5 a 10 palavras (Lima, 2012).

Os indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV estabelecido de perturbação Autística, perturbação de Asperguer ou perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, recebem o diagnóstico de perturbação do Espetro do Autismo. De criança para criança é apresentado uma diferente gravidade, daí considerar-se um espectro e verifica-se que a idade da criança e o seu desenvolvimento intelectual/capacidade intelectual determinarão a apresentação dos quadros (Santos, 2013), sendo diferenciado o grau de gravidade do espectro consoante o nível de apoio necessário (APA, 2013).

Desordens Psicomotoras: Estudos levados a cabo por Mostofsky, Dubey, Jerath, Jansiewicz, Goldberg e Denckla (2006) sugerem que o autismo está mais associado com um défice prático generalizado do que com um défice específico de imitação. Do mesmo modo Fournier, Hass, Naik, Lodha e Cauraugh (2010), concluem que no autismo está subjacente essencialmente um défice de coordenação motora. Segundo Emck (2004) as crianças com autismo demonstram deficiências ao nível da regulação postural e do equilíbrio, bem como uma organização motora imatura, dificuldades no esquema e na consciência corporal, não se verificando a integração da imagem corporal.

Estas crianças ao nível psicomotor apresentam-se desordenadas e desajeitadas, têm dificuldades na coordenação, na organização espaço-temporal e na noção corporal (Costa, 2008).

- Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA): A American Psychiatric Association (2013) distingue três possibilidades da apresentação da PHDA: apresentação predominantemente desatenta, apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva e apresentação combinada (que inclui ambos os critérios de desatenção e hiperatividade/impulsividade) (Santos, 2013).

O défice de atenção (des(atenção)) e o comportamento distrátil das crianças com PHDA manifestam-se pela dificuldade em manter a atenção durante um tempo prolongado, em estar com atenção a um ou mais estímulos em simultâneo, não direcionando a atenção perante estímulos distráteis, e em não mudar o foco de atenção de forma flexível (Rodrigues & Antunes, 2013). Em relação à desatenção, de acordo com o DSM-V, para critérios de diagnóstico devem persistir, ao nível inconsciente e que afete negativamente a vida da criança, por pelo menos 6 meses, 6 ou mais destes sintomas, de forma frequente:

- Falha em prestar atenção aos pormenores ou comete erros por descuido;

- Tem dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades;
- Parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- Não segue as instruções e não termina os trabalhos;
- Tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- Evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido;
- Perde objetos necessários para tarefas ou atividades;
- É facilmente distraído por estímulos alheios;
- Esquece-se das atividades quotidianas.

(APA, 2013).

A impulsividade ou (des)regulação (Rodrigues & Antunes, 2013), está associada a um défice na inibição do comportamento que pode ser explicada pela dificuldade no autocontrolo ou na incapacidade de atrasar uma resposta e/ou gratificação imediata (Rodrigues & Antunes, 2013). A hiper(atividade) caracteriza-se por dificuldades em inibir a atividade motora e manifesta-se em comportamentos (Rodrigues & Antunes, 2013). Relativamente à hiperatividade e à impulsividade, segundo o DSM-V, para critérios de diagnóstico devem persistir, ao nível do inconsciente e que afete negativamente a vida da criança, igualmente no mínimo de 6 meses, 6 ou mais destes sintomas de forma frequente:

- Agita ou bate com as mãos ou pés ou remexe-se quando está sentado;
- Levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado;
- Corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo;
- É incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer;
- Age com se estivesse “ligado a um motor”;
- Fala em excesso;
- Precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- Tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- Interrompe ou interfere nas atividades dos outros.

(APA, 2013).

A PHDA apresenta um padrão no que concerne ao comportamento, encontrando-se em todas as crianças características de hiperatividade, impulsividade e falta de atenção (Palha, s.d.). Assim, para além da frequência, segundo o DSM-V, para diagnosticar uma criança com PHDA é necessário comprovar que a criança apresenta

vários dos sintomas anteriormente apresentados antes dos 12 anos de idade, é necessário que estes sintomas estejam presentes em dois ou mais contextos (casa, escola, em outras atividades) e é também necessário que os sintomas não ocorram exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico e não são explicados melhor por outra perturbação mental (Costa, 2008; APA, 2013).

Uma das teorias para a existência da PHDA é uma falha nas funções executivas, pois estas são repoisáveis pela regulação dos processos de atenção, memória, capacidade de planeamento e auto monitorização da atividade motora (Rodrigues & Antunes, 2013).

Desordens psicomotoras: Para além da expressão comportamental inerente às dificuldades na regulação do nível de atividade e de atenção e na inibição de estímulos distráteis, anteriormente descritos, crianças com hiperatividade evidenciam também um défice ao nível das noções de esquema e imagem corporal (Emck, 2004; Costa, 2008), bem como problemas ao nível do tónus, da equilibração e da praxia fina (Salgueiro, 1999; Emck, 2004).

- **Perturbações Motoras (atraso no desenvolvimento psicomotor):** é apresentado *deficits* na aquisição e na execução de habilidades motoras coordenadas, manifestando-se por falta de jeito e lentidão ou imprecisão no desempenho de habilidades motoras, causando interferência nas atividades da vida diária (APA, 2013).

Esta perturbação manifestam falta de jeito assim como uma lentidão e imprecisão do desempenho de habilidades motoras. Estas dificuldades se forem de um modo persistente e significativo interferem com as atividades de vida diária adequada à idade cronológica bem como na produtividade do desempenho escolar. O início dos sintomas dá-se no período inicial de desenvolvimento, e este "*deficit*" não são explicados por deficiência mental, visual e não são atribuíveis a uma condição neurológica que afeta o movimento (APA, 2013).

Desordem Psicomotora: Este atraso no desenvolvimento psicomotor é muito heterogéneo, pois estes domínios podem estar mais ou menos afetados o que gera uma grande variabilidade etiológica e no perfil fenotípico dentro deste atraso do desenvolvimento (Ferreira, 2004).

2.6.2. Perturbações Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress

- **Perturbação Reativa de Vinculação:** a APA (2013) relaciona esta perturbação com o comportamento inibido, emocionalmente afastado para com os cuidadores.

O conceito de vinculação é caracterizado por ser seletivo, ou seja, dá-se na procura de proximidade física e de suporte das necessidades fisiológicas. O laço de vinculação ou vínculo pode ser definido como um laço afetivo, não entre duas pessoas, mas que um indivíduo tem por um outro.

Ao abordar-se este tema da vinculação, existem dois termos, desenvolvidos por Winnicott, que exercem a sua importância, o Holding e o Handling (cit in. Brezolin & Pinheiro (2011); Camarheiro, (2011)). O Holding é a forma como a figura de vinculação pega no bebé (colo psíquico). A figura de vinculação será o amparo da criança, pois esta suporta-a, assegura-lhe um continente corporal graças à sua presença no espaço da criança e esta ligação é fundamental para a entrada do indivíduo no círculo social, servindo como modelo de transição (cit in. Brezolin & Pinheiro (2011); Camarheiro, (2011)). O Handling é a forma como a figura vinculativa toca no bebé quando presta cuidados. Este tratamento vai proporcionar ao bebé sensações táteis, cinestésicas (resolução de problemas), auditivas e visuais.

O objetivo primário da criança não é a mãe ou o pai, isoladamente, mas sim os dois reunidos numa inclusão recíproca, pois a função do pai no seio da díade é essencial para a consolidação do processo representativo, possibilitando a simbolização e como tal a emergência da linguagem (cit in. Brezolin & Pinheiro (2011); Camarheiro, (2011)).

As experiências emocionais e de vinculação com os pais, na infância, contribuem para a orientação da ação do sujeito na relação de proximidade emocional.

Segundo Matos (2003) e Vidigal (2005a), as más experiências precoces e repetidas sem envolvimento afetivo compensador e reconfortante tornam-lhes impossível a organização de uma relação securizante e, portanto, estruturante. O agir, *acting out*, funciona assim como mecanismo de defesa, numa busca incessante de limites, já que estes sujeitos não são capazes de mentalizar o conflito interior (Matos, 2003; Vidigal, 2005a).

2.6.3. Perturbação da Ansiedade

A ansiedade manifesta-se tanto a nível físico como psicológico. Em relação ao corpo físico a ansiedade manifesta-se através de taquicardia, mãos suadas e frias e, em casos mais graves, vômitos, dor de cabeça, diarreia, falta de ar, paralisção motora (Lipp, 2004). O mesmo autor refere que em relação ao “corpo psicológico” a criança sente medo, sensação de que algo de mal vai acontecer, irritabilidade, agressividade e inquietação.

No DSM-V estão mencionadas várias perturbações que fazem parte da perturbação da ansiedade, e entre elas encontra-se a perturbação de ansiedade com outra especificação. Esta perturbação refere-se a casos que não satisfazem os critérios

para um diagnóstico numa perturbação específica, contudo são casos em que há um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (APA, 2013). Esta é a situação dos presentes estudos de caso, nomeadamente Ansiedade Generalizada que não ocorre em mais de metade dos dias, sendo os sintomas a eles inerentes: receio e sintomas de ansiedade em atos de avaliação (pensamento negativo); suores; agitação; inquietação; sensação de nervoso; dificuldades de concentração e atenção; irritabilidade; tensão muscular e dificuldades em adormecer (APA, 2013).

Desordem Psicomotora: observar o sintoma como sinal que representa algo mais profundo de desvalorização pessoal (sentimentos de impotência e angústia) e conseqüentemente, desregulação tonicoemocional e um défice elaboração do esquema e da imagem corporal (Martins, 2001a; Röhrlich (2014)). Emck (2004), aborda a temática da ansiedade nas crianças como uma associação a traumas referentes a experiências corporais traumáticas e imagens corporais negativas, sendo que a IPM tem como objetivo promover uma imagem corporal positiva, a diminuição do tónus muscular e a estimulação de comportamentos espontâneos através do jogo Desenvolver a expressão corporal através de técnicas expressivas, com enfoque no aumento da espontaneidade Promover reestruturação da imagem corporal.

Tendo em consideração os resultados do seu estudo que relaciona a ansiedade com elevados índices de reatividade emocional, Macatee & Cogle (2013) sugerem promoção de competências de regulação emocional que visem o aumento da consciencialização emocional do indivíduo para uma melhor gestão das emoções. Em psicomotricidade, visa-se um aumento da capacidade autoconcentrativa e um aumento da perceção de sensações corporais prazerosas, de modo a diminuir o foco da atenção do sujeito na sintomatologia e a diminuir a ansiedade inerente que lhe está associada.

Outras perturbações:

A Comunicação

A comunicação não se trata apenas de palavras, antes destas há a linguagem corporal. Os bebés necessitam do corpo e da relação com a mãe, é preciso primeiro sentir o interesse pela linguagem, ou seja, saber que através da comunicação o outro é afetado emocional e afetivamente (Costa, 2008).

Antes da fala existem aquisições importantes que se relacionam com a comunicação pré-verbal, são importantes aquisições como: o contato ocular, as expressões de prazer que acompanham o olhar, a reciprocidade de conversação entre as vocalizações da criança e a verbalização dos pais, o reconhecimento da voz dos

pais, a resposta ao nome, a aquisição do balbucio, a gestualidade pré-verbal como o apontar, o dizer adeus, o mostrar, e por fim a resposta a expressões dos pais (Lima, 2012).

A comunicação passa primeiro por uma linguagem emocional, onde o bebê manifesta sinais de prazer ou desprazer, através do sorriso e do choro, onde o bebê descobre a sua voz e experimenta fazer vários sons, sons esses que transmitem movimento e emoção como as onomatopeias, são também importantes as lalações em que o bebê imita os som e a musicalidade dos adultos (Costa, 2008). O mesmo autor defende que a comunicação é uma maneira de expressão, e esta só se torna eficaz quando a criança tem o simbolismo, o jogo simbólico, consolidado, é importante que haja uma distinção da realidade e da fantasia, para haver imagética e conseqüentemente representação. Representação essa através dos movimentos, dos gestos e da linguagem pré-verbal. Mas para haver a expressão é importante que primeiro existam impressões, ou seja, primeiro temos de fazer aquisições, através de vivências corporais, através de afetos, de emoções, através do impacto com os outros e com o mundo que nos rodeia, pela importância do olhar (Costa, 2008).

Assim pode-se dizer que a comunicação e a expressividade passam pela experimentação, ela curiosidade, pela aventura e pela descoberta (Costa, 2008).

Segundo Lima (2012), existem défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:

- “ Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica)

- Nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com ou outros

- Uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática

- Ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento”.

Oposição e Desafio

A rebeldia e o prazer de quebrar as regras não quer dizer que a criança tenha uma patologia, pode apenas estar no seu processo natural de desenvolvimento, tentando afirmar a sua identidade, a sua autonomia e a sua independência (Costa, 2008).

Segundo o DSM-V a conduta de oposição e desafio é composta por três categorias: humor Irritável/zangado, comportamento desafiador, vingança duradoura. Para considerar esta perturbação a criança tem de evidenciar pelo menos quatro

sintomas de qualquer das categorias pelo menos durante 6 meses. As crianças com um humor irritável perdem muitas vezes a calma, são de fácil aborrecimento, e têm sentimentos de raiva e ressentimento muitas vezes. As crianças com um comportamento desafiador discutem muitas vezes com a figura de autoridade, com outras crianças, adolescentes ou adultos, frequentemente desafiam ou recusam-se a cumprir os pedidos das figuras de autoridade, irritam os outros deliberadamente e muitas vezes culpam os outros pelos seus próprios erros ou maus comportamentos. As crianças com uma vingança duradoura habitualmente são rancorosas ou vingativas pelo menos duas vezes em 6 meses (APA, 2013).

Neste quadro clínico é frequente os jovens apresentarem comportamentos exteriorizados com reduzida empatia e emotividade (Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013; Wolff & Ollendick, 2006), elevada intolerância à frustração, explosões temperamentais e irritabilidade, baixo autocontrolo manifestado por comportamentos impulsivos, défice no desenvolvimento moral e na cognição social e dificuldades nas relações interpessoais (Costa, 2008; APA, 2013; Mandy, Skuse, Steer, & Pourcain, 2013). Neste sentido, e na sua maioria, crianças ou jovens com este quadro sintomático procuram situações narcísicas de modo a assumir atitudes de onipotência, como defesa da sua consciência de inferioridade e ao seu sentimento de que tudo é inatingível (Costa, 2008). A dificuldade em gerir sintomas negativos como a tristeza, raiva, frustração e o humor deprimido pode conduzir a um elevado nível de irritabilidade e a comportamentos externalizados (Wolff & Ollendick, 2006).

As crianças com perturbações do comportamento e desafio/oposição têm impactos negativos nas áreas: social, educacional, ocupacional e outras áreas importantes do funcionamento (APA, 2013). A gravidade é avaliada.

III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

“Cada criança é uma história por contar”

Nuno Lobo Antunes

Neste ponto é abordada a prática realizada pela estagiária, calendarizando as atividades, revelando o planeamento das sessões e o horário das sessões. Por fim é caracterizada de forma sistemática os casos acompanhados e descrito com maior pormenor dois casos.

3.1. Calendarização das atividades

É apresentado neste tópico a calendarização através de um cronograma, bem como o horário estabelecido e as sessões de Intervenção Psicomotora do ano letivo 2015/2016.

Atividades Realizadas		2015				2016					
		Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Integração na equipa		x	x	x	x						
Avaliação Inicial					x		x		x	x	
Intervenção Psicomotora					x	x	x	x	x	x	x
Avaliação Final											x
Reuniões de equipa		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Relatório de Estágio	Enquadramento teórico	x	x	x	x				x	x	
	Enquadramento prático				x	x	x	x	x	x	x

Tabela 1. Calendarização do Estágio Curricular

Apenas observaram-se avaliações iniciais em Dezembro de 2015, Fevereiro, Abril e Maio de 2016, pois não existia espaço físico e conseqüentemente não se realizaram inicialmente tantas observações para a intervenção psicomotora. Com o ultrapassar dos obstáculos logísticos, foram aumentando o número de encaminhados.

3.1.1. Planeamento das sessões

No mês de Dezembro de 2015, iniciou-se o acompanhamento regular de duas crianças. Gradualmente, o número de crianças acompanhadas aumentou, com a melhoria da logística, conforme acima referido, sendo que em Fevereiro foi encaminhada uma criança, no mês de Abril outra e as restantes quatro crianças foram encaminhadas no mês Maio de 2016. Na seguinte tabela é apresentado a identificação de cada caso, referenciando o início da IPM, a descrição da organização da criança, a sua idade e o género:

Identificação	Início da Intervenção (entrevista aos cuidadores)	Descrição da organização (Hipótese Diagnóstica)	Idade (anos, meses)	Género
Indivíduo I	7/12/2015	Perturbação na Comunicação	1ano, 9meses	Masculino
Indivíduo II	15/12/2015	PHDA do tipo misto com oposição e desafio/ Perturbação Reativa de Vinculação	7anos, 9meses	Feminino
Indivíduo III	5/02/2016	Atraso psicomotor	5anos, 5meses	Masculino
Indivíduo IV	29/04/2016	Perturbação de Ansiedade	11anos,8meses	Masculino
Indivíduo V	02/05/ 2016	PEA – nível 1	6anos, 5meses	Masculino
Indivíduo VI	04/05/2016	PHDA	9anos,10meses	Masculino
Indivíduo VII	09/05/2016	Atraso Global do Desenvolvimento	5anos, 4meses	Masculino
Indivíduo VIII	11/05/2016	Perturbação de Ansiedade	11anos,5meses	Masculino

Tabela 2. Caracterização geral da população atendida

Como se pode verificar, a idade de população atendida esteve compreendida entre 1 ano e 9 meses e 11 anos e 5 meses, com prevalência no género masculino 1:7.

3.1.2. Horário de estágio

Abaixo é apresentado o horário de estágio.

Com o aumento do número de criança em acompanhamento, após a observação e realização dos planos terapêuticos, o horário foi-se adaptando, sendo o horário abaixo, o último a ser construído.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9h – 10h	Indivíduo I		Reunião equipa local		
10h – 11h					
11h – 12h					
13h – 14h		Reunião orientadora local	Indivíduo IV e Indivíduo VIII	Reunião do núcleo de estágio	
14h – 15h					
15h – 16h	Indivíduo V e Indivíduo III	Indivíduo II	Indivíduo VII		Indivíduo VI

Tabela 3. Horário do mês de Junho de 2016

Tendo em conta que se tratou de um estágio curricular, não poderia deixar de considerar e incluir, a reunião semanal com o núcleo de estágio e com a orientadora local, onde houve um acompanhamento que sustentou toda a atividade local de intervenção.

3.1.3. Caracterização do contexto de intervenção

As sessões de psicomotricidade realizaram-se numa sala integrada no corredor da equipa de Pedopsiquiatra, localizado no piso 1 do HSEIT, EPER. A sala tinha um espaço amplo, com materiais adequados e requisitados pela estagiária. Foram entregues e preparados para a função no dia de Fevereiro e 21 de Março de 2016. Os materiais serviram de apoio às mais variadas atividades realizadas na sala terapêutica. O espaço dispunha de um móvel para a arrumação dos materiais e de um sofá pequeno para auxiliar os rituais de entrada e saída. Os materiais presentes na sala terapêutica são: colchões, almofadas, cobertores, três bolas medicinais de tamanhos diferentes, um paraquedas colorido, uma piscina de bolas, um espaldar sueco três quadros amovíveis, marcadores, jogos didáticos, um carrinho psicomotor que contém sacos de feijão, arcos, bastões, entre outros, isto tudo apresentado no ANEXO B. O espaço dispunha de uma única janela, virada para o exterior, com vista para a natureza.



Figura 4. Sala da Intervenção Psicomotora

3.2. Descrição sistematizada dos casos

Ao longo do estágio, a intervenção psicomotora foi realizada ao nível individual e nos últimos dias, iniciou-se a intervenção em par.

Abaixo apresenta-se seis casos sem resultados finais, pois não obtive tempo de intervenção os perceber, mas demonstra-se os objetivos terapêuticos que a IPM ofereceu (o indivíduo IV, indivíduo V, indivíduo VI, indivíduo VII e o indivíduo VIII). Os casos dos quais adquiriu-se tempo de intervenção, suficientes para apresentarem resultados finais, o Indivíduo I (ponto 3.3.1.), o Indivíduo II (ponto 3.3.2.) e o Indivíduo III (ponto 3.2.2.), apresentados como estudos de caso.

Com base das avaliações realizadas, realçou-se as maiores carências e as virtudes dos utentes, com o intuito de elaborar um projeto terapêutico que vá de encontro às necessidades dos mesmos e conseqüente acompanhamento de estratégias comportamentais que melhorem a sua qualidade de vida.

Abaixo é exposto um quadro com os acompanhamentos que foram aplicados em cada indivíduo.

Indivíduos em acompanhamento	Plano Terapêutico
Indivíduo I	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicomotricidade; ● Psicologia clinica; ● Articulação com equipamentos educativos (jardim de infância)
Indivíduo II	<ul style="list-style-type: none"> ● Consultas terapêuticas familiares (pais); ● Psicologia clinica; ● Psicomotricidade; ● Articulação com a escola.
Indivíduo III	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicomotricidade; ● Psicologia clinica.
Indivíduo IV	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicofarmacologia; ● Acompanhamento psiquiátrico (mãe); ● Psicologia clinica; ● Psicomotricidade.
Indivíduo V	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicomotricidade; ● Psicologia clinica.
Indivíduo VI	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicofarmacologia; ● Psicomotricidade; ● Psicologia clinica.

Indivíduo VII	<ul style="list-style-type: none"> • Psicomotricidade; • Psicologia clinica; • Atividades extracurriculares: Karaté
Indivíduo VIII	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento psicológico (mãe); • Psicomotricidade; • Psicologia clinica; • Atividades extracurriculares: Basket

Tabela 4. Resumo das Respostas Interventivas a cada utente acompanhado

Como se pode observar, para cada indivíduo existiu mais do que uma resposta interventiva, de forma a objetar as preocupações dos mesmos.

Após a realização da avaliação inicial, foi estabelecido o projeto terapêutico de cada criança, focando nas suas áreas fortes e áreas a melhorar, tornando essas áreas objetivos específicos de trabalho durante as sessões.

Abaixo, primeiramente, são apresentados os indivíduos com menor tempo de intervenção psicomotora. É identificado e são apresentados os dados familiares de cada indivíduo, e de forma sucinta, expõe-se os resultados da avaliação psicomotora inicial, apresentando por fim o plano terapêutico grupal (Indivíduo IV e Indivíduo VIII) e individual (Indivíduo V, VI e VII).

Num segundo momento, ainda neste ponto, é apresentado com mais pormenor os indivíduos com maior tempo de intervenção (Indivíduo III, e estudos de caso: Indivíduo I e Indivíduo II).

3.2.1. Indivíduos com Menor Período de Intervenção

- Indivíduo IV (ANEXO G no CD) e o Indivíduo VIII (ANEXO L no CD)

Identificação: F.	
Género	Masculino
Data de nascimento	01/08/2004 (11 anos e 8 meses)
Ocupacional	5º Ano
Hipótese Diagnóstica	Perturbação de Ansiedade
Motivo de encaminhamento para a IPM	Hipertonia, inibição, alterações na imagem corporal (baixa autoestima)
Data da Entrevista aos cuidadores	29/04/2016
Nº de Sessão (após avaliação e até 30 Junho de 2016)	7 Sessões

Tabela 5. Descrição do Indivíduo IV

Dados Familiares

Agregado familiar: mãe, padrasto e meia-irmã.

História familiar: mãe, 36 anos, assistente operacional; padrasto, 36 anos, electricista; e meia-irmã de 7 anos, estudante. A mãe tem fibromialgia e é acompanhada

pela psicologia. Também tem um irmão com epilepsia e outro adotado com problemas psiquiátricos. Não existe informação por parte do pai biológico (abandonou o filho, tinha o F. 2 anos). Segundo a mãe, o pai do F. tinha uma personalidade obsessiva e explosiva. A mãe do F. é apoiada na educação do filho pelo companheiro e pela sua mãe.

Identificação: T.	
Género:	Masculino
Data de nascimento:	11/12/2004 (11 anos e 5 meses)
Ocupacional:	6º Ano
Diagnóstico:	Perturbação da Ansiedade
Motivo de encaminhamento para a IPM:	Desarmonia tónico-emocional (hipertonia)
Data da Entrevista aos cuidadores:	11/05/2016
Nº de Sessão (após avaliação e até 30 Junho de 2016)	5 Sessões

Tabela 6. Caracterização do Indivíduo VIII

Dados Familiares

Agregado familiar: mãe e pai.

História familiar: mãe, 43 anos, é empregada doméstica e pai, 44 anos, trabalha por conta própria (tratador de madeiras), encontram-se casados entre si. A mãe é acompanhada por consultas de psicologia, por sintomas ansiogénicos.

Instrumentos de Avaliação: BASC, GOC, BPM e DAP.

Resultados da Avaliação Inicial

F.

Relativamente à Bateira Psicomotora, a nível psicomotor decidiu-se avaliar a Tonicidade, pois bem ou mal regulado, o tónus pesa de modo considerável sobre a qualidade da atividade (Oliveira, 2008) e para Wallon, os esquemas afetivos baseiam-se em mecanismos sensitivos, motores e viscerais e são sempre dependentes de reações tónico-posturais. Foi possível observar um perfil tónico desviante e de esforço visível, caracterizadas por expressões de tensão muscular exagerada nos membros superiores e inferiores. Observou-se também dificuldade na realização de movimentos passivos por parte do F., expressando dissinergias, e as paratonias eram mais óbvias nos membros inferiores, demonstrando tensões evidentes nas zonas proximais. Observou-se também sincinesias, contraindo várias partes do corpo por imitação.

Na DAP, o F. apresenta uma boa noção do corpo, quanto ao seu esquema corporal, pois reconhece o próprio corpo, dando um valor entre 49 e 52, valor esse que se encontra entre a média e acima da média. Mas é de se referir que o F. mostrou investimento no seu desenho (demorou cerca de 15 minutos para fazer cada

personagem, maior tempo de investimento em si) e entre os três personagens (homem, mulher e ele), não se nota diferenças significativas, dando a impressão de ser um desenho trabalhado, um corpo pouco autenticado, sem imagem corporal diferenciada.

Relativamente à BASC, o questionário do F. aparentou-se de um menino feliz e que sorri muito, com boa autoestima, tem amigos e uma boa relação com os professores. Refere ser um menino nervoso e dependente. No entanto, o questionário da mãe e do padrasto mostrou que o F. chora facilmente frequentemente e amua, frustra e faz birras, preocupa-se com o que os outros pensam, queixa-se de dores, fica nervoso para os testes, distraíndo-se e aborrecendo-se facilmente, revelando perturbações interiorizadas e problemas de atenção, mas com competências adaptativas.

Observando-se o F. em sessão, através da GOC, este apresentou uma postura ectomorfa, com uma imagem cuidada e uma postura inibida. Mostrou-se passivo, sem iniciativa e não sugerindo atividades, mas foi cooperante nas tarefas. Com uma atitude apática, mostrou ser um menino contido, com um débito baixo e com contato evitante, revelando uma inflexibilidade expressiva.

Apesar disso, aparentou uma boa coordenação motora, compreensão das instruções e verbaliza com um discurso contextualizado.

T.

Relativamente à BASC, o T. mostrou-se preocupado com o contexto escolar e familiar. Apresentou medo de errar e do futuro. O resultado dos questionários aos pais foi exatamente igual, sendo que SEMPRE preocupa-se, com o que os pais/ professores pensam, com os testes/ trabalhos escolares e referem ser impulsivo. Mas referiram comportamentos adaptativos, como encorajar/ felicitar o outro, acalma-se facilmente e tem sentido de humor.

Relativamente aos fatores psicomotores (BPM) optou-se por observar a Tonicidade. Verificou-se adesão à passividade, mas com presenças de paratonias, apesar disso o T., revelou ter uma boa tonicidade. Na DAP o valor *standart* apresentado é de 105, correspondendo a valores dentro da normalidade para a idade. É de notar, que o desenho menos investido foi o do homem, mas não se nota diferenças de tamanhos (podendo haver pouca diferenciação de gerações).

Na observação do seu comportamento (GOC), o T. era um menino ectomorfo, com um aspeto cuidada e uma postura hipertónica. Com uma apresentação inibida, o T. mostrava-se passivo na tarefa "não estou habituado a mandar". Mostrava medo no entrar da piscina de bolas e mesmo com o incentivo da terapeuta, entrava muito devagar, mostrando-se pouco investimento no espaço, apenas realizando atividade sugeridas. Era comunicativo e mostra compreender instruções complexas, revelava um discurso imaturo e um vocabulário pobre, demonstrando por vezes risos exagerados.

Deste modo, o T. revelou alguma dificuldade na mentalização, deixando-se levar por vezes pela emoção. Teve dificuldades em relaxar. Respeita o final da sessão e mostrou gosto pela mesma.

Projeto Terapêutico

Tendo em conta os elementos critério e o seu perfil intra-individual de ambos os indivíduos (apresentado na Anexo G do CD e apresentados no ANEXO L no CD) foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicoafetivo	Promoção de autoestima	- Fortalecer a autoimagem;
	Promoção de competências pessoais e sociais	- Potenciar a tomada de decisão; - Tomar iniciativa; - Melhorar a estabilidade emocional e afetiva (expressão emocional)
Psicomotor	Promoção da tonicidade	- Desenvolver ajuste tónico para a ação; - Desenvolver a capacidade de auto relaxar; - Aumentar a passividade - Diminuir as paratonias; - Diminuir as sincinesias.
	Promoção do Noção do Corpo	- Reforçar a noção propriocetiva
Cognitivo	Mentalização	- Atribuir significado simbólico às sensações obtidas; - Verbalizar o pensamento e o sentimento.

Tabela 7. Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo IV e Indivíduo VIII

Uma vez que as preocupações do terapeuta centraram-se no plano psicoafetivo e uma vez que os problemas psicomotores estão frequentemente relacionados com a falha da estruturação psíquica e a fiabilidade da diferenciação, a IPM centrou-se nas condições somato-psíquicas para assegurar o desenvolvimento adequado dos processos de diferenciação e de simbolização (Martins, 2010).

Plano terapêutico Grupal

Após relação de confiança terapêutica a intervenção foi proposta em grupo, com um terceiro elemento com as mesmas características patológicas, com uma frequência semanal. O corpo vivido e sentido subjetivamente é reconhecido a partir de um outro ponto de vista, permitindo a diferenciação entre o corpo individual e os outros corpos na objetividade espacial e deste modo pode ser reconhecido pela comparação com o corpo objetivo dos outros (Martins, 2010).

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 (Costa, 2008).

A imagem corporal foi central no processo de intervenção, de forma a modificar a percepção do corpo falível e melhorar a capacidade de se relacionar (Martins, 2001a). Para afirmar a identidade, Martins (2010) refere importante a integração de três vínculos, o espacial (Eu e não EU), temporal (antever/ evocar acontecimentos) e social (desenvolver a imagem corporal). Deste modo, a organização do esquema corporal, a interiorização das ações, o domínio das representações espaciais e temporais e a possibilidade de evocação, permitiram uma boa adaptação aos desafios físicos, biológicos e socioculturais.

As variadas técnicas de relaxação foram uma mais-valia da psicomotricidade na perturbação de ansiedade, uma vez que alcançar a um estado de relaxamento trás benefícios tais como: a promoção da pacificação de tensões e conflitos, conferindo ao individuo uma unidade corporal (Costa, 2008), permitindo a preparação do corpo para a ação e desenvolve representações topográficas, melhora as funções tónicas e motoras, logo adquirindo-se um maior controlo sobre o seu corpo (Fonseca, 1998); promovendo os processos de representação e antecipação (Martins, 2001a).

A Relaxação, como a descontração elimina os traços de uma ação mal vivida tentando a recuperação possível da experiencia passada, permitindo ao corpo reviver e restabelecer um dialogo tónico-emocional do sujeito com ele próprio (Ribeiro, 2010).

Mas, não faz sentido numa intervenção em Psicomotricidade utilizar uma única técnica de relaxação ou de expressão, quando o objetivo não é meramente descontrair, mas aprender a relaxar. Segundo Janete Maximiano, as técnicas são dirigidas com o cuidado intuitivo de avaliar as contribuições positivas para a obtenção de uma melhor percepção corporal, assim como o estabelecimento da relação entre emoções e corpo (Maximiano, 2004). Ao longo da intervenção, todas as técnicas e atividades motoras pretendem que a criança adquira uma melhor relação com o seu corpo ao confrontar-se com as suas potencialidades. As atividades expressivas pretendem a libertação do seu corpo e minimizar os comportamentos inibitórios (Costa, 2008). Ao longo da intervenção todas as técnicas e exercícios utilizados e criados assentam numa base expressiva, dramática e simbólica.

Estratégias:

- Jogo livre: Atividades criativas e expressivas: para que o F. e T. tenham a capacidade de autovalorizar-se pela sua criatividade, dando-lhe mais segurança, e conseqüentemente, uma investigação/procura pessoal;
- Transferir a experimentação agida para uma atividade representativa: favorecer a atividade simbólica e estimular a espontaneidade,
- Impulsionar uma atitude crítica, estimulando sempre a expressão dos afetos, promovendo à externalização das pulsões: isto pretende-se através da reflexão e verbalização das atividades da sessão, articulando e combinando com a criança o planeamento com as ideias de ambos, de modo a que o seu mundo seja também organizado;
- Introdução com o par: pois promove-se o sentimento de pertença, reforço, modelação e ensaio comportamental;
- Técnicas de relaxação.

Deste modo pretendeu-se com a IPM uma evolução ao longo da terapia. Segundo Bucher (1989), em que primeiro procura-se uma reafirmação afetiva e é nesta fase que atinge-se a confiança e há o desaparecimento ou diminuição das tensões, permitindo à criança encontrar de novo a disponibilidade necessária para as fases seguintes pretendidas (cit in Macêdo (2015)). A segunda fase, prendeu-se com a motivação orientada, essencialmente pela atividade motora, em que procurou-se a melhoria das possibilidades instrumentais conduzindo pouco a pouco a criança a criar um sentimento de si mesmo positivo e assim facilitar o início da 3ª fase. Nesta fase, com maior autonomia e com a confiança redobrada, a criança tende a tornar-se mais independente a nível afetivo e utiliza as suas aquisições noutros contextos (cit in Macêdo (2015)).

Indivíduo V (ANEXO H no CD)

Identificação: P.	
Género	Masculino
Data de nascimento	27/07/2009 (6 anos e 5 meses)
Ocupacional	1º Ano
Hipótese Diagnóstica	Perturbação do Espetro do Autismo – nível 1
Motivo de encaminhamento para a IPM	Défice na comunicação e contato; descoordenação motora
Data da entrevista aos cuidadores	02/05/2016
Nº de Sessão (após avaliação e até 30 Junho de 2016)	6 sessões

Tabela 8. Caracterização do Indivíduo V

Instrumentos de Avaliação: BASC; BPM e GOC. A DAP não foi possível ser utilizada como instrumento, dada às características pobres de simbolização do P., como é descrito abaixo.

Dados Familiares

Agregado familiar: pai e mãe.

História familiar: Pai, professor básico e secundário de matemática e mãe: administrativa, ambos com 35 anos e casados entre si.

Resultados da avaliação inicial

Relativamente à BASC, os pais observaram o menino dentro dos padrões aceitáveis, referindo que este mostra sinais de alguma preocupação e é um menino de fácil distração.

Relativamente aos fatores psicomotores (BPM) comprovou-se um perfil dispráxico. Quanto ao 1º fator, o P. apresenta dificuldades em realizar movimentos passivos, revela paratonias nos membros inferiores e as sincinesias são constantes em todas as provas realizadas. Nas provas de equilíbrio apresentou oscilações, reequilíbrios e reajustes das mãos nos quadris. Quanto à lateralidade mostrou preferência pelo lado direito. Revelou um bom entendimento somatognóstico, embora apresentasse distorções perceptivas na imitação de gestos e não realizou o desenho do corpo devido a dificuldades representativas “*não me posso desenhar nessa folha, não caibo aí*”. O P. apresentou dificuldades na planificação e sequenciação visuo-espacial, traduzindo numa fraca interiorização direcional e espacial. O P. revelou distonias e dispraxias, mais óbvias as dismetrias óculo-pedais. Quanto à sua motricidade fina, o P. mostrou agilidade digital razoável, demonstrando facilidade no planeamento micromotor e no controlo visuomotor.

No global, o seu comportamento (GOC) foi observável com uma imagem cuidada e uma postura eutónica. Perante a tarefa foi ativo e criativo mas com alguma agitação por querer mostrar todas as suas ideias, levando-o a desorganizar o pensamento. Verificaram-se organizações da comunicação e da relação, com um grande investimento no imaginário, sendo as atividades preferidas dele a criação de jogos relacionados com as suas fantasias (desenhos animados que vê), demonstrou alguma lentidão nesse mesmo processamento. O P. mostrou um discurso maturo, com um vocabulário rico. Respeitador das regras, lidou bem com a frustração, reagiu bem ao toque mas não o procurou, mantendo afetos superficiais. Desregulava facilmente quando não há estruturação na sessão.

Projeto Terapêutico

Tendo em conta os elementos critério e o seu perfil intra-individual (apresentados no ANEXO H no CD) foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Promoção da Tonicidade	- Consciencializar os estados tónicos; - Realizar movimentos alternados e simultâneos; - Melhorar a flexibilidades dos membros inferiores; - Reduzir as sincinesias.
	Promoção do Equilíbrio	- Promover a contenção, equilíbrios, controlo postural
	Promoção da Noção do Corpo	- Desenvolver a integração de si; - Promover a organização do esquema corporal; - Desenvolver a capacidade de análise e retenção visual de posturas e gestos no espaço.
	Promoção da Estruturação Espaço-temporal	- Estimular a previsão e planificação das ações; - Fortalecer a memória de trabalho visual e rítmica.
	Promoção da Praxia Global	- Executar ações oculo-manuais eficientes; - Fortalecer ações oculo-pedais.
Cognitivo	Promoção da atenção	- Manter a atenção durante a atividade.
	Promoção da Mentalização	- Utilizar diferentes objetos para diferentes significados: funcional e simbólico
Psicoafectivo	Promoção das Competências pessoais e sociais	- Cooperar com o outro; - Iniciar a intenção verbal e não-verbal de forma adequada.
	Promoção da empatia	- Ter prazer na relação.

Tabela 9. *Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo V*

Plano terapêutico

Foram realizadas sessões em par e com uma frequência semanal. A noção de esquema corporal e de imagem corporal resulta da relação que a criança estabelece com o outro e com o meio envolvente; a expressão motora (tanto sonora, como gestual, como plástica, como rítmica ou verbal) permite pensar sobre o corpo, tendo como intenção a emoção (que é o que a ação provoca no interior da criança) e o afeto

(estabelecimento de uma relação com o outro). O corpo vivido e sentido subjetivamente é reconhecido a partir de um outro ponto de vista, deste modo pode ser reconhecido utiliza a comparação com o corpo objetivo do outro (Martins, 2010).

Estratégias:

- Rotinas das sessões: antever e planear os movimentos necessários para a realização da atividade reforçando a planificação motora;
- Ordens diretas, claras e concretas;
- Jogos motivadores carregados de prazer/ emoção sempre com uma atitude empática e contentora de forma a estimular a apreciação motora do outro;
- Jogos psicomotores;
- Aumentar progressivamente os tempos de atenção;
- Iniciar e terminar sempre uma atividade antes de passar para outra;
- Jogo dramático: assume grande importância, pois coloca a criança em situações e alternância de papéis de forma a experimentar situações antigas ou passíveis de acontecerem, desenvolvendo estratégias suscetíveis para contextos reais.

Indivíduo VI (ANEXO I)

Identificação: L.	
Género	Masculino
Data de nascimento (idade atual)	04/07/2006 (9 anos e 10 meses)
Ocupacional	4º Ano
Hipótese Diagnóstica	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
Motivo de encaminhamento para a IPM	Desarmonia tónico-emocional (hipertonia), autorregulação comportamental comprometida (instabilidade) e desequilíbrio na sua autoimagem (baixa autoestima).
Data da Entrevista aos cuidadores	04/05/2016
Nº de Sessão (após avaliação e até 30 Junho de 2016)	5 sessões

Tabela 10. Caracterização do Indivíduo VI

Instrumentos de avaliação: BASC e GOC. A BPM não foi utilizada pela oposição à avaliação. O DAP não foi aplicado devido à resistência e negação de elaboração de atividades a nível grafomotor.

Dados Familiares

Agregado familiar: mãe, pai e irmã.

História familiar: mãe, de 30 anos, tem o 9º ano de escolaridade e encontra-se desempregada. O pai tem 35 anos, com o 7º ano de escolaridade é trabalhador da construção civil. A irmã tem 7 anos e é estudante. Moram num bairro social.

Resultados da avaliação inicial

Quanto à BASC, quantitativamente e qualitativamente os pais da mesma opinião, referindo que o L. preocupa-se Sempre, com o que os pais pensam, os professores e as tarefas de casa e tem medo de morrer. Os mesmos referem que o L. frequentemente é tímido, chora facilmente, esforça-se muito para agradar o outro e tem dores de cabeça,). Observa-se problemas interiorizados (ansiedade, depressão, somatização). Apesar disso os pais não mostram queixa no seu comportamento escolar e referem ter competência adaptativas.

No seu questionário, o L. mencionou ter muitos pesadelos, ser nervoso, ter medos e os seus sentimentos são facilmente feridos, assim revelou um défice no ajustamento pessoal (relações interpessoais, autoestima, autoconfiança). Mas indica gosto pela escola e de si e, sente o carinho que os pais têm por ele. O L. não refere como verdadeiro a inadaptação escolar (possível desconfiança inicial no terapeuta).

A nível comportamental (GOC), o L. apresentou um aspeto mesomorfo e com uma forma de apresentação inibida inicialmente e um tanto ansioso, mas que ao longo da sessão ia desaparecendo, mostrando-se cooperante e motivado para a tarefa. Mostrou uma postura e um discurso imaturo, com muitos sorrisos tónico-emocionais. Na sala explorou todos os materiais, mas prefere e procura sempre o jogo de "guerra" de bolas. Ao longo desta "guerra" o L. exteriorizava as suas pulsões, tanto a mostrar a forma como se defende, como por vezes, verbalmente, referindo-se ao rufia que tem na escola ou ao desgosto pela escola e quando fala dos colegas de turma refere gostar de um menino e "*o resto odeio*" (sic.). As bolas, passam assim, a representar um substituto simbólico de uma qualquer pessoa com a qual é possível estabelecer uma relação afetiva (Vecchiato, 2003), transmitindo segurança e reciprocidade na sua utilização, associado a uma impulsividade de agir, de uma agressividade contida. Foi respeitador tanto com o terapeuta como com as regras, cumprindo com satisfação. Todas as sessões de observação foram em volta da piscina de bolas, em que progressivamente quis mostrar mais a sua defesa do que o seu ataque. Ocorreu uma tentativa de introduzir momento de relaxação, mas o L. mostrou dificuldades, resistindo a esse momento, revelando fuga constante ao seu pensamento. Nas sessões rejeita a expressão gráfica ("*não sou bom*"; "*não gosto*").

Relativamente aos aspetos psicomotores (observado em sessões espontâneas) o L. apresentou uma adequada coordenação de movimentos ao nível dos membros superiores e inferiores. Quanto à lateralidade revelou preferência dextra. Ao observar a sua tonicidade, comprovou-se a sua agitação motora, não aderindo à passividade, e nos momentos de retorno à calma, procura sempre o movimento para a reflexão vivida. A

criança hipertônica apresenta uma certa carência afetiva, uma vez que é sujeita a reações de ansiedade e atitudes de rejeição, devido à sua exagerada produção motora (Fonseca, 1998). O mesmo autor refere que neste contexto compreende-se que a função tónica está ligada a todas as manifestações de ordem afetiva, emotiva, cognitiva e motora (Fonseca, 1998).

Importa referir que o L. é um menino que aparenta alegria na realização da única atividade à qual procura, mas nos restantes momentos revela alguma tristeza, nomeadamente durante o seu discurso ou na presença dos pais, ficando com um discurso dicotómico (sim/não).

Projeto Terapêutico

Tendo em conta os elementos critério e o seu perfil intra-individual (apresentados no ANEXO I no CD) foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Cognitiva	Promoção da Criatividade	- Encontrar várias estratégias para resolver um problema.
	Promoção da Mentalização	- Atribuir significado simbólico às sensações sentidas.
Psicoafetiva	Promoção das Competências pessoais e sociais	- Diminuir comportamentos impulsivos; - Cooperar em situações de desconforto pessoal
	Promoção da Autoestima	- Aumentar a valorização e sentimento de competência; - Identificar qualidades afetivas ou não afetivas em si mesmo.
Psicomotor	Promoção da Tonicidade	- Consciencialização dos estados tónicos; - Promover a relaxação voluntária.

Tabela 11. *Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo VI*

Plano terapêutico

Geralmente, crianças com hiperatividade são pouco sensíveis à psicoterapia verbal, devido à descontinuidade do seu pensamento, à agitação constante e à falta de interesse pelas trocas verbais e pelas expressões representativas como o desenho e, a psicomotricidade surge, assim, como uma possibilidade terapêutica (Martins, 2008). No que respeita à intervenção psicomotora com crianças com hiperatividade, Schnydrig (1994, cit in Martins & Rosa, 2005) assinala a importância dos jogos funcionais ou sensoriomotores, jogos de construção para uma maior adaptação à realidade, jogos de regras que valorizam a componente social e promovem o desenvolvimento da cooperação e descentração, e o jogo simbólico que favorece a passagem do nível sensoriomotor para o nível de representação, assim como permitem ao Eu eliminar conflitos ou medos de vivências adversas.

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.

Estratégias:

- Atividades que exijam dispêndio de energia: de modo a ajudar a criança a agir de forma construtiva diminuindo a necessidade de movimento, e preparando a criança para atividades com maior exigência ao nível da concentração (Martins & Rosa, 2005);
- Planeamento e organização do ato motor: são essenciais ao conhecimento das possibilidades de ação (Martins & Rosa, 2005; Costa, 2008; Martins, 2008);
- Promover situações de role-playing, de partilha e de cooperação e progressivamente de resolução de problemas;
- Promover a tomada de consciência corporal e sua aceitação;
- Técnicas de respiração, promovendo momentos de prazer com o seu corpo, e de preparação para a evoluir para técnicas de relaxação.

Individuo VII (ANEXO J)

Identificação: D.	
Género:	Masculino
Data de nascimento:	28/12/2010 (5 anos e 4 meses)
Ocupacional:	Pré-escolar
Hipótese Diagnóstica:	Atraso Global do Desenvolvimento
Motivo de encaminhamento para a IPM:	Atraso no desenvolvimento psicomotor e défice na gestão do processo de atenção

Data da Entrevista aos cuidadores:	09/05/2016
Nº de Sessão (após avaliação e até 30 Junho de 2016)	4 sessões

Tabela 12. Caracterização do Indivíduo VII

Instrumentos de Avaliação: BASC, BPM, DAP e GOC.

Dados Familiares

Agregado familiar: mãe e pai.

História familiar: mãe, 34 anos é professora de ciências/matemática. Pai, 38 anos e é lavrador. Ambos encontram-se casados entre si.

Resultados da avaliação inicial

Na BASC os resultados mais preocupante por parte dos pais foram os que se prendiam com a sua fraca concentração e autoconceito (menino distraído e nervoso). A educadora reforçou a ideia do nervosismo do D., referindo um menino medroso e que apresenta um choro fácil.

Quanto aos fatores psicomotores (BPM) o D. revelou um perfil Dispráxico. Observou-se sinais distónicos óbvios, característicos da sua hipertonia e alguma rigidez muscular dos seus membros superiores e inferiores. Mostrou grande dificuldade em manter um controlo postural preciso, acusando sinais de uma insegurança gravitacional estática e dinâmica. A insegurança gravitacional gerava instabilidade emocional, hiperatividade, ansiedade e distrabilidade, demonstrando o D. uma notória expressão de hiperatividade estática e constantes distonias faciais. Revelou uma preferência destra, embora a sua Lateralidade não esteja ainda adquirida. Apresentou dificuldades no reconhecimento da direita e da esquerda, com uma pobre autoimagem. Toda a sua estruturação no espaço e no tempo estavam comprometidas, revelando dificuldades em orientar-se no espaço e na memória visual e auditiva. Revelou distonias e dispraxias, sendo muitas óbvias as dismetrias durante a prova óculo- manual e pedal. Na prova óculo-manual conseguiu realizar os movimentos, no entanto apresentou constantes reações tónico-emocionais, não planeando o movimento. Foram perceptíveis algumas disquinésias e dissincronias. Voltou a mostrar o seu tique (aceno) em momentos em que tinha de expressar uma ideia mais complexa ou num movimento mais complexo – reações tónico-emocionais. Durante a realização das atividades o D. revelou fraca tolerância à frustração, pois quando não conseguia realizar a tarefa apareciam descargas motoras agressivas.

Verificou-se distúrbios Psicomotores, também designadas de paratonias (incapacidade ou impossibilidade de descontração voluntária, afetando a adequação, plasticidade e melodia do movimento) (Fonseca & Martins, 2001).

Neste caso, as assimetrias foram visíveis, expondo claramente, a função de dominância a nível da lateralização, com as suas respetivas implicações na praxia fina. A persistência de reações tónico-emocionais, como movimentos faciais exagerados, gesticulações, tiques, bloqueios respiratórios, instabilidade e impulsividade, defensividade tátil, entre outros, são declaradamente indicativos de uma disfunção tónica.

No desenho da figura humana, os resultados situaram-se abaixo dos parâmetros normais para a sua faixa etária. O ideograma é muito pobre, o traço revela falta de pressão e falta de controlo na motricidade fina.

Quanto ao seu comportamento (GOC), o D. apresenta um aspeto ectomorfo, cuidado, com uma postura hipercinética, revelado pela sua desorganização nas brincadeiras. Mostrou motivação nas dinâmicas, iniciativa e deu sugestões. Revelou ser uma criança alegre, explorador do espaço e muito comunicativa, apesar de demonstrar dificuldades na comunicação verbal, mais precisamente no processamento de frases/ideias (desordem na planificação e organização do pensamento). Ao longo das sessões de observação, percebeu-se que o D. tem preferência pelo jogo simbólico, de construção de “casas” com o material e de *roll-playing*. Verificou-se comportamentos de marcada irrequietude motora e constante dispersão atencional e, mediante o reforço, focaliza a atenção para o estímulo pretendido.

Deste modo o D. apresentou um corpo dispráxico, ou seja, tem dificuldades em idealizar, criar, iniciar, planear, sequenciar, modificar e executar as ações.

Projeto Terapêutico

Tendo em conta os elementos critério e o seu perfil intra-individual (apresentados no ANEXO J no CD) foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

Objetivos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o grau de descontração voluntária; - Consciencialização dos estados tónicos; - Aumentar a coordenação e a dissociação dos membros; - Reduzir as sincinesias
	Equilibração	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de inibir voluntariamente qualquer movimento durante um curto lapso de tempo; - Melhorar o equilíbrio dinâmico;

		- Promover a contenção, equilíbrios, controlo postural
	Lateralização	- Executar ações com o membro dominante.
	Noção do corpo	- Sentido cinestésico; - Identificar direita e esquerda no próprio e no outro; - Melhorar a integração perceptiva, consciente e cognitiva do seu corpo.
	Estruturação espaço-tempo	- Capacidade de orientação no espaço (organizar as ideias); - Fortalecer a memória de trabalho visual e rítmica na simbolização da experiência motora.
	Praxia global	- Estimular a realização de movimentos eumétricos; - Reforçar a planificação motora.
	Praxia fina	- Coordenação dinâmica manual; - Promover movimentos finos com precisão e rapidez
Cognitiva	Atenção	- Promover a capacidade de seletiva nos diferentes estímulos
	Memória	- Promover a memória a curto/ longo-prazo.
	Mentalização	- Promover a planificação.
Psicoafetivo	Autoestima	- Aumentar o sentimento de competência.

Tabela 13. *Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo VII*

Para Fonseca (1998), a presença de movimentos da cabeça mais incessantes e menos inibidos, perda de direção e de orientação posturo-espacial, marcha controlada pesada e rígida, alargamento da base de sustentação, movimentos de compensação dos braços mais amplos, re-equilíbrios, reacções tónico-emocionais, entre outros, são explicitamente sinais atípicos de desintegração sensorial e psicomotora. A existência de sinais tónicos desviantes ou atípicos, paratonias, sincinésias, disdiadococinésias, entre outros, a nível dos membros superiores poderá revelar ligeiras alterações maturacionais na lei próximo-distal, que se traduziram em problemas de desenvolvimento da preensão. A frequência desses sinais e das suas assimetrias podem refletir-se ao nível da lateralização e da praxia global.

Plano terapêutico

Realizaram-se sessões individuais e semanais. As sessões individuais justificam-se quando se verifica a existência de um bloqueio relacional na criança,

observando-se uma enorme necessidade de descoberta de sensações e dela própria (Rodrigues et al. 2001).

Para fazer face aos défices no tratamento de informação, a psicomotricidade pode atuar ao nível da codificação e decodificação dos dados provenientes do próprio corpo e do mundo exterior, em termos verbais, visuo-espaciais e tátilo-quinestésicos; na planificação e organização espacial ou temporal do uso do objeto, na sequencialização, análise da ação e modificação da estratégia; na inibição e controlo do movimento (Martins & Rosa, 2005).

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).

As atividades deverão envolver dispêndio de energia, de modo a preparar a criança para tarefas que exijam maior nível de concentração; jogos de inibição; atividades de controlo dinâmico do próprio corpo; atividades de implicação operacional do indivíduo; para focalização da atenção: jogos de labirintos, puzzles, procura de imagens idênticas, busca de detalhes num desenho, pesquisa de detalhes sonoros, etc. (Liêvre & Staes, 2012).

Estratégias

- Realização de jogo de previsão e organização,
- Verificar se a ação está de encontro com o objetivo,
- Iniciar tarefas curtas (fáceis de memorizar),
- Reproduzir o exercício verbalmente, no final das sessões fazer uma rechamada da mesma, melhorando as representações do movimento,
- Promover a consciencialização corporal (relaxação de jaques choque), técnicas de respiração, e de preparação para a evoluir para técnicas de relaxação,
- Aumentar o tempo de espera para iniciar cada dinâmica.

Para o domínio psicoafectivo a estratégia a utilizar é o reforço á autoconfiança, valorizando a criança não só pelos seus êxitos corporais, mas também pelas suas capacidades relacionais, afetivas e criadoras.

3.2.2. Indivíduos com Maior Período de Intervenção

Individuo III (ANEXO F)

Identificação: M.	
Género:	Masculino

Data de nascimento:	13/09/2010 (5 anos e 5 meses)
Ocupacional:	Pré-escola
Hipótese Diagnóstica:	Atraso psicomotor
Motivo de encaminhamento para a IPM:	Descoordenação grossa e fina
Data da Entrevista aos cuidadores:	11/02/2016
Nº de Sessão (até 30 Junho de 2016)	16 sessões

Tabela 14. Caracterização do Indivíduo III

Instrumentos de Avaliação: BPM e GOC.

Dados Familiares

Agregado familiar: mãe e pai.

História familiar: a mãe é enfermeira e tem 36 anos e o pai é técnico de informática (trabalha por turno) e tem 38 anos. Encontram-se casados entre si. Mãe apresenta uma postura ansiosa. Expõe-se como a mais permissiva entre o casal, explicando que por vezes intervém para que o M. e o pai tenham uma melhor relação.

Resultados da avaliação inicial

Ao nível da BPM, verificaram-se dificuldades ao nível da iniciação de atividades desinteressantes para o M., comprometendo consequentemente a eficácia pretendida. Observou-se dificuldades nos fatores psicotores base (Tonicidade e a Equilíbrio), relacionados com o controlo emocional, o que reforça a ideia do comprometimento nas funções executivas do M. e, consequentemente, no seu autocontrolo. Não apresentou o reconhecimento imediato da direita e da esquerda, o que reflete uma fraca noção do esquema corporal e da sua imagem corporal, podendo comprometer as aprendizagens.

Analisando o seu comportamento em sessão (GOC) o M. apresentou um contato adequado, com uma aparência cuidada, mas com um desenvolvimento estato-ponderal superior para a idade. Foi um menino explorador, que aceitou as normas e rotinas e teve iniciativa. O M. procurou espontaneamente jogos agressivos (guerra de bolas), com pouca elaboração, no entanto conseguiu integrar brincadeiras estruturadas, propostas por outro, desde que sejam também jogos da sua preferência; preferiu a exploração motora livre do espaço com o objetivo de libertar de tensões (descarga) - revelou uma procura de sensações primordiais, sem elaboração emocional e, consequentemente, da autorregulação.

Nas sessões com o M., este mostrou preferência no jogo de reassuramento profundo, ou seja, na exploração motora livre do espaço com o objetivo de libertar de tensões e diminuição da agressividade.

Projeto Terapêutico

Tendo em conta os elementos critério e o seu perfil intra-individual (apresentados no ANEXO F no CD) foram estabelecidos os seguintes objetivos de intervenção psicomotora:

Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Promoção da Tonicidade	- Estimular a organização tónica (organizar a tensão muscular de acordo com a atividade);
	Promoção do Equilíbrio	Promover a contenção, equilíbrios, controlo postural
	Promoção da Lateralidade	Executar ações com o membro dominante
	Promoção da Noção do Corpo	- Integrar percetiva, consciente e cognitivamente o seu corpo; - Desenvolver as noções espaciais básicas; - Maximizar a capacidade de análise e retenção visual de posturas e gestos no espaço; - Desenvolver o reconhecimento da direita e esquerda (noções básicas espaciais).
	Promoção da Estruturação Espaço-temporal	- Fortalecer a memória de trabalho visual e rítmica na simbolização da experiência motora; - Maximizar a capacidade de análise e retenção visual de posturas e gestos no espaço.
	Promoção da Praxia Global	- Reforçar a planificação motora; - Estimular a adaptação visoespacial e

		visocinestésica dos movimentos; - Estimular a realização de movimento eumétricos; - Reforçar o controlo da impulsividade.
Cognitivo	Promoção da atenção	- Atenção/percepção visual, oral e manipulativa; - Desenvolver a atenção seletiva;
	Mentalização	- Selecionar uma estratégia para resolver um problema; - Elaborar um plano antes da ação; - Atribuir um significado simbólico ao corpo em ação (nomear as emoções).
Psicoafetivo	Promoção as competências Pessoais	- Diminuir comportamentos impulsivos; - Tolerar a frustração.

Tabela 15. *Objetivos Terapêuticos para o Indivíduo III*

Os objetivos a ser trabalhados irão de encontro para uma finalidade maior: a consciencialização do próprio corpo, como consequência de uma melhoria na atenção/contração; uma melhoraria na coordenação dos movimentos e na obtenção de maior destreza e precisão manual; e uma diminuição na frustração face às dificuldades que surgirão. Pois o sistema inibitório é um dos mecanismos da função atencional que favorece a exclusão dos estímulos que não interessam ao objetivo atual (cit in. Paleari (2013)).

Plano terapêutico

Serão realizadas sessões semanais e individuais.

Nas sessões com o M., iniciar com dinâmica preferencial, mais ativa e de seguida há a tentativa de um retorno à calma, através da representação plástica, gráfica ou verbal, no quadro ou em papel.

Para justificar o início de uma intervenção iniciada pelas bases dos fatores: muito mais que a falta de capacidades de motricidade fina, a falta de imagens interiores é a principal causa do pouco jeito de pintar (Binder et Michaelis, 2002).

Nas sessões com o M., este mostrou preferência no jogo de reassseguramento profundo, ou seja, na exploração motora livre do espaço com o objetivo de libertar de tensões e diminuição da agressividade. Após essa dinâmica há a tentativa de um retorno à calma, através da representação plástica, gráfica ou verbal, no quadro ou em papel.

Tendo em conta que algumas funções executivas, tais como a memória, a capacidade de planeamento e organização e capacidade de elaborar estratégias e de focar e manter a atenção, encontram-se comprometidas são utilizadas estratégias como:

- Rotinas;
- Antever e planear os movimentos necessários para a realização da atividade;
- Delinear exercícios com objetivos simples, estruturados e breves;
- Exercícios motivadores (temas do seu interesse);
- Circuitos motores sob forma de desenvolver os fatores psicomotores (eg. explorar no espaço a forma das letras, contornando-as pé ante pé);
- Autoinstrução: Verbalizar as atividades vividas, promover a autoregulação;
- Aumentar progressivamente os tempos de atenção;
- Iniciar e terminar sempre um atividade antes de passar para outra.

Resultados das Reavaliações

Na tabela abaixo mostra-se os resultados da avaliação dos fatores psicomotores, antes (Fevereiro) e depois (Maio) da IPM, antes de inserir o M. num grupo.

		UNIDADES CEREBRIAS								
		1ª UNIDADE		2ª UNIDADE			3ª UNIDADE			
FATORES		Tonicidade	Equilíbrio	Lateralização	Noção do Corpo	Estruturação	Espácio- Temporal	Práxia Global	Práxia Fina	Pontuação Total
Cotação	Antes	2	1,5	3	2	1	2	1,25		13
	Depois	2,5	1,75	3	2	1,6	2	1,75		14,6

Tabela 16. Avaliação inicial e final dos fatores psicomotores do Indivíduo III

O trabalho na sala focou-se na promoção da praxia fina e da pega tripodal, uma vez que esta era uma preocupação da mãe e da professora. Este trabalho foi realizado

essencialmente através de atividades de expressão e criatividade, como modelação de plasticina e utilização de tintas, que segundo Costa, 2008 promovem também a autoconfiança na criança e reforçam a autoestima.

Pode-se observar na tabela dos fatores psicomotores uma melhoria na tonicidade, mais concretamente na passividade e redução de paratonias e apesar de ainda verificar-se dificuldades no equilíbrio, o M. apresenta maior tempo de imobilidade. Relativamente à noção do corpo ainda tende a ter dificuldades em aprender e memorizar o reconhecimento do lado esquerdo e direita. Apresentar uma preferência destra, não revela noção do espaço e tempo, mais propriamente nas dimensões espaciais. Deste modo, a última unidade ainda apresenta-se comprometida, apresentando ainda movimento descoordenados, embora mostre tentativa de planeamento do movimento antes de o realizar. Apesar disso, a pinça encontra-se melhor, refletindo no desenvolvimento da praxia fina. Percebe-se que a falta de atenção e conseqüentemente de memorização compromete os resultados das atividade realizadas pelo M..

Deste modo, numa primeira fase trabalhou-se os aspetos da praxia fina e das capacidades atencionais. Estes aspetos foram trabalhados através de jogos como por exemplo o “mikado”, o “quatro em linha”, a “espuma no espelho”. Também numa primeira fase foi trabalhada a consciência do corpo e da sua posição no espaço. Estes aspetos foram trabalhados através de atividades como os “carrinhos”, “coelho e caçador”, “o mapa da sala” e a “macaca”, através de jogos simbólicos. Procurou-se organizar o percurso dessas mesmas fantasias, através do planeamento e da arquitetura do pensamento de modo a haver coerência, procurou-se também focalizar a atenção na atividade assim como a permanência na mesma sem fuga e dispersão para outra atividade. Pois segundo Costa (2008), nas crianças agitadas que saltam de atividade em atividade é importante “*melhorar a consciencialização da ação, pela leitura das situações, promovendo o pensar, e para isso, estimulamos o planear o organizar o ato, fazer projetos, prever e antecipar as ações e as conseqüências*” e em crianças com alterações do comportamentos, segundo o mesmo autor, é importante aumentar o tempo na tarefa de modo organizado.

No percurso de Fevereiro a Maio (ANEXO I), as sessões eram individuais, ao início deixou-se a criança exteriorizar as suas vontades e ideias, no entanto com alguma desorganização. O M. referia o nome do jogo, inventava “armas” novas, e a terapeuta impunha as regras nos nossos planeamentos no início da sessão não tinham apenas jogos deste tipo, a terapeuta e o M. negociavam as atividades e habitualmente o menino aceitava bem as sugestões do outro. Assim também jogou-se circuitos psicomotores, embora o investimento fosse sempre menor por parte do M.. Dado à sua disponibilidade relacional e aos objetivos terapêuticos, em Junho decidiu-se juntar ao M. o Indivíduo II

(o P.), um menino que apresentava igualmente dificuldades psicomotoras, mas que contrariamente ao M., tinha fracas competências sociais e apresentava um maior nível cognitivo, numa tentativa de inter-relacionar as ausências um do outro. Durante o mês de Junho o M. mostrou melhorias na atenção e na permanência nas atividades, percebendo-se a influência do outro. Durante as atividades já não se dispersava e vagueiava, mostrando-se mais focado no que se estava a decorrer, demonstrando seguir o planeamento, organizando-se melhor no tempo e no espaço.

3.3. Descrição dos estudos de caso

Neste ponto descreve-se o desenrolar de dois casos de estudo, ao longo da intervenção psicomotora. É exposto as avaliações a que se recorreram, os seus resultados, o planeamento terapêutico e por fim a avaliação final e a discussão desses mesmos resultados. Entram-se nos ANEXOS J e L todo o percurso destes dois casos.

Optou-se por estes dois casos específicos devido, à diferença da Intervenção Psicomotora em idades muito distantes, e à reflexão que surgiu, pela similaridade de objetivos terapêuticos a trabalhar, dada a expressão comportamental e organização psicomotora dos dois utentes.

3.3.1. Estudo de Caso I

Identificação (ANEXO D)

Nome: Indivíduo I (A.)

Data de Nascimento: 11/03/2014
meses

Idade atual: 1 ano e 9

Informação de sinalização/ referenciamento: com uma Hipótese Diagnóstica de uma Perturbação na comunicação, os pais do A. referem uma perda de aquisições, nomeadamente na linguagem e na procura de relação com o outro, aos 15 meses.

É referenciado para a psicomotricidade pelas suas dificuldades na expressão verbal e não-verbal.

Instrumentos de avaliação:

- Entrevista Clínica semiestruturada aos pais da criança;
- Grelha de Observação adaptada, com base do desenvolvimento da comunicação e da Grelha de Observação Comportamental (GOC), pois observa o indivíduo como um todo na interação, comunicação e interesses.

Dados anamnésicos: A informação que se segue foi baseada numa entrevista clínica semiestruturada aos pais do A..

Dados Familiares

Agregado familiar: Mãe, pai, irmã gémea, meio-irmão e meia-irmã maternos.

História familiar: a mãe tem 42 anos e é promotora de seguros. O pai tem 37 anos e é escriturário e encontram-se casados entre si. A irmã gémea encontra-se com um desenvolvimento competente tanto a nível motor como a nível emocional/social. O meio-irmão tem 15 anos e a meia-irmã 8 anos e ambos estudam.

Dados de Desenvolvimento

Gravidez e Nascimento: A gravidez foi planeada e desejada por ambos. Foi uma gravidez considerada de risco, apresentando algumas perdas de sangue. Após 36 semanas, o A. e a irmã gémea, nasceram por cesariana, tendo o A. um resultado de 9/10 no Apgar.

Alimentação: come bem, aprecia muito os alimentos.

Desenvolvimento Psicomotor: aos 17 meses começou a andar

Desenvolvimento da linguagem: aos 13 meses parecia já dizer alguns vocábulos, mas aos 15 meses retrocedeu, utiliza linguagem verbal através de vocalizações não perceptíveis.

Desenvolvimento social/emocional: Era um bebé que manifestava sinais de prazer e desprazer, pedia colo e seguia o olhar. Nos primeiros meses de vida foi cuidado pela mãe e, aos 8 meses, foi colocado num colégio, ao qual reagiu mal e por decisão dos pais passaram-no para uma ama, onde encontra-se até à presente data. Por volta dos 15 meses começou a desviar o olhar, a não responder ao seu nome. O A. por vezes acorda de madrugada e produz sons durante um longo período de tempo.

Autonomia: necessita de todo o apoio. Usa fralda.

Acompanhamento clínico: o A. tem bronquite e alergias. Toma singular (em SOS).

Características/ gostos e interesses: deambular, rodar o corpo.

Apresentação dos Resultados Iniciais

O A. apresentou um aspeto mesomorfo, com uma postura correta, eutónica e com uma imagem cuidada. Não revelou angústia ao estranho e não respondia à evocação do seu nome. Teve um contato evitante e não manteve o contato ocular. Observou-se também desinteresse pelo objeto e pelo outro, ocupando todo o tempo da

sessão a deambular autonomamente pela sala, parecendo estar a explorar as sensações, explorando com os pés a diferença da rigidez e da temperatura entre o chão e o colchão e os ajustes tónico-posturais. Revelou não ter desenvolvido a sua comunicação verbal e não-verbal, apenas experiencia os sons, sem qualquer intenção aparente.

Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

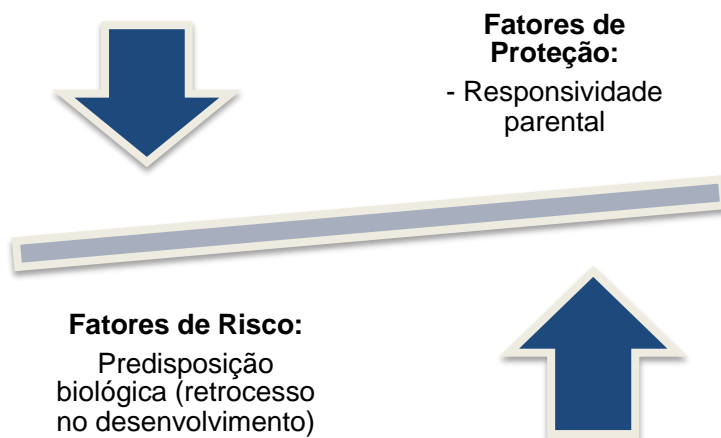


Gráfico 1. Fatores de Risco e de Proteção do Indivíduo I

Analisando as preocupações dos pais, a história e os comportamentos de A., denotou-se uma hipótese explicativa como uma perturbação da comunicação e da linguagem (APA, 2013), pois esta perturbação tem como características nucleares a anomalia qualitativa na comunicação e na interação social.

Perfil Intra-individual

Áreas fortes	Áreas fracas
Investimento sensorial	Disponibilidade relacional
	Contato visual
	Linguagem recessiva e expressiva
	Atenção

Tabela 17. Áreas Fortes e Áreas Fracas do Indivíduo I

Projeto Terapêutico

Segundo Boscaini (2003), a linguagem do corpo surge primeiro que a palavra, um défice expressivo e comunicativo implica como prioridade na intervenção psicomotora um trabalho corporal. Sem uma atmosfera afetiva, lúdica e relacional, a

interação e a comunicação não se desenvolvem favoravelmente. Como refere Fonseca (1998), não adiantará resolver os problemas de aprendizagem e da comunicação, se os problemas da relação não forem superados.

Perante o que fora descrito, foi avançado um projeto terapêutico, propondo-se para uma boa funcionalidade da criança, orientadas e dirigidas, como fim de um bem-estar biopsicossocial e desta forma promover um futuro seguro à criança.

Objetivos terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Iniciação da Noção do Corpo	- Integrar percetiva, consciente e cognitivamente o seu corpo; - Imitação de gestos.
Psicoafetivo	Promoção de uma relação prazerosa	. Procurar o outro afetivo;
Cognitivo	Promoção sensorial (propriocevidade)	- Estimular os recetores sensoriais (narração verbal das sensações).
	Promoção da mentalização	- Desenvolver a representação.
	Atenção	- Promover a atenção seletiva

Tabela 18. Objetivos Terapeuticos para o Individuo I

Plano Terapêutico

Prevê-se sessões semanais e individuais. Utilizar a sua preferência no jogo sensoriomotor para promover o principal objetivo e desenvolver o diálogo tónico-emocional (dar prazer ao toque com uma atitude emocional). A referenciação de todos os seus movimentos através da consciencialização das situações pela palavra e mimica (imitação), apontar e dirigir o olhar na intenção, sendo sempre responsivo e não estimulante, funcionando em espelho. Dessas perceções/sensações espera-se que dê lugar às representações e deste modo a criança desenvolverá a organização da sua identidade, pois uma criança para comunicar necessita ter uma identidade (Costa, 2008). É a formação do EU-corporal que permite lidar com as angústias primitivas e permite reconhecer as emoções e presença do outro (Vidigal, 2010).

Segundo Marques (1998), um dos primeiros objetivos terapêuticos será portanto fornecer à criança experiências interativas que lhe permitam organizar um sentimento de si própria como indivíduo capaz de se relacionar com intencionalidade e reciprocidade na comunicação; mobilizar a sua atenção suspensa no estado autístico (cit in. Santos et all. (s.d.).

A noção do corpo funcionará como representações sensoriomotras do corpo próprio, desenvolvidas pelas ações e vivência do corpo pelas respetivas sensações e afetos atribuídos e retidos na memória. As perceções apoiam-se na experimentação de sensações e a memória intervém na subjetividade e interioridade ligada às representações das sensações, com valor significativo (Martins, 2010).

Além disso, perante um défice cognitivo, a psicomotricidade poderá utilizar o corpo como veículo para desenvolver os esquemas sensórios-motores, de forma a promover a organização perceptiva e os alicerces pensamento simbólico e concetual (Martins, 2010). O facto de existir uma grande variedade de estímulos, os processos atencionais são importantes para o esclarecimento dos diferentes objetos.

Estratégias:

- Seguir a espontaneidade da criança e atribuir significado a pequenos sinais como um gesto, um olhar, de modo que estes possam adquirir um sentido de comunicação (apontar, dirigir o olhar na intenção);
- Recorrer a formas muito primitivas de comunicação (imitar);
- Referenciar todos os seus movimentos;
- Criar um envolvimento emocional e prazeroso;
- Ter em atenção o tom de voz, os estímulos visuais ou táteis que possam ultrapassar o limiar suportável pela criança e desencadear comportamentos de retirada.
- Relativamente aos pais, estes podem estar presentes nas sessões para começarem a entender melhor as reações e conseguir uma leitura mais contingente dos sinais afetivos do seu filho.

Calendarização

Abaixo é apresentado os modelos que seguiu-se na IPM do A.. Primeiramente escolheu-se um modelo com jogos relacionais de forma a promover o interesse no outro, ou seja, fazer com o outro seja o objeto preferencial. Na segunda fase, pretendeu-se introduzir jogos sensoriomotores para dar início à perceção e desta forma promover um EU corporal e dar introdução à perceções, desenvolvendo assim a mentalização.

Dezembro – Janeiro	Fevereiro – Maio	Junho
Avaliação Inicial Jogos relacionais	Jogos sensoriomotores	Avaliação Final

Tabela 19. Calendarização da IPM no Indivíduo I

Prevê-se 27 sessões semanais e individuais, às segundas-feiras, das 9h00 às 9h30, de 14 de Dezembro de 2015 a 27 de Junho de 2016.

Resultados do processo de intervenção

Abaixo apresento a grelha de observação dos comportamentos adaptada aos comportamentos de comunicação (Rodríguez e Llinares (2008)) e dos comportamentos psicomotores (GOC) e que são objetivo terapêuticos do A., sendo numa escala de frequência (N- nunca, A- Algumas vezes, F- Frequentemente e S- Smepre). As cruzes vermelhas são os resultados iniciais e a verde os comportamentos finais observáveis.

		N	A	F	S
Comunicação e linguagem	Dirige o olhar	X		X	
	Reage ao chamamento pelo nome	X	X		
	Sorriso e expressão facial (linguagem emocional)	X		X	
	Aponta (linguagem gestual)	XX			
	Inicia ciclos de comunicação	X		X	
	Uso da palavra com atributo simbólico (linguagem falada)	XX			
Sons e vocábulos	Sons referentes ao bem-estar e desprazer		X	X	
	Descobre os sons (guinchos)		X	X	
	Lalações (musicalidade de conversas)	X	X		
	Neologismos (sons aceites pelos pais)	XX			
	Palavra-chave	XX			
Qualidade de relação com o terapeuta	Iniciativa	X		X	
	Transferência e contratransferência emocionais	X		X	
	Agressividade	X	X		
	Lidar com a frustração		X		
Qualidade de relação com os objetos	Reage aos sons		XX		
	Iniciativa		X		
	Imaginação	XX			
Qualidade das execuções motoras	Agitação motora			X	X
	Planeamento motor	XX			
	Estereotipias		X		X
Atenção e manutenção de tarefa		X	X		
Memória		X	X		

Tabela 20. Avaliação comportamental do Indivíduo I: inicial e final

X- Início X - Fim

Sumariamente, ao longo da intervenção, procurou-se promover o envolvimento afetivo e sensorial, fazendo uma leitura do funcionamento sensorial de forma a regular

o tónus. Ao longo da intervenção observou-se o aparecimento de estereotípias. As estereotípias são um desequilíbrio entre a dimensão tónico-emocional e as capacidades instrumentais, isto é, um estável esquema sensoriomotor (Martins, 2010), neste caso o A. a nível sensoriomotor encontra-se mais instável. Isso pode dever-se à expansão emocional em que o A. encontra-se e ainda não conseguir integrar um significado.

O A. desenvolveu o contato ocular, procura o outro, iniciando ciclos de comunicação corporais. Segundo Navarro (2008) a inclinação do corpo na direção do outro é sinal de conforto na interação, é um sinal de abertura no relacionamento. Ainda segundo este autor, os comportamentos límbicos não-verbais do tronco, como inclinar-se na direção do outro significam que estamos conscientemente a contemplar o que o outro diz.

Discussão dos Resultados

O modelo de intervenção foi de encontro ao prazer do sentir corporal de forma a perceber as sensações, para que, progressivamente, a motricidade dê possibilidade à representação. Neste processo interativo que surge o “pedido” do Ser, e o modo como o Ser (o indivíduo, o bebé) veicula o pedido modifica-se ao longo do desenvolvimento do processo de comunicação. Existe um sujeito cujo Eu cognitivo é, primeiramente um Eu corporal e a motricidade possui, assim, o poder de elemento de dar um sentido, a partir do qual se desenvolvem todas as significações, no domínio do espaço representado (representação) (Costa, 2008).

Geneticamente a linguagem do corpo vem primeiro do que a palavra, a Psicomotricidade adota como prioridade um trabalho corporal primeiro (Bosconi, 2004), assim, a demonstração é possível de ser utilizada como estratégia de apresentação de uma possibilidade de ação, evitando contudo a imitação e favorecendo a capacidade reflexiva e imaginária da criança (Martins, 2001).

O objeto pode interiorizar um conjunto de sensações, que constituem representações da sua existência, e a consciência da minha própria existência é possível pelo sentimento de permanência das sensações corporais, que permitem interiorizar o objeto (Martins, 2010).

A Psicomotricidade deu espaço ao corpo agido, de forma a favorecer a estabilização entre a relação afetiva e funcional com próprio corpo e com os outros, com o objetivo de adquirir um controlo do corpo, controlo das emoções e da realidade (Bosconi, 2004), ou seja, através do prazer sensorio motor ou do movimento procura-se promover o bem-estar sensorio motor através de descarga de tensões e comunicar através do corpo e do movimento.

Rodríguez e Llinares (2008) baseando-se em Aucouturier, (sobre o qual falaremos mais adiante), referem que o conceito de escuta pressupõe a capacidade de observação da expressividade da criança por parte do psicomotricista. Esta decorre da sua sensibilidade e formação pessoal para observar e compreender alguns parâmetros da comunicação. Estes autores designam estes parâmetros por mediadores da comunicação, que são os seguintes: a linguagem corporal, a relação com o material, a ocupação do espaço e tempo e a relação com o outro.

Deste modo recomenda-se seguimento de intervenção na psicomotricidade, para dar continuidade à promoção de uma relação prazerosa, e conseqüentemente o desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal.

3.3.2. Estudo de Caso II

Identificação (ANEXO E)

Nome: Indivíduo II (B.)

Data de Nascimento: 06/03/2008

Idade atual: 7 anos e 9 meses

Seguimento: Psicologia (desde de 2014)

Informação de sinalização/ referenciação: Com uma hipótese diagnóstica de PHDA do tipo misto com comorbilidade de Perturbação Reativa de Vinculação, as preocupações referidas pela mãe são: dificuldade de adequação do seu comportamento na abordagem com o outro; comportamentos de oposição (dificuldades em cumprir regras); dificuldades de autocontrolo (não sabe lidar com a frustração) e agitação motora constante.

A B. vem encaminhada para a intervenção psicomotora, na procura de resposta à imaturidade psicoafectiva, instabilidade psicomotora com impulsividade, baixa tolerância à frustração e comportamento desafiador e de oposição, com repercussões ao nível da relação com os pares.

Instrumentos de avaliação:

- Entrevista Clínica semiestruturada à mãe da criança;
- GOC (Grelha de Observação Comportamental);
- BASC (Behavior Assessment Scale Comportamental).

A BPM e a DAP, não foram implementadas, derivado às características da criança, descritas abaixo.

Dados anamnésicos

A informação que se segue foi baseada numa entrevista clínica semiestruturada à mãe.

Dados Familiares

Agregado familiar: pai e mãe e encontram-se casados entre si.

História familiar: O pai, idade, é bancário e a mãe, idade, é professora de matemática do 1º ciclo. A B. é filha única e na qual a mãe não mostrou interesse em ter mais filhos. Tem uma relação boa com os pais, embora a mãe demonstre que ambos apresentam alguma fadiga com a filha e sem saber como lidar com a situação. Não tem relações próximas a familiares para além dos pais.

Dados de Desenvolvimento

Gravidez e Nascimento: A gravidez foi planeada e desejada, embora a mãe revelasse alguma insegurança pela chegada do primeiro filho e perda da sua independência. A B. nasceu de cesariana às 38 semanas e após o parto, a B. esteve 6h no recobro, sozinha, no qual a mãe não sabe o que aconteceu.

Alimentação: apresentava alguns comportamentos agressivos para com a mãe. A B., na presença da mãe, manifestava birras para comer, levando a comportamentos agressivos e de rejeição à comida “*ela comia bem no colégio, comigo não comia.*”(sic. mãe).

Desenvolvimento Psicomotor: adquiriu o desenvolvimento psicomotor dentro dos padrões normativos.

Desenvolvimento da linguagem: manifestou as suas primeiras palavras aos 2 anos.

Desenvolvimento emocional/social: Teve um desenvolvimento atípico, pois nos primeiros 3 meses perdeu peso, não cresceu, tinha um choro excessivo e perturbação do sono (não dormia mais de 2h seguidas). A mãe refere que a menina apresenta um temperamento muito forte, requer muita atenção dos pais, sendo descrita pela mãe como uma menina distraída, irrequieta e impulsiva, onde por vezes faz birras com choro excessiva. A B. revela ter capacidade de se aperceber do exagero das suas reações onde argumenta não ter autocontrolo. Não tem amigos, dificuldade de relacionamento para com os outros colegas, sendo desadequada “*a B. não tem amigos...agarra-os...sufoca-os*”. A mãe justifica este acontecimento proveniente à falta de interesse por brincadeiras femininas da filha, assim como a carência de “jeito” para com o outro mas principalmente devido à sua grande dominância na brincadeira, afastando assim os colegas.

Autonomia: faz todas as tarefas da higiene.

Desenvolvimento escolar: A B. foi para o infantário por volta do 1º ano de vida e já nessa altura apresentava comportamentos agressivos para com os outros bebés. As boas notas apresentadas no 1º ano letivo não estão a verificar-se neste 2º ano. Neste momento as notas começam a declinar.

Acompanhamento médico: a B. tem rinite e é alérgica a ácaros/pós. Neste momento encontra-se medicada com sigulair e acrius. Recebeu diagnóstico provisório, de PHDA tipo misto aos 6 anos (não está medicada).

Apresentação dos resultados

Quanto à BASC existe uma discrepância entre os resultados da mãe e do pai. Quantitativamente, por parte da mãe, a B. apresenta cotações em risco na exteriorização, como comportamentos agressivos e a hiperatividade, bem como na internalização, tendo o valor mais alto na depressão e a ansiedade. Apesar de apresentar comportamentos atípicos, é uma menina que não se isola (estes valores vão de encontro com o pai). Relativamente ao pai, a B. encontra-se na média, à exceção da atipicidade. Isto pode dever-se à falta de comparência do pai na vida da B..

Qualitativamente há um maior número de comportamento (SEMPRE) na agressividade derivado ao seu temperamento em que resiste às regras e argumentar; na depressão correspondendo à parte relacional e à labilidade emocional; e na atipicidade derivado à sua irrequietude.

Observando qualitativamente a pontuação frequentemente e sempre, denota-se na predominância da hiperatividade na sua irrequietude e no seu falar excessivo, assim como nas suas atitudes precipitadas e impulsivas. Existe também pontuações altas na desatenção pela sua grande distração e desinteresse.

A professora indica igualmente a agressividade, sendo argumentativa; a depressão, por arrelhar o outro não sabendo lidar com a situação; e a atipicidade. Existe um maior número de queixas comportamentais no contexto escolar.

Relativamente à observação do seu comportamento em sessão (GOC), a B. apresenta um aspeto cuidado, hipertónico e desinibido. Parece preferir brincadeiras concretas, mostrando dificuldades no pensamento abstrato. Apresenta uma comunicação verbal madura, mas por vezes com um débito alto. É expressiva corporalmente e não gere devidamente os limites corporais entre si e o terapeuta, procurando recorrente e indiferenciadamente o contacto físico com o adulto de forma desadequada, ou em excesso ou em afastamento. Mostra-se impulsiva, com uma imaturidade psicoafectiva e avidez de exploração. Demonstra prazer lúdico e exploratório nos vários objetos, contudo, tem dificuldade na integração sensorial, o que se manifesta por meio de um descontrolo comportamental (hipercinésia), não

organizando o pensamento. Domina toda a sessão na escolha das atividades e procura o outro, mas para que possa controlar as suas atitudes igualmente, apresentando fraca empatia, tornando-se agressiva e com comportamentos primários (birra), representando a sua fraca tolerância à frustração. Por vezes, adota alguns comportamentos de oposição, de uma forma disruptiva. Há, no geral, uma grande dificuldade de autocontrolo e autorregulação e uma atitude hipervigilante.

Embora não tenho realizado a BPM, dada as características da menina, a nível psicomotor observo um défice em termos tónico-emocionais, desorganização da estruturação espacial e temporal e noção do corpo (EU).

No domínio cognitivo, trata-se de uma criança com potencial, mas com pouca disponibilidade psíquica para aprender.

Em contexto da sala de espera era notória a dificuldade da mãe em conter os comportamentos da B. ou da avó materna, que criticava-a à sua frente e todas as vezes que levava a B. à sessão, refletindo-se na estruturação e organização familiar e na própria sessão, pois quando vinha com a avó materna entrava muito agitada na sessão e resistia mais ao findar da mesma.

Analisando todos os resultados, verifica-se que a B. apresenta um temperamento dominador com falta de empatia, refletindo-se na falta de competências pessoais, evidenciando uma grande imaturidade, tanto a nível emocional como a nível social.

Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

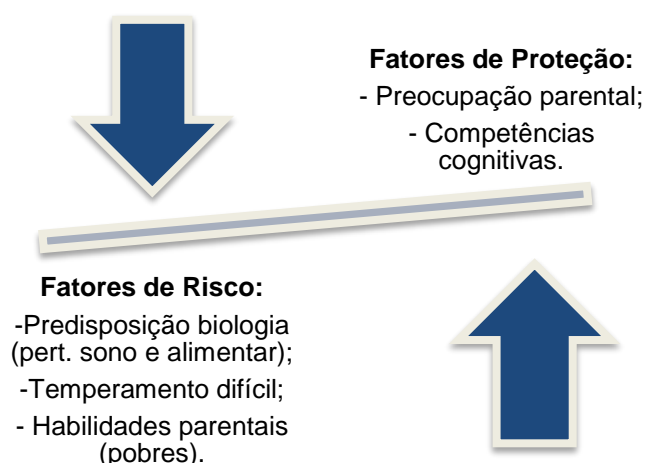


Gráfico 2. Fatores de Risco e de Proteção do Indivíduo II

Pardilhão e Marques (2009) referem que a probabilidade de uma criança desenvolver uma perturbação do comportamento aumenta na presença de fatores de risco como temperamento difícil da criança e uma vinculação insegura. A DGS (2006) reforça a ideia, referendo que o temperamento do bebé, o seu nível de ativação, intensidade das reações, perturbações alimentares e de sono, entre outros, e a sensibilidade dos pais à resposta são fatores que influenciam o desenvolvimento pais-bebé. Deste modo como hipóteses explicativas referencio a vinculação e a predisposição biológica da B. para a hiperatividade e défice de atenção.

É de realçar o impacto dos fatores envolvimentoais no desenvolvimento da sintomatologia da B.. O ambiente familiar é não securizante e marcado por figuras com práticas educativas negativas (pouco responsivos). Ao encontro desta realidade, (Sei et all 2008) refere que as relações familiares e estilos parentais marcados pela instabilidade, inconsistência, ansiedade e interações negativas e conflituosas, são fatores que podem explicar a origem da instabilidade, pois influenciam a forma como a criança define e integra os seus limites e sentimentos, distinguindo-os dos outros. Matos (2009) reforça a premissa, referindo ser óbvio que o recém-nascido humano necessita de contato constante com a sua progenitora para que esta promova alimento, termorregulação e proteção física que ajudará a regular os estados emocionais e terá com ele uma interação orientada para um neurodesenvolvimento harmonioso.

Uma vez que, nos primeiros meses de vida, a linguagem verbal é inexistente nesse período de vida quase todos os sinais de mal-estar irão ser transmitidos através do comportamento e/ou de desvios do desenvolvimento normativo, tais como: problemas de comportamento (agressividade), atraso no desenvolvimento, problemas na regulação do sono, apetite e emocional (choro excessivo) e conseqüentemente problemas na relação de vinculação caso a figura de vinculação não dê a resposta adequada às necessidades do bebé (onde é observável na história pessoal da B..

A vinculação representa um importante papel mediador na regulação emocional do indivíduo. Uma vinculação inseguro-evitante pode caracterizar-se por comportamentos de rejeição do bebé, face à figura de vinculação e apresentam, geralmente, as seguintes características (Soares, 2007): procuram a interação com os pares, mas apresentam poucas competências na iniciação e manutenção das relações; dificuldades ao nível da resolução de problemas e situações de conflitualidade; face ao mal-estar de outras crianças ficam igualmente perturbadas e, não sabem como lidar com a situação. Crianças que não desenvolvam essas capacidades de compreensão das próprias emoções e das emoções dos outros, apresentam uma tendência maior para emoções negativas como a raiva e a tristeza e para exagerarem a exteriorizarem as suas próprias emoções, não permitindo um comportamento social adequado (Melo,

2005). A vinculação insegura surge com maior frequência em amostras de alto risco (Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000) nas quais é possível identificar um tipo de funcionamento problemático associado a outras áreas do desenvolvimento sócio-emocional da criança, tal como a relação com os pares (elevados conflitos ou dependência, punição, vitimização, hostilidade), ou mesmo em termos de construção do Self (alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa e depressiva e isolamento) (Sroufe, 2005).

A responsividade dos pais ou cuidadores relaciona-se com a vinculação segura, pois é apontada como um suposto precursor da empatia, uma vez que desperta o interesse da criança por quem se ocupa dela (Motta et al 2006). Estudos atuais, têm revelado que a empatia está relacionada a diversos aspetos cognitivos e afetivos da formação do ser humano, como, a aceitação pelos pares, o ajustamento social, o desempenho académico e a saúde mental, sendo a empatia um elemento fundamental para o desenvolvimento sociocognitivo (cit in Motta et al, 2006).

Ao nível da vinculação, Braconnier (2007) afirma que esta oferece ao bebé uma progressiva autonomia, capacidade de autorregulação e de mentalização, ou seja, competência para perceber, interpretar e compreender os seus estados psíquicos e os do outro, para posteriormente gerir relações interpessoais e os conflitos emocionais que possam advir dessas relações.

Berger (2001) sugere também que défices na relação com o objeto primário, que se traduzem numa inadequação da relação mãe-bebé no período pré-verbal, podem estar na base da instabilidade psicomotora. Pode-se justificar a instabilidade por sentimentos de insegurança por parte da criança por falta de disponibilidade por parte parental, pois estes sentimentos são transformados em comportamentos agidos, sob forma a que a criança esteja em constante fuga aos pensamentos (Branco, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), crianças com perturbação reativa de vinculação apresentam frequentemente comportamentos sociais inadequados que englobam comportamentos agressivos, estando estes comportamentos associados a ansiedade, depressão, perturbação do comportamento, perturbação da personalidade antissocial e outros problemas de saúde mental.

Neste caso a B. pode-se verificar a sua PHDA, observadas na sua hipercinesia e défice de atenção referenciado pelos pais ao longo do seu desenvolvimento e corroborado pela professora em contexto escolar.

Perfil intra-individual

Áreas fortes	Áreas Fracas
Iniciativa;	Tolerância à frustração;
Tomada de decisão;	Competências pessoais;
Inteligência acima da média;	Competências sociais;
Equilíbrio;	Mentalização (organização simbólica);
Lateralidade;	Gestão das emoções;
Praxia Global	Tonicidade (hipercinética);
Praxia Fina.	Noção do Corpo;
	Estruturação espaço-temporal.

Tabela 21. Perfil intra-individual do Indivíduo II

Projeto Terapêutico

Perante a descrição do caso, tornou-se imperativo trabalhar na promoção de regras, na regulação e compreensão emocional e no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, indo de encontro a um autoconceito positivo.

São objetivos primários a mentalização e simbolização, o reforço do autoestima e reparação da falha narcísica.

Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicoafetiva	Competências pessoais e sociais	- Diminuir os comportamentos impulsivos;
		- Diminuir os comportamentos agressivos;
Cognitivos	Promoção sensorial	- Regular a expressão dos afetos;
		- Tolerar a frustração.
		- Aceitar as regras;
		- Desenvolver dinâmicas de cooperação.
		- Identificar a perspectiva do outro;
		- Desenvolver uma relação prazerosa.
		- Inferir a informação sensorial;

	Promoção da Metalização	<ul style="list-style-type: none"> - Inferir seus pensamentos e sentimentos; - Atribuir diferentes significados no mesmo objeto (funcional/ simbólico); - Selecionar estratégias para resolver um problema; - Atribuir significado simbólica às sensações obtidas.
	Criatividade	- Desenvolver capacidades expressivas (movimento/ desenho).
Psicomotor	Tonicidade	- Consciencialização dos estados tónicos.
	Noção do Corpo	- Noção dos limites corporais (noção propriocetiva).
	Estruturação Espaço-temporal	- Estruturação rítmica.

Tabela 22. Objetivos Terapêuticos da IPM para a Individuo II

Plano terapêutico

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 (Sei et all 2008). O psicomotricista teve 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. A criança teve de aprender a separar-se, e reconhecer-se como independente do outro, passando da fase da dependência, para a independência (Sei et all 2008).

Sessões semanais e individuais, e transmitindo estratégias para o contexto familiar e escolares, foram cruciais, uma vez sem o apoio destas duas vertentes os resultados pretendidos poderão ficar comprometidos.

Deste modo a B. precisou trabalhar o processamento das emoções, primeiramente reconhecendo o terapeuta como um objeto securizante para que aprendesse a adaptar a sua postura nos diferentes contextos, para depois organizar em novas aprendizagens, aumentando a capacidade de adaptação.

Possibilitou-se um espaço livre mas securizante, onde a criança teve oportunidade de soltar emoções, pulsões e desejos ambivalentes, respeitando o seu ritmo e disponibilidade. Procurou-se colocar em foco a existência de um espaço interior (construção da identidade, relação intrapessoal) e exterior (relações interpessoais, contacto com os limites, relação com os objetos e o espaço).

Dado o carácter deste tipo de problemática, os planeamentos das sessões deverão ser flexíveis, possibilitando a adaptação dos objetivos estabelecidos à espontaneidade e ao estado emocional da criança.

Procurou-se dar um apoio formal à família (realizado pelo pedopsiquiatra e pela psicóloga da clínica), destinada ao treino de competências parentais, discussão de estratégias facilitadoras da relação (importância do espaço lúdico no seio familiar, papéis que cada um deve desempenhar, limites contentores, *timings* próprios de aprendizagem, respeito pelas gerações), entre outros aspetos onde a B. passou a ser acompanhada pela psicóloga da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria e deste modo existiu uma melhor transmissão e interligação de apoio da psicomotricidade e da psicologia.

Deste modo, pretendeu-se trabalhar as desarmonias associadas às interações precoces mal resolvidas com influencia na função simbólica e função contentora, cujas experiências sensoriais e atividade motora promovam a progressiva organização corporal e psíquica. Como Martins (2010) defende, só se pode compreender um sentimento, experimentando-o e sentindo-o, no seu conjunto de pensamentos, modificações organizadas e comportamentos observáveis a que esse sentimento leva a cabo.

Estratégias:

- Experimentação sensoriomotora e exploração de formas equivalentes de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica) como forma de estimular a atividade perceptiva, simbólica e conceitual;
- Transferir a experimentação agida para uma atividade representativa, favorecendo a atividade simbólica;
- Utilização do reforço positivo e do feedback interrogativo e de estratégias de autoinstrução, autodescoberta e de ensino-mútuo, assim como o recurso à imitação e à demonstração, quando a criança não compreende a instrução por outras vias;
- Valorizar a criança não só pelos seus êxitos como também pelas suas capacidades relacionais, afetivas e criadoras;

- Repetição das tarefas ao longo das sessões – antecipação, segurança e previsibilidade;
- Sistematização (rechamada) das atividades no final das sessões;
- Promover situações de role-playing, de partilha e de cooperação e, progressivamente, de resolução de problemas;
- Envolver os pais afetivamente.

Como os contextos encontram-se comprometidos quanto à resposta a dar à criança é importante equacionar os elementos desses contextos. Assim são dadas estratégias e técnicas:

Estratégias familiares:

- Manter um envolvimento positivo e interação cooperativa;
- Organizar em conjunto com a criança as tarefas

Estratégias e técnicas pedagógicas:

- Estabelecer regras simples, breves e claras;
- Organizar o contexto em torno de regras e rotinas
- Planear a transição de atividades
- Reforçar de forma positiva e sistemática a criança e evitar apontar os erros e falhas.

Calendarização

Abaixo é apresentado a calendarização da IPM com a B., relacionando a escolha dos modelos de intervenção a seguir. Numa primeira fase optou-se por jogos onde promovesse a relação. Numa segunda fase, onde o terapeuta e o espaço são vistos com objetos seguros, segue-se para jogos corporais, sob forma de desenvolver a noção do corpo e a estruturação espacial e temporal através de jogos sensoriomotores e a promoção da mentalização através de jogos simbólicos e expressividade corporal e plástica. Estas atividades prendem com o fim de iniciar jogos de cooperação, onde o Eu e o Outro já estão desenvolvidos.

Dezembro – Janeiro	Fevereiro – Abril	Maio – Junho
Avaliação inicial	Jogos sensoriomotores	Jogos simbólicos
Jogos relacionais	Jogos simbólicos	Expressão corporal e plástica
	Expressão corporal e plástica	Avaliação final

Tabela 23. Calendarização da IPM no Indivíduo II

Encontravam-se previstas 26 sessões, com uma frequência semanal, às terças-feiras, às 15:15h, entre 19 de Dezembro de 2015 e 28 de Junho de 2016.

Resultados do processo de intervenção

As sessões de avaliação final decorreram nos dias 21 e 28 de Junho, à tarde. Visto que a avaliação da criança foi realizada qualitativamente, segue-se uma análise acerca da evolução terapêutica da B. atendendo aos resultados obtidos pela GOC que permitiu orientar a observação. Na avaliação final, realizada com base nas duas últimas sessões de psicomotricidade, a B. manteve-se no seu registo lúdico. Quanto ao tipo de jogo, esta última fase de intervenção foi marcada ainda pelo jogo simbólico, sendo que não conseguiu-se concretizar-se a planificação de progredir para jogos cooperativos. No que respeita ao tipo de materiais utilizados verificou-se uma predominância no uso do sofá grande, dos colchões (materiais com maior simbolismo associado à contenção) e das bolas e os bonecos para representação de histórias simbólicas originadas pela B.. Sempre em atividades lúdicas que apelem à motivação intrínseca da criança e da promoção de um relação de confiança, tal como às suas necessidades espontâneas, no relacionamento com o espaço, com os objetos e com o corpo da terapeuta (enquanto “parceiro simbólico”/“objeto de transferências”).

As sessões foram individuais e orientadas numa dinâmica de base relacional, permitindo o trabalho dos objetivos psicoafectivos e cognitivos. As sessões suportaram-se inicialmente no jogo concreto (necessidade de segurança e padrões) estas atividades privilegiaram situações de promoção de segurança, o favorecimento do sentimento de competência e o aumento da autoestima. Procurou-se também trabalhar ao nível da integração sensorial, com estimulação dos cinco sentidos. As dinâmicas progressivamente tiveram um carácter de maior colaboração entre nós as duas, sendo a atividade espontânea valorizada.

Progressivamente passou-se para um domínio mais abstrato, representativo, de raciocínio lógico, onde se fomenta a introdução de novas variáveis e se estimule o pensamento divergente e a atividade cada vez mais criativa e organizada. Ao promover

o pensar, a leitura das situações, estimula-se a capacidade de planeamento, de organização, de previsão e antecipação das ações e suas conseqüências e, portanto, desenvolve-se a consciencialização da ação (Costa, 2008).

Na tabela apresentada abaixo, mostro os resultados da observação dos comportamentos ao longo da intervenção psicomotora, inicialmente (GOC 1), numa fase intermédia (GOC 2) e num final (GOC 3). Nesta tabela encontram-se os comportamentos na GOC que se observam como fortes e os que se foram objeto de trabalho terapêutico, numa escala de frequência (N -Nunca, R - raramente, F - Frequentemente e S - Sempre).

Domínio	Subdomínio	GOC 1	GOC 2	GOC 3
Postura perante a tarefa	Cooperante	N	R	A
	Distraído	S	F	F
	Ativo	S	S	S
	Criativo	A	F	S
Participação na tarefa	Adesão voluntária	N	R	A
	Atenção	N	R	A
	Impulsividade	S	S	F
	Esforça-se em todas as tarefas	N	R	A
Ajustamento à tarefa	Apresenta comportamentos adequados	R	R	A
Iniciativa e sugestões	Toma iniciativa e dá sugestões	S	S	S
	Motivado	S	S	S
Atitude face à tarefa	Escolha da atividade	S	S	S
	Atitude no lúdico: dominadora	S	F	F
	Atitude no lúdico: agressividade	S	F	A
	Comunica	A	F	F
Comunicação verbal	Vocabulário adequado à idade	S	S	S
	Discurso maturo	F	F	F
	Expressão gráfica	N	N	R
Comunicação Não-Verbal	Olha para o terapeuta espontaneamente	A	A	F
	Comunica por gestos e mimica	R	R	A
	Estereotipias	N	N	N
Memória	Recorda-se de toda a sessão	N	N	A
	Recorda-se da sessão anterior	S	S	S
Jogo simbólico	Transfere para a sessão acontecimentos significativos do quotidiano	A	A	F
Respeito pelas regras	Respeita todas as regras	N	R	A
Tolerância à frustração	Reage de forma adequada à frustração	N	N	R
	Cooperação	N	R	A
Relação com a terapeuta	Afetuosa	A	F	F
	Oposição	F	F	A
	Agressividade	F	F	A
	Grau de confiança	N	R	A

Tabela 24. Tabela dos comportamentos e atitudes do Individuo II

Tendo em conta o perfil comportamental da B. (**GOC 1**), nas sessões iniciais desenvolver-se-ão jogos de confiança facilitadores de uma relação empática, segura e vinculativa entre a criança e a terapeuta, e o enfoque foi sobre a primeira unidade funcional de Luria (tonicidade e equilíbrio), fundamental na regulação tónica e manutenção do estado de alerta e vigilância (atenção e concentração) e na atividade intencional. Aumentando os níveis de vigilância e promovendo a focalização, discriminação e seleção de estímulos na atividade lúdica, promoveu-se a autorregulação dos seus impulsos. As atividades desenvolvidas para este fim mobilizaram inevitavelmente a consciencialização do esquema corporal e a estruturação de um tempo e de um espaço.

Houve logo desde de início uma resistência às atividades propostas, muitas vezes nem dava espaço para que introduzisse a ideia. As más experiências precoces e repetidas sem envolvimento afetivo compensador e reconfortante tornam-lhes impossível a organização de uma relação securizante e, portanto, estruturante. O agir, *acting out*, funciona assim como mecanismo de defesa, numa busca incessante de limites, já que estes sujeitos não são capazes de mentalizar o conflito interior (Matos, 2003; Vidigal, 2005a).

Ao mesmo tempo, refletiu-se acerca da necessidade de proporcionar um sentimento de controlo e previsibilidade à criança, no sentido de favorecer a sua expressão espontânea pois o caráter ritualista e repetitivo da história promove, pela sua continuidade, a capacidade de antecipação e previsibilidade, possibilitando à criança um maior controlo sobre as suas ações e disponibilidade para as atividades (Martins & Rosa, 2005). Ainda neste momento foi de realçar a pouca disponibilidade da criança para se pensar e se sentir, favorecendo maioritariamente o agir como forma de expressão. Segundo os mesmos autores, quando se verifica a existência de carências nas interações precoces, a psicomotricidade privilegia um diálogo tonicoemocional que possibilite à criança reestruturar a afirmação da sua identidade e favorecer a comunicação e exteriorização tonicoemocional das problemáticas.

Deu-se o início de um segundo momento (**GOC 2**) da intervenção, na qual a criança evolui para um jogo com maior simbolismo. Durante esta fase, verificou-se um enriquecimento do conteúdo do jogo simbólico com a caracterização das personagens, atribuição de nomes às equipas, decisão sobre a nossa relação de cooperação (na mesma equipa) ou de competição (equipas diferentes), delimitação de territórios, etc. Neste registo simbólico a B. mostrava a necessidade de controlar todo o jogo e até mesmo as falas das minhas personagens ou movimentações. O jogo era contextualizado no objetivo de treinarem competências para a guerra, o que poderá sugerir a própria incerteza, inconstância e imprevisibilidade da vida e do percurso da B.,

ou pelo cuidar, em que a B. era a filha, e a terapeuta era a mãe da criança. Atribuindo personagens com diferentes níveis de importância, ou seja a B. (a filha) que tinha autoridade sobre mim (a mãe). De acordo com Almeida (2005), as perturbações do comportamento revelam uma estrutura psíquica marcada pela fragilidade, adotando estes indivíduos posturas muito regressivas, que camuflam geralmente uma grande necessidade de contenção.

Quando no papel de cuidadora da B., foi atribuída à personagem comportamentos inconstantes no contacto com a criança, alternando entre momentos de a cuidar e salvar com momentos de impossibilidade de a conseguir ajudar, rejeitando a minha entrada no seu espaço. Esta experimentação conduziu um aumento da capacidade de expressar os seus medos e angústias, por parte da B., projetadas no contexto de jogo, sugerindo possivelmente uma necessidade inconsciente da B. responsabilizar o outro por não a ter salvado ou de sentir a preocupação que o outro tem por si (**GOC 3**). Esta fase foi ao encontro do que é referido por Vecchiato (1989), na medida em que o jogo simbólico favorece o estabelecimento de uma relação de dualidade entre a criança e o terapeuta, por um lado que a contenha e lhe ofereça segurança, por outro lado que lhe garanta a expressão desses conflitos internos, facilitando o surgimento e evolução das problemáticas de ordem afetiva associados às relações precoces.

A B. foi uma criança que ainda procura muito o brincar. Não é possível dizer que houve uma grande evolução ao longo destes meses de intervenção, já que o seu comportamento se mantém, ainda que com maior controlo em algumas situações. Manteve, de facto, as alterações do comportamento, com períodos de oposição, birra, baixa tolerância à frustração. Continuou a apresentar um sentimento de onipotência e autocentração nas tarefas, manifestando um comportamento obsessivo e inflexibilidade de pensamento, procurando rotinizar as atividades e a forma como ocorrem. Apesar de ter evoluído ligeiramente, dava algum espaço à terapeuta para as suas falas e quando contrariada com a sua ideia, ainda resistia, mas com necessidade de menos tempo para se regular.

As suas principais dificuldades no início da intervenção englobavam uma grande dificuldade na regulação emocional com oscilação entre a afetividade e agressividade e com elevada labilidade emocional, baixa tolerância à frustração iniciando comportamentos agressivos e desafiantes e por vezes choro fácil, dificuldade em organizar o discurso observando-se frequentemente flutuação entre ideias. A observação inicial revelou uma criança com uma postura desinibida, apresentando por vezes sinais de impulsividade e inquietude motora. Resumidamente, era uma criança com muitas defesas quando se procura conhecê-la.

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

Llinares e Rodríguez (2003), a este respeito, afirmam que nas sessões de psicomotricidade, a criança deve expressar-se tal como é, devendo se sentir reconhecida pelo adulto sem qualquer emissão de juízos de valor. Este reconhecimento é transmitido pelo olhar atento, voz e atitude corporal do terapeuta, devolvendo à criança uma imagem positiva de si. O adulto representa assim um espelho da criança, onde esta se revê e se sente segura (Llinares & Rodríguez, 2003; Maximiano, 2004; Fonseca, 1998).

A B. parecia não aceitar a frustração de não poder possuir o total e definitivamente o corpo do adulto. Segundo Batista (2008), esta aceitação apenas se concretiza através de substituições simbólicas e da procura e descoberta de outras fontes de prazer. Desta forma, pretendesse recriar um espaço fusional simbólico que, à distância, enalteça o gesto, a palavra e os objetos como prolongamentos do corpo do outro, mediadores da comunicação (Batista, 2008).

Apesar de tudo, já respeitava mais o não e demonstra agrado pelos reforços sociais. Por vezes, nota-se alguma dificuldade em terminar as atividades e a própria sessão. Durante toda a intervenção oscilou entre períodos de distância e proximidade, sendo afetuosa e adequada. Constantemente era necessário antecipar o que vem a seguir para que a previsibilidade lhe transmita uma maior segurança, o que lhe permite adequar mais o seu comportamento. Uma das principais evoluções da B. foi no que diz respeito à confiança que vai demonstra em mim e na procura do corpo da terapeuta para obter afeto e na sua capacidade de brincar que, mesmo desadequada à idade, antes não existia.

Para além da informação relativa à GOC considera-se que a B. melhorou a intencionalidade de ação, pois aumentou a capacidade de planeamento e organização da ação, a responsabilidade sobre essa ação e a orientação da sua agitação para um fim/objetivo. Primeiro porque tendo o controlo sobre as variáveis do jogo simbólico, é permitido que a criança planeie e crie o cenário do jogo, que seja responsável pelos momentos de atividade ou passividade e o grau de participação da terapeuta.

Por outro lado, considerou-se que a relação terapêutica estabelecida com base na confiança, segurança, consistência e permanência, a par da possibilidade que foi dada à criança de existirem momentos que conduzissem a um sentimento de ter o controlo, permitiu desenvolver a agentividade, melhorando a capacidade de ser agido pelo outro e a capacidade de agir intencionalmente. Também a partir dessa relação estabelecida, constatou-se um aumento da segurança interpessoal, maior aceitabilidade de sugestões da parceira no jogo e maior capacidade de diálogo.

Partiu-se de uma base relacional que lhe proporcione a autoconfiança, autossegurança e o controlo da agressividade, aumentando a tolerância à frustração e controlando os comportamentos de oposição e a aquisição de regras, favoráveis à sua melhor interação social. Procurou-se também sessões com dinâmicas calmas, de forma regular o seu pensamento.

Em relação ao trabalho desenvolvido com os pais verificaram-se melhorias na relação com a filha, pela maior disponibilidade e interações mais positivas, tal como no incremento do tempo de qualidade que passam juntos.

Deste modo, pode-se observar na BASC parental os seguintes resultados:

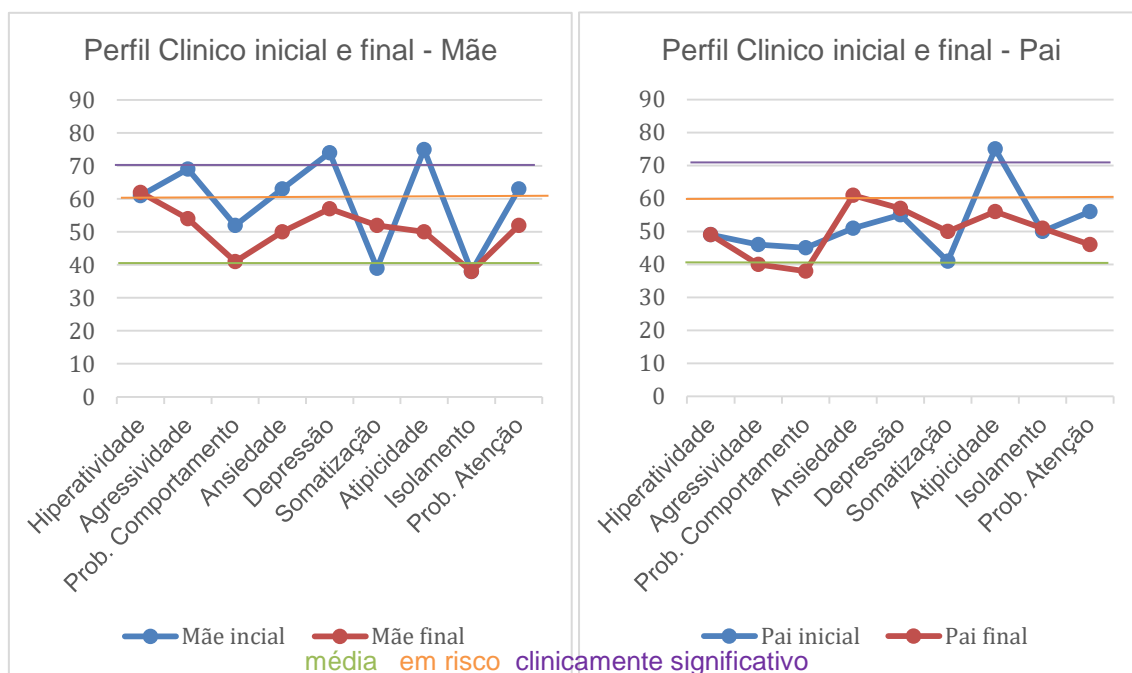


Gráfico 3. Avaliação Inicial e Final da BASC da mãe Gráfico 4. Avaliação Inicial e Final da BASC do pai

Relativamente ao seu comportamento no contexto familiar, pode-se observar quantitativamente que houve alterações em ambas as perspetivas. Relativamente à mãe, inicialmente, as componentes de problemas exteriorizados e internalizados estavam em risco, sendo os mais altos a agressividade e a depressão. Verifica-se que os comportamentos agressivos reduziram, bem como a ansiedade e depressão, sendo o único fator em risco a hiperatividade. Quando observamos o perfil clínico que o pai avalia da B., depara-se com um perfil dentro da média inicialmente e observa-se um aumento das componentes de problemas internalizados. Uma hipótese deste resultado poderá ser o facto de o pai estar mais atento aos comportamentos da filha, uma vez que inicialmente o pai não tinha disponibilidade para vir às sessões e segundo a mãe trabalhava muito, e com a iniciativa de acompanhamento parental por parte da psicóloga privada poderá ter despertado para alguns comportamentos da B..

Qualitativamente verifica-se Sempre e Frequentemente ainda comportamentos ligados à ansiedade como a preocupação, à impulsividade como o não conseguir esperar pela sua vez; levantar-se da mesa durante as refeições; interrompe quando os outros estão a falar; à fraca tolerância à frustração como o aborrecimento fácil; é mau perdedor; frustra facilmente; à irrequietude e défice de atenção como é energético; necessita supervisão constante; e distrai-se facilmente.

Relativamente às componentes de competências adaptativas, como pode observar no gráfico abaixo, existem, igualmente, alterações nos resultados iniciais e finais de ambos os pais.

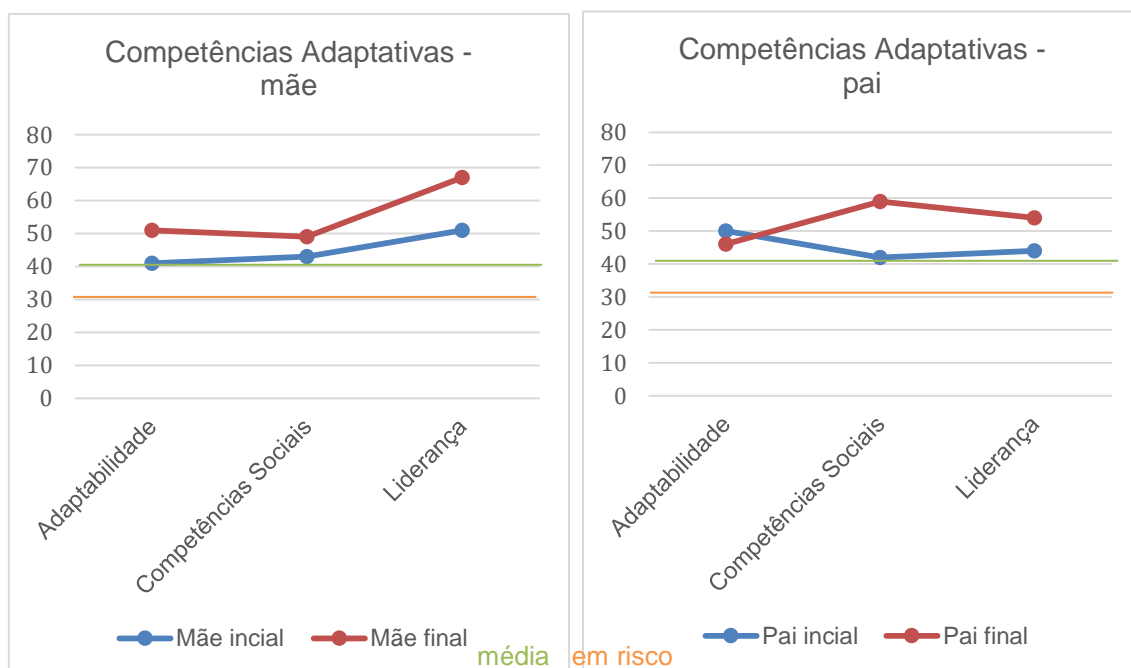


Gráfico 5. Competências Adaptativas iniciais e finais - mãe

Gráfico 6. Competências Adaptativas iniciais e finais - pai

Observando os dois gráficos, não se verifica comportamentos em risco, embora a adaptabilidade e as competências sociais, inicialmente revelaram-se muito perto de estar em risco, indo de encontro às preocupações do comportamento da B..

Quantitativamente a mãe da B. mostra a liderança como ponto mais alto, tanto no início como neste fim da avaliação. O pai tinha como maior aptidão da adaptabilidade da B. no início da sua avaliação, mas no final revela um aumento das competências sociais e da liderança em relação à adaptabilidade. Novamente este resultado pode ser observado pela maior disponibilidade do pai para com a filha.

Apesar disso, no geral percebe-se melhoria na componente de competências adaptativas.

Relativamente ao contexto escolar, observa-se qualitativamente algumas melhorias nos comportamentos referidos inicialmente como

Apreciação Global

O processo de intervenção com a B. foi algo inconstante devido à sua impermeabilidade na expressão dos afetos e indisponibilidade afetiva para se ligar ao outro. Deste modo, as relações precoces pouco consistentes, o contacto pouco frequente com os familiares, desenvolvendo a sensação de rejeição e a angústia relativa à permanência de responsividade parental pode conduzir a maior desorganização, insegurança e destruturação psíquica do da criança. Consequentemente sugere-se que os comportamentos agressivos e atitudes de oposição, vitimização e manipulação da B., podendo significar uma defesa inconsciente à ligação afetiva com o outro, que mais uma vez pode conduzir a uma situação de rejeição e abandono, e à afirmação da identidade, que remete para uma questão narcísica que compense a sua inferioridade e destruturação socioemocional (Costa, 2008).

As maiores dificuldades no caso da B. estavam relacionadas com a expressão dos afetos e indisponibilidade afetiva, remetendo-me muitas vezes à necessidade de ter um corpo responsivo, mesmo quando era rejeitado. Tal dificuldade implicou considerar várias hipóteses de forma a definir objetivos e estratégias a orientar nas sessões. A intervenção foi refinada com o decorrer do tempo e através da análise e interpretação de comportamentos (eg. padrões de comportamento e necessidade de antecipação de tarefas antes de proceder à execução). As sessões de intervenção, ao se fundamentarem num modelo de maior incidência relacional, permitiram uma maior liberdade de ação por parte da criança. Assim, adotou-se uma postura de maior sensibilidade perante o comportamento da criança, de forma a estruturar o pensamento e a ação terapêutica. O aperfeiçoamento da intuição na leitura da ação constituiu um desafio.

Além disso, nas suas sessões optou-se por não utilizar a palavra “não” perante um comportamento menos desejado por parte da criança – a negação ou recriminação de um comportamento indesejado acaba por ser uma resposta fácil em terapia, por outro lado, culturalmente, esta resposta está tão intrínseca nas vivências do quotidiano e surge quase como um automatismo. O terapeuta teve, deste modo, de regular os automatismos e desenvolver respostas mais criativas como alternativa, de forma a fornecer a resposta mais adequada. Importante realçar que o importante não é reprimir um comportamento, mas fornecer alternativas, dado que estas são orientadoras da ação.

Ao nível do comportamento foi possível observar melhorias no aumento da confiança e segurança na relação com o terapeuta, ocorrendo um maior número de comportamentos externalizados. A sala de psicomotricidade passou a ser um espaço

destinado à expressão de angústias e medos, estabelecidos por um diálogo tônico-emocional, onde a terapeuta era vista como uma parceira nas atividades expressivas. Tal como afirma Fonseca (1998), a psicomotricidade permite tornar consciente a informação proveniente de estados internos e a informação extracorporal, promovendo um diálogo consciente desta informação através do significado do movimento e posterior integração.

Deste modo, foi importantes três acontecimentos: 1) o estabelecimento do vínculo entre a técnica e a criança, foi a base da intervenção no âmbito da psicomotricidade; 2) o acompanhamento da família, permitindo aos pais um espaço de partilha, das suas preocupações e receios, bem como um espaço para aprender um conjunto de estratégias para lidar melhor com a criança; 3) a recetividade da professora foi também fulcral, possibilitou uma parceria e troca de informação/ estratégias.

Discussão dos Resultados

Conforme referido por Vecchiato (1989), a alternância de papéis e a imitação, que inconscientemente dizem que estamos em relação com a criança, que a aceitamos, constituem estratégias fundamentais nesta abordagem. Deve também proporcionar-se o *acting out*, a projeção, em que, à luz da perspectiva psicanalítica, a criança lança fora de si e localiza no outro certas qualidades, sentimentos e desejos que não reconhece ou que rejeita em si mesma. Preconiza-se, assim, um ato de expulsão harmoniosa, num movimento de reparação, descrito por Klein (1975) como o mecanismo através do qual o sujeito procura reparar os efeitos das suas fantasias destrutivas.

Progressivamente, será possível introduzir um enfoque mais instrumental, com atividades que apelem à organização planificada da ação e sua representação e, portanto, na mentalização. Esta etapa constituirá um grande passo neste processo, visto que a B. não acede ainda muito bem a atividades de cariz estruturado, que escapem àquilo que “planeia para a sessão”. Com a B. é necessário investir numa passagem progressiva do princípio do prazer para o princípio da realidade.

Atendendo à conceção triárquica da psicomotricidade e à história clínica da B., a intervenção em parceria com a família deve continuar a ser uma prioridade, na medida em que sendo um microssistema influencia diretamente o seu desenvolvimento

A intervenção deverá preconizar-se em sessões individuais, por um período de tempo aproximado ao decorrido até então, devido ao seu perfil de funcionamento e, quiçá, ponderar-se posteriormente a inclusão da B. num grupo terapêutico, caso a sua evolução e os recursos do serviço assim o permitam.

Muitas vezes, quando há tendência para comportamentos obsessivos e fixados, a atitude terapêutica pode passar simplesmente por descentrar a atenção desses mesmos estímulos.

Acima de tudo mencionar que nas sessões, o comportamento da criança foi nitidamente modulado em função da atitude e do estado emocional da terapeuta e pelo sentido que atribuía aos sinais da criança.

3.4. Dificuldades e Limitações

Uma vez que a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria do HSEIT, EPER, não dispunha de Psicomotricidade, e como é natural a implementação desta nova resposta, implica sempre burocracias (sala, pedido de materiais, entre outros), foi consumido tempo que poderia ter servido para um estágio mais extenso e proveitoso na sua prática.

Uma das primeiras dificuldades sentidas estiveram relacionadas com o facto de possuir reduzida experiência de intervenção em saúde mental infantil e juvenil. De certa forma, a espera logística foi uma mais-valia no sentido de me preparar no relacionamento dos conceitos teóricos aos conceitos práticos. A procura de estudos de caso já realizados neste contexto, a observação por uma semana de equipa multidisciplinar com a IPM integrada foi-me dando mais segurança ao longo do estágio e na forma como guiar este processo de introdução da intervenção psicomotora na equipa e em sessão propriamente dita.

Nos dois primeiros casos, ao iniciar as sessões numa sala com objetos mais direcionados para a psicologia, senti dificuldade em promover os objetivos preconizados, assim percebendo o quão é importante o espaço físico adaptado para a IPM.

Outra dificuldade que surgiu, inicialmente, foi relativamente à forma como introduzir os objetivos terapêuticos, dada a intervenção não requerer um plano de sessão rigoroso. Assim foi exigido que fosse mais espontânea, mais criativa, com uma atenção permanente relativamente aos interesses da criança, de modo a estimular e promover atividades que permitissem abordar as suas dificuldades sem os desmotivar. Foi necessário ser versátil, utilizando as sugestões e iniciativas da criança. Foi também importante ampliar a minha capacidade de observação, sempre com base na intencionalidade terapêutica, dando sentido à expressão motora, relacional e simbólica da criança. Foi difícil por vezes, descortinar a fronteira entre a expressão normal e patológica da criança. No entanto, com o avançar do tempo e devido à pesquisa e familiarização com a população, foi mais fácil situar a criança e os seus comportamentos em função da sua idade, duração, contextos e história individual.

No entanto, com o decorrer do estágio estas dificuldades foram ultrapassadas e também com o aumento de responsabilidade e implicação na equipa, fui ganhando confiança e segurança nas intervenções realizadas.

Outra limitação surge na comunicação com os professores, verificando-se que por diversas vezes estes não preenchiam a BASC.

3.5. Atividades Complementares de Formação

Reuniões semanais de núcleo de estágio

As reuniões do núcleo de estágio em Saúde Mental (infantil e juvenil, e de adultos) decorreram ao longo de todo o ano letivo, quintas-feiras, perfazendo um total de 30 reuniões.

No âmbito destas reuniões, contou-se com a apresentação de trabalhos sobre diversos temas escolhidos de acordo com as motivações e necessidades de cada estagiário. Entre os vários momentos abordou-se temáticas como: “Psicossomática e Psicomotricidade”, “Aspetos Psicodinâmicos da Infância”, “Dor Crónica”, “Uso de Psicofármacos” e salientam-se a apresentação e discussão de 5 estudos de caso com a partilha de informações, reflexões e experiências. Para além de favorecerem a capacidade reflexiva e crítica acerca dos trabalhos realizados, de alternativas e de estratégias terapêuticas, as reuniões de estágio garantiram também um aumento da confiança e segurança no que respeita ao pensar e analisar dos casos clínicos.

Um aspeto que permitiu o esclarecimento das dúvidas foram as reuniões de equipa, onde se verificava o confronto com a linguagem usada no âmbito psicodinâmico, permitindo organizar conceitos, bem como explorar outros. Também através de conversas com o orientador local foi possível uma melhor compreensão e conhecimento do modelo de funcionamento do local de estágio, bem como perceber quais as áreas que necessitavam de maior exploração e estudo.

Reuniões semanais com a orientadora local

Eram igualmente realizadas reuniões semanais com a minha orientadora local, onde relatava todos os acontecimentos ao longo da semana, dos quais eram tiradas reflexões construtivas e conclusivas, revelando-se fulcrais na tomada de consciência das minhas ações e no desenvolvimento do pensamento reflexivo, sempre à procura de novas soluções e oportunidades.

Reuniões semanais com a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Pedopsiquiatria

Nas reuniões foram debatidos os casos clínicos em acompanhamento, a evolução destes casos clínicos e delineação da intervenção. No mesmo seguimento de ideias, também eram debatidas as questões que surgiam em contexto terapêutico. Na presença do Pedopsiquiatra debatiam-se igualmente, casos que ainda não tinham seguimento (primeiros casos), quais as intervenções mais adequadas, o que cada técnico das diferentes áreas poderia oferecer.

Seminário Formativo

Em Abril de 2016 decorreu um seminário formativo, realizado pelos alunos do 2ª ano do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, onde apresentaram o seu estágio/ estudo a desenvolver ao longo do ano letivo, expondo aos colegas ingressados na Reabilitação Psicomotora, o que esta tem a oferecer em diferentes contextos e populações.

III. CONCLUSÃO, SÍNTESE GERAL E PERSPETIVAS PARA O FUTURO

A *Psicomotricidade* em Portugal, encontra-se numa fase embrionária, mas que tem demonstrado grande evolução nos últimos anos, nomeadamente em contexto hospitalar. A comunidade em geral e, em particular, os profissionais de saúde, cada vez mais, têm ganho sensibilidade para esta metodologia de intervenção e pelos resultados que vêm sendo apresentados pela psicomotricidade.

O processo de construção da identidade profissional do Psicomotricista, pese embora já tenham sido dados alguns passos neste sentido, é ainda muito escasso o material de estudo, nomeadamente de investigação/documentação sobre as práticas dos psicomotricistas nacionais, ao contrário do que se observa em muitos países da Europa e também no mundo em que este processo já se encontra numa fase mais evoluída. Embora a consideração das características singulares de cada utente seja fundamental para a prática da psicomotricidade, é importante também proceder ao correto enquadramento teórico para que este auxilie e fundamente toda a intervenção que está a ser implementada.

Analisando e refletindo sobre os objetivos académicos que se pretendeu alcançar no presente estágio curricular, considera-se que os mesmos foram atingidos, desenvolveu-se a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora nos diferentes contextos ao assumir a liderança na intervenção terapêutica dos utentes intervencionados; Prestou-se um contributo inovador na implementação de novas práticas ao nível da gestão dos processos e na introdução/construção de uma sala terapêutica direcionada para a psicomotricidade; Adquiriu-se conhecimentos, experiência e formação na prática profissional que permitiram realizar um melhor enquadramento profissional e científico da área.

Para alcançar esses objetivos, primeiramente ressaltou-se o peso de toda a formação interna vinda dos contextos formativos, desde o conhecimento teórico transmitido ao longo da minha formação e do desenvolvimento pessoal que toda este curso de Reabilitação Psicomotora exigiu, permitindo fazer a ligação entre o que é descrito na literatura e o que pode ser a sua expressão na prática clínica

Na prática, a Intervenção Psicomotora, requer de um espaço organizado, podendo ser, mais ou menos estruturado, segundo os objetivos a realizar, que englobam a expressividade e vivências sensoriomotoras, de forma a desenvolver a capacidade de representação e consciencialização, isto é, as atividades desenvolvidas procuram sempre envolver aspetos cognitivos associados às vivências motoras, consciencializando o conteúdo afetivo que delas emerge.

Na relação com o utente, verifiquei um grande desafio, temos de estar constantemente a descodificar os comportamentos da criança e perceber quais os

significados simbólicos e as necessidades exprimidas. Saliento o desenvolvimento da capacidade de escuta e de observação psicomotora e a competência de aplicar e adaptar diferentes estratégias comportamentais pensadas para cada indivíduo.

O estabelecimento de uma relação empática, protetora, securizante e responsiva, representa o primeiro passo para a formação do vínculo terapêutico. Durante toda a sessão procura-se potencializar os aspetos positivos do ser humano, bem como a sua capacidade afetiva, emocional e relacional.

Deste modo, ser psicomotricista envolve um processo de autoconhecimento e conhecimento do outro que não termina. A disponibilidade e abertura a novas experiências e conhecimentos, enriquece a nossa vivência profissional e pessoal, tornando-nos em profissionais cada vez mais capazes.

Na relação com a equipa, verifiquei que ser psicomotricista não é um trabalho solitário, requer não só o envolvimento com os cuidadores e com as crianças, mas também implica ligações com outros profissionais de saúde e de educação que fazem parte do desenvolvimento da criança ou adolescente, fortalecendo a resposta terapêutica.

Em relação ao contato com outros contextos, é de grande importância ampliar a aliança com toda a família, respeitando e compreendendo as suas necessidades, fugindo a emitir juízos sobre as insuficiências parentais, no entanto sugerindo estratégias comportamentais. Devemos ser sensíveis aos seus recursos e êxitos (vulnerabilidades e fracassos), fomentando um ambiente de cooperação por parte dos cuidadores, de forma a promover a confiança terapêutica, para que se empenhem na adesão da mesma. Percebi que esta adesão familiar, trás consigo vantagens, pois é um contexto importante na vida da criança, e sem este empenho, torna-se difícil a mudança que se procura na criança. Quanto maior o investimento dos pais, mais se observa melhorias nas crianças/adolescentes. Deve preconizar-se uma relação de confiança mútua, de acordo com os objetivos de intervenção, promovendo de todos meios para os alcançar.

Esta experiência permitiu concluir que a intervenção psicomotora tem lugar em equipas de saúde mental, complementando outras intervenções no sentido de aumentar o bem-estar dos utentes. Em suma, este foi apenas o início do aprofundamento das competências profissionais e pessoais, pelo que futuramente, pretende-se continuar este caminho a refletir, construindo em conjunto com a criança, a família e a comunidade um projeto de vida mais seguro.

“Para compreender uma criança temos de voltar ao país das memórias, reviver o que ficou para trás, habitar de novo medos de que nos esquecemos. Olhar com olhos de espanto, chamar filha a uma boneca e replicar o milagre da criação dando-lhe voz. Para a compreender temos de reduzir a dimensão do corpo na medida inversa em que cresce o sentimento. Cada criança é uma história por contar. Por vezes o Capuchinho Vermelho perde-se no bosque e não há beijo que resgate a Bela Adormecida. Para muitas crianças a sua história pode não terminar bem e não viverem felizes para sempre.”

Nuno Lobo Antunes

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Amante, A. (s.d.). *Psicomotricidade*. Disponível em: <http://www.profala.com/artpsicomotricidade1.htm> Acedido a: 29/10/2015
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition*. London, England: New School Library.
- Andrade, F. (2008). *Perturbação da linguagem na criança: análise e características*. Universidade de Aveiro.
- Aragón, M. (2007). *Intervención Psicomotriz en Ancianos*. Manual de Psicomotricidad. Madrid: Edições Pirâmide.
- Associação Portuguesa dos Psicomotricistas (APP) (2011). *Regulamento profissional dos psicomotricistas*. Retirado de www.appsicomotricidade.pt
- APP (s/d). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais, Brochura Profissional*.
- Audrey (28 de 6 de 2013). *SOS PSYCHÓMOTRICITÉ*. Obtido em 25 de 2 de 2014, de <http://www.sospsychomotricite.com/definition-psychomotricite/>
- Batista, M. (2008). A comunicação e, psicomotricidade relacional: convergência entre emoção e motricidade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 105-110.
- Batista, M.B.I. & Vieira, J. L. (2013). *Textos e Contextos em Psicomotricidade Relacional*. Volume 1. Fortaleza: RDS Ed.
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). *The structure and function of adult attachment*. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 3-30). New York: The Guilford Press
- Binder, G., & Michaelis, R. (2006). *Perturbações no Desenvolvimento e na Aprendizagem*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Boscaini, F. (2004). Especialidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65
- Braconnier A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Branco, M. E. C. (2010). *João dos Santos: Saúde mental e educação*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Brezolin, R.L. & Pinheiro, N.N.B. (2011). “*Construção, interpretação e holding: reflexões a partir de uma contêncer clínico*”. Cad. Psicanil. – CPRJ. Rio de Janeiro, 33, 25, 258-271
- Camarneiro, A.P.F. (2011). “*Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*”. Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa
- Coleman, S. L., Pieterefesa, A. S., Holaway, R. M., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2011). Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 293–301.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Obtido de: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- CNSM (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- CNSM & ACSS. (2012). *Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Obtido de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, R.S. (2011). *Rastreio de perturbação de comunicação num agrupamento escolar*. Sessão autónoma de ciência e saúde. Dissertação. Universidade de Aveiro
- Cruz, M., & Lobo, P. (2005). *A Depressão na Criança*. Em M. J. Vidigal, *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 107-138). Lisboa: Trilhos Editora.
- Decreto-lei nº 304/2009 de 22 de outubro de 2009. Diário da República, 1ª Série, Nº205.
- Decreto-Lei nº35/99. Diário da República, 1ª Série A, Nº30. Direção Geral da Direção Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde. Retirado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R., e Simões, C. (2015). Grelha de Observação do Comportamento.
- Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor com perturbações mentais. *A Psicomotricidade*, 3, 67-76
- Fernandes, J. M., & Filho, P. J. (2012). *Psicomotricidade - Abordagens Emergentes*. Brasil: Manole.
- Ferreira, J. C. (2004). Atraso Global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 703-712.
- Ferreira, L. S. (2006). Patologias emergentes em pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 21, 45-56.
- Fonseca, V. (1998). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V., & Martins, R., (2001). Prefácio. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*. 177-219. Lisboa: FMH.
- Fonseca, V. d. (2006). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Ancora Editora.
- Fonseca, V. (2009). Para uma teoria da perfectabilidade psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 12, 9-52
- Gatecel, A. (2010). *Psychomotricité relationnelle*. Obtido em 19 de Outubro de 2015, de Centre International de psychosomatique: http://www.cips-psycho-soma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=90:psychomotricite-relationnelle-anne-gatecel&catid=26:articles&lang=fr&Itemid=228
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate and Think* (1sted.). Cambridge: Da Capo Press.
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (s/d). What is the DIR/Floortime Model. Retirado a 15 de Maio de 2015, de <http://www.icdl.com/WhatisDIR.pdf?attredirects=0&d=1>
- Harrington, R. (2002). *Affective Disorders*. Em M. Rutter, & E. Taylor, *Child and Adolescent Psychiatry* (4th Edition). Oxford: Blackwell Publishing.
- ICDL (2007). DIR/Floortime Model. The Interdisciplinary Council on developmental and Learning Disorders. Retirado de <https://secure3.convio.net/pch/assets/pdfs/afunctional-developmental-approach-to-autistic-spectrum-disorders.pdf>
- Lièvre, B. D., e Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* (6^a ed.). Bruxelles: de boeck.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção* (2^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidad y Necesidades Educativas*

- Especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Lipp, M. E. (2004). *Crianças Estressadas: Causas, Sintomas e Soluções*. Brasil: Papyrus Editora.
- Macate, R.J. & Cogle, J.F. (2013). *The Role of Emotional Reativity and Tolerance in Generalized, Social and Health Anxiety: Multimethod Exploration*. Behavior Therapy, 44, 39-50
- Macêdo, I.B. (2015). *Relação terapêutica: chave para o crescimento*. Psicologia.com.pt disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0855.pdf>
- Mandy, W., Shuse, D., Steer, C.D., Pourcain, B.S. & Oliver, B.R. (2013). Oppositionality and socioemotional competence: interacting risk factors in the development of childhood conduct disorder symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 7,718-27
- Marcelli, D., Nadel, J., Roubira, J. L., Peze, A., Kervella, C., Paget, A., Boinard, S., Plantey, D., & Lorthiois, A. (1997). Interactions mères déprimés-bébé: Étude à partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé. *Psychiatrie de l'Enfant*, 40(2), 505-531.
- Marchioli, P.T.O. & Fulgenicio, L (2013). *O complexo de Édipo nas obras de Klein e Winnicott: comparações*. Agora (rio de Janeiro), 1, 106-118.
- 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 (29-40)*. Lisboa: Edições FMH
- Martins, R. F. R. (2001a). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. M. F. da Fonseca & R. F. R. Martins, *Progressos em psicomotricidade (29-40)*. Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R.F.R. (2001b). A relaxação psicoterapêutica no contexto da saúde mental: O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. M. F. da Fonseca & R. F. R. Martins, *Progressos em psicomotricidade (95-108)*. Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. F. R., & Rosa, R. (2005). *Crianças hiperativas e com défice de atenção*. In M. J. Vidigal, *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes (179-214)*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Martins, R. (2008). *A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico*. *Revista Diversidades*, 6 (21), 19-28.
- Martins, Simões e Brandão (2015-2016). Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Martins, R. (2010). A Especificidade da Psicomotricidade: no caminho da identidade psicocorporal. *A Psicomotricidade*, 14, 114-128

- Matos, P. M. (2003). *O conflito à luz da teoria da vinculação*. In Costa, M. E. (Coord.), *Gestão de conflitos na escola* (144-191). Lisboa: Universidade Aberta
- Matos, P.P. (2009). *Perturbações do desenvolvimento infantil – conceitos gerais*. Dossier: neurodesenvolvimento infantil; 25, 669-76
- Matos, A. R..P.(2013). *O BULLYING NO CONTEXTO ESCOLAR: Impacto de um projeto de intervenção, na diminuição da vitimização e do bullying, e sua relação com a Inteligência Emocional*. Mestrado integrado em psicologia: Universidade de Lisboa
- Maximiano, J. (2004). *Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria*. PsiLogos, 1(1), 85-95
- Melo, A. (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*. Mestrado em Psicologia Clínica.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Disponível em: file:///Downloads/Folheto056.pdf
Acedido a: 22/10/2015
- Mira, A.R. (2011). *Quando o corpo fala* [online exclusive]. Newsletter da universidade de Évora. Retirado de <http://www.uenews.uevora.pt/junho2011/noticiaprin.html>
- Mostofsky, S. H., Burgess, M. P., & Larson, J. C. (2007). Increased motor cortex white matter volume predicts motor impairment in autism. *Brain*, 130, 2117-2122.
- Motta, D.C., Falcone, E.M.O., Clark, C., Manhães, A.C. (2006). *Práticas Educativas Positivas Favorecem O Desenvolvimento Da Empatia Em Crianças*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11, 3, 523-532.
- Nabuzoka, D., Ronning, J., & Handegard, B. (2009). Exposure to Bullying, Reactions and Psychological Adjustment of Secondary School Students. *Educational Psychology*, 29(7), 849-866.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw A Person - A quantitative scoring System*. San Antonio, San Diego, Orlando, New York, Chicago, Toronto: The Psychologists Corporation Harcourt Jovanovich.
- Navarro, J. (2008). *Verdade ou mentira?* Lisboa: Oficina do livro – Sociedade Editorial, Lda
- Oliveira, G.C. (2002). *Psicomotricidade: educação e redução num enfoque psicopedagógico*. 2ed. Petrópolis: Vozes
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in School: Evaluation and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 80(1), 124-134.

- OMS (2010) World Health Organization [WHO]. (2014). Basic Documents. Obtido de Basic Documents: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
- Onofre, P. S. F. (2004). *A criança e a sua psicomotricidade: Uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Pardilhão, C., Marques, M.E. & Marques, C. (2009). *Perturbação do comportamento e perturbação de hipervividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos cuidados primários*. Dossier: saúde mental infantil; 25, 592-599
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52
- Ré, A.H.N. (2001). *Crescimento, maturação e desenvolvimento na infância e adolescência: implicações para o esporte*. Universidade de São Paulo –Brasil
- Rebello, A.C. & Vial, A.P.(2006). Desenvolvimento da linguagem e sinais de alerta: construção e validade de um folheto informativo. *Re(habilitar)- revista da ESSA*. 2, 69-98
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. American Guidance Service.
- Ribeiro, D.P.S: (2010). Relaxação e Fortalecimento do Ego na Promoção da Assertividade: decorrências do texto de Hartland. *A Psicomotricidade*, 14, 41-49
- Rodrigues, A. N., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: Psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(2), 49-58.
- Rodrigues, A., & Antunes, N. L. (2013). *Mais FORTE do que eu!* 1ª Edição. Lua de Papel. Lisboa
- Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Espanha: Ediciones Algibe.
- Röhrich, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders – an overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*.
- Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5ª Edição: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar. 2008: Blackwell publishin)
- Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.
- Salgueiro, E. (1999). *Aspectos psicomotores das crianças irrequietas*. *Revista de educação Especial e Reabilitação*, 6 (1), 35-44.
- Santos, M. C. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. Identificar, Avaliar e Intervir*. 1ª Edição. Edições Sílabo, LDA. Lisboa.

- Santos, I.M.S.C. & Sousa, P.M.C. (s.d.). *Como intervir na Perturbação Autística*. Psicologia.com.pt disponível em: http://www.appda-norte.org.pt/docs/autismo/como_intervir_na_perturbacao_autista.pdf
- Sei, M.B., Souze, C.G.P. & Arruda, S.L.S. (2008). O sintoma d criança e dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vinculo – Revista do NESME*, 2; 5, 101-219
- Simão, M. (2008). *Psicomotricidade: Desenvolvimento Infantil e Distúrbios de Aprendizagem*. Disponível: <http://www.crda.com.br/tccdoc/12.pdf>.
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: teoria e avaliação*. Psiquilibrios Edições, Braga
- Sroufe, L. A. (2005). *Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood*. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349- 367
- Vecchiato, M. (2003). *A Terapia Psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília
- Velasco, C. G. (2006). *Aprendendo a Envelhecer... á luz da psicomotricidade*. Brasil: Phorte Editora Ltda.
- Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes - Aprender a ensar*. Lisboa: Trilhos
- Vidigal, M. J. (2005a). Uma Modalidade de Intervenção na Família. Em M. Vidigal, & et al., *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (299- 318). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vieira, J. (2009). *Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática*. 3, pp. 64-68
- Vieira, J.L., Batista, M.I.B. e Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: A teoria de uma prática* (2.ª ed.). Curitiba: CIAR.
- Weinfield N.S., SroufeL.A., Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 3, 695-702.
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The Comorbidity of Conduct Problems and Depression in Childhood and Adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 201-220.

V. ANEXOS

ANEXO A. Modelo de Proposta de Projeto ao HSEIT

ANEXO B. Observação de uma equipa de Pedopsiquiatria

ANEXO C. Instrumentos de Avaliação

- Anexo C1. Anamnese
- Anexo C2. BASC – pais 4.5anos
- Anexo C3.BASC – pais 6.11 anos
- Anexo C4. Ficha da BPM
- Anexo C5. GOC

ANEXO D. Individuo I

- Anexo D1. Relatório avaliação e Plano terapêutico
- Anexo D2. Registo das sessões

ANEXO E. Individuo II

- Anexo E1. GOC inicial
- Anexo E2. BASC Inicial
- Anexo E3. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo E4. Registo Sessões
- Anexo E5. Foto sessão (1) (2) (3)

ANEXO F. Individuo III

- Anexo F1. GOC inicial
- Anexo F2. BPM Inicial
- Anexo F3. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo F4. Registo Sessões
- Anexo F5. Foto sessão (1) (2)
- Anexo F6. Reavaliação da BPM

ANEXO G. Individuo IV

- Anexo G1. GOC inicial
- Anexo G2. BASC Inicial
- Anexo G3. DAP inicial

- Anexo G4. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo G5. Registo Sessões
- Anexo G6. Foto sessão

ANEXO H. Individuo V

- Anexo H1. GOC inicial
- Anexo H2. BPM e BASC Inicial
- Anexo H2.1. Resultados BASC- pais
- Anexo H3. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo H4. Registo Sessões
- Anexo H5. Foto sessão (1) (2) (3)

ANEXO I. Individuo VI

- Anexo I1. GOC inicial
- Anexo I2. BASC Inicial
- Anexo I3. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo I4. Registo Sessões

ANEXO J. Individuo VII

- Anexo J1. GOC inicial
- Anexo J2. BASC Inicial
- Anexo J3. DAP inicial
- Anexo J4. BPM inicial
- Anexo J5. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo J5. Registo Sessões
- Anexo J6. Foto sessão (1) (2) (3) (4) (5)

ANEXO L. Individuo VIII

- Anexo L1. GOC inicial
- Anexo L2. BASC Inicial
- Anexo L3. DAP inicial
- Anexo L4. Relatório Avaliação e Plano terapêutico
- Anexo L5. Registo Sessões