



PSICOMOTRICIDADE EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE
SÃO FRANCISCO XAVIER DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

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: Dra. Lídia Maria Farinha Martins

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Marisa Daniela Rego de Castro

2012

Agradecimentos

Acima de tudo um reconhecimento à Faculdade de Motricidade Humana, pelo estabelecimento de protocolos com diversas entidades, nomeadamente o Hospital de São Francisco Xavier, e por proporcionar aos Mestrandos estágios curriculares com supervisão.

Uma palavra de agradecimento à Dra. Georgina Maia, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, que outrora reconheceu com idoneidade a importância de integrar um Psicomotricista nesta equipa multidisciplinar, e que atualmente permite estágios curriculares nesta valência. Obrigada pelo acesso facultado ao material bibliográfico interno, que em muito auxiliou o trabalho desenvolvido.

A todos os técnicos e estagiários da equipa por todo o carinho com que me receberam e integraram... Como foi rica cada reunião multidisciplinar, cada troca de experiências, cada conversa informal...

Ao Professor Doutor Rui Martins, por toda a disponibilidade e suporte dedicado ao longo deste percurso. Agradecer sem dúvida os momentos de partilha de conhecimentos e experiências formativas, de um modo tão subtil e sábio. A capacidade crítico-reflexiva que sempre procurou fomentar, e que será valiosa quer no futuro profissional, quer pessoal. Pelo acompanhamento próximo e pela motivação que em cada dia incutiu e que me fizeram crescer em confiança e determinação.

À Dra. Lídia Martins, um obrigada e um carinho especial, por tudo aquilo que me ensinou e pela forma tão espontânea e profissional com que o fez. Pela sua disponibilidade, simpatia e acessibilidade demonstradas em cada momento. Reconheço merecidamente todo o apoio, os momentos de conversa, os conselhos, a oportunidade de observar as sessões, onde cada dia era diferente e interessante. A sua competência profissional e os efeitos que esta surtia desencadearam em mim uma vontade de saber, de descobrir mais nesta área da saúde mental infantil...

Uma palavra muito terna de agradecimento a todas as crianças que tive o privilégio de conhecer e intervir durante estes meses. Graças a elas compreendi realmente a importância do trabalho desenvolvido em saúde mental infantil. Com elas estabeleci uma relação especial, que vai deixar saudade... Independentemente de todas as condicionantes, estas crianças são autênticos tesouros, que suscitam vontade de ir em busca, de perceber e de descobrir.

E com este obrigada termino. A toda a minha família que acompanhou a par e passo o meu percurso académico e deu um contributo precioso, com palavras de incentivo e coragem mesmo perante os obstáculos. Pelos momentos de escuta e partilha, obrigada. Não poderia deixar de agradecer também aos amigos mais próximos, que lá estavam quando as dúvidas surgiam e quando espalpar era preciso. Às colegas de mestrado e do núcleo de estágio, obrigada.

Parte destas palavras, são parte de todos vocês. Obrigada.

Resumo

O presente relatório traduz o resultado do estágio desenvolvido, no ano letivo 2011/2012, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital de São Francisco Xavier, no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Este serviço presta cuidados no domínio da prevenção, tratamento e reabilitação, dispondo de uma vasta equipa multidisciplinar ao nível da pedopsiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social e psicomotricidade. Esta valência é uma resposta para problemáticas situadas na convergência do psiquismo e do somático, que podem beneficiar de mediação corporal. Maioritariamente a intervenção psicomotora é realizada em sessões semanais, com duração de 45/50 minutos, num contexto promotor de experiências diversificadas, onde se preconiza que o sujeito seja agente ativo e criativo. Procura atender a criança ou o adolescente num modelo integrado, em articulação com o contexto familiar e social. Nos casos em acompanhamento, registou-se uma evolução terapêutica positiva ao nível psicomotor, psicoafetivo e cognitivo. Toda a atividade formativa complementar se mostrou fundamental na compreensão das psicopatologias, bem como na conceção e implementação de projetos pedagógico-terapêuticos individualizados. Este estágio permitiu consubstanciar os conhecimentos teóricos na prática profissional, em regime de supervisão, fundamental antes de enveredar para o mercado de trabalho.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Saúde Mental, Infância, Desenvolvimento, Psicopatologia, Observação, Avaliação, Projeto Pedagógico-terapêutico, Equipa Multidisciplinar, Modelo Integrado

Abstract

This report represents the result of an internship in the academic year 2011/2012, in the Master of Psychomotor Rehabilitation, which took part in the Department of Psychiatry and Mental Health of Children and Adolescents of the Hospital of St. Francisco Xavier. This service provides care in the field of prevention, treatment and rehabilitation, having a large multidisciplinary team at the level of child psychiatry, nursing, psychology, social services and psychomotricity. This last one is the response to a problem located at the convergence of the psychic and somatic, which can benefit from body mediation. Psychomotor intervention is mostly implemented in weekly sessions, lasting 45/50 minutes, in a setting promoting diverse experiences, in which the subject is an active and creative agent. It seeks to meet the child or adolescent in an integrated model in conjunction with family and social context. In the monitoring cases there was a positive therapeutic outcome in psycho-affective, psychomotor and cognitive development. Additional formative activities proved to be crucial to understand psychopathologies, as well as, the conception and implementation of individualized therapeutic-pedagogical projects. This internship allowed the integration of theoretical and practical knowledge, under supervision, which is essential before stepping up to the job market.

Kew-words: Psychomotricity, Mental Health, Children, Development, Psychopathology, Observation, Evaluation, Therapeutic-pedagogical Project, Multidisciplinary Team, Integrated Model

ÍNDICE

Resumo	ii
1. Introdução	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	2
2.1. Saúde mental e psicomotricidade	2
2.1.1. Saúde mental - contextualização	2
2.1.2. Saúde mental na infância e na adolescência em Portugal	2
2.1.3. Enquadramento legal em Portugal.....	3
2.1.4. Psicomotricidade em saúde mental	4
2.2. Enquadramento institucional.....	8
2.2.1. Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital de São Francisco Xavier	8
2.2.2. A psicomotricidade no SPSMIA	10
2.2.3. Psicomotricidade e outros contextos de intervenção	11
2.3. Problemáticas respeitantes aos casos em acompanhamento.....	13
2.3.1. Dificuldades de Aprendizagem	14
2.3.2. Perturbações da comunicação	16
2.3.3. Perturbações globais do desenvolvimento.....	16
2.3.4. Perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção	18
2.3.5. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	20
2.3.6. Perturbações da eliminação	21
2.3.7. Outras perturbações.....	21
3. Realização da Prática Profissional	23
3.1. A Psicomotricidade neste contexto hospitalar.....	23
3.1.1. O papel do psicomotricista, modelos e objetivos de atuação	23
3.1.2. Contexto de intervenção psicomotora.....	24
3.2. Calendarização da intervenção no estágio/horário de estágio	25
3.3. Tipologia do processo de intervenção psicomotora	26

3.3.1.	Avaliação.....	28
3.3.1.1.	Avaliação informal	28
a)	Observação	28
b)	Entrevista semiestruturada	28
c)	Grelha de Observação do Comportamento	29
3.3.1.2.	Instrumentos de avaliação formal	30
a)	Bateria Psicomotora	30
b)	Desenho da Pessoa (Drawn a Person).....	31
c)	Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita	31
d)	Diagnóstico das Aquisições Percetivo-Auditivas	31
e)	Perfil Psicoeducacional - Terceira Edição (Psychoeducational Profile - Third Edition)	32
3.4.	Caracterização dos casos em acompanhamento	32
3.4.1.	Casos em acompanhamento co-terapêutico.....	33
3.4.2.	Casos em acompanhamento co-terapêutico com envolvimento mais participativo	42
3.4.3.	Caso em acompanhamento terapêutico	44
3.4.4.	Calendarização das sessões relativas aos casos em acompanhamento	46
3.5.	Estudo de caso.....	46
3.5.1.	Descrição do caso	46
3.5.2.	Avaliação Inicial.....	49
3.5.3.	Perfil intraindividual.....	50
3.5.4.	Planeamento da intervenção – projeto pedagógico-terapêutico.....	51
3.5.4.1.	Objetivos de intervenção	51
3.5.4.2.	Estratégias de intervenção	52
3.5.4.3.	Atividades	53
3.5.4.4.	Calendarização da intervenção	53
3.5.4.5.	Organização da intervenção	53

3.5.5.	Apresentação dos resultados da avaliação inicial vs. avaliação final	54
3.5.5.1.	Desenho da Pessoa	54
3.5.5.2.	Bateria Psicomotora	56
3.5.6.	Evolução terapêutica	60
3.5.7.	Recomendações para o projeto pedagógico-terapêutico	62
3.6.	Atividades complementares de formação	65
3.6.1.	Formação interna proporcionada no SPSMIA.....	65
3.6.2.	Formação externa proporcionada pelo SPSMIA e pelo HSFX	65
3.6.3.	Atividade formativa no âmbito do núcleo de estágio	66
3.6.4.	Conferências e Congressos.....	66
3.7.	Dificuldades e limitações	67
4.	Conclusão Reflexiva	68
5.	Referências Bibliográficas	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Horário das atividades de estágio.....	26
Tabela 2. Calendarização das sessões relativas aos casos em acompanhamento e registo de assiduidade.....	46
Tabela 3. Perfil intraindividual da T.M.....	51
Tabela 4. Objetivos de intervenção do projeto pedagógico-terapêutico da T.M.	52
Tabela 5. Calendarização da intervenção no projeto pedagógico-terapêutico da T.M.	53
Tabela 6. Resultados obtidos no DAP - avaliação inicial vs. avaliação final da T.M.	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Desenho do próprio, do homem e da mulher, respetivamente - avaliação inicial da T.M.	55
Figura 2. Desenho do próprio, do homem e da mulher, respetivamente - avaliação final da T.M.	55
Figura 3. Perfil psicomotor – avaliação inicial vs. avaliação final da T.M.	57

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. Lista de material da sala polivalente.	77
ANEXO B. Evolução terapêutica dos casos em acompanhamento e aprendizagem inerente.....	82
ANEXO C. Plano terapêutico delineado pela equipa multidisciplinar para cada caso.	92

ABREVIATURAS

AAPIA	Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APP	Associação Portuguesa de Psicomotricidade
BPM	Bateria Psicomotora
CHLO-EPE	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Entidade Pública Empresarial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
CNRSSM	Comissão Nacional para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
CNSM	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DA	Dificuldades de Aprendizagem
DAP	<i>Drawn a Person</i>
DAPA	Diagnóstico das Aquisições Percetivo-Auditivas
DID	Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental
DILE	Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita
DGS	Direção Geral da Saúde
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quarta Edição
GOC	Grelha de Observação do Comportamento
HSFX	Hospital de São Francisco Xavier
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
PEP-3	Perfil Psicoeducacional – Terceira Edição
PHDA	Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção
RACP	Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
SPSMIA	Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência
WHO	<i>World Health Organization</i>

Por enquanto eu não sou para ti senão uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativares, passamos a precisar um do outro. Passas a ser único no mundo para mim. E eu também passo a ser única no mundo para ti...

(Saint-Exupéry, 2002, p. 68)

1. Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) integrado no plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa, no ano letivo 2011/2012. O estágio foi desenvolvido na área da Saúde Mental Infantil e decorreu entre outubro de 2011 e junho de 2012.

O RACP preconiza essencialmente o aprofundamento de conhecimentos científicos e metodológicos no âmbito da Reabilitação Psicomotora em Saúde Mental, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar. Além disso, procura desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e organização da intervenção, fomentando em simultâneo a capacidade de inovação na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais que contribuam para o crescimento profissional e científico da área. Deste modo possibilita um enriquecimento de competências específicas nos seguintes domínios: intervenção psicomotora pedagógico-terapêutica; relação com outros profissionais; e relação com a comunidade. No que respeita ao primeiro domínio visa-se um inter-relacionamento dos saberes próprios da sua área de intervenção com as atividades profissionais a desenvolver, nomeadamente na avaliação psicomotora, na conceção e implementação de programas de intervenção individualizados e na identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento, e elaboração das respetivas medidas preventivas e profiláticas. Ao nível da relação com outros profissionais, pretende-se uma comunicação e partilha de saberes no seio de equipas multidisciplinares, podendo incluir a participação na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação. Isto permitirá certamente uma autoavaliação do desenvolvimento do estagiário, do seu potencial de adaptação e de aprendizagem na referida equipa. O último domínio pressupõe uma articulação integrada entre os diferentes intervenientes no processo (família, técnicos, escola, etc.), por meio da orientação e aconselhamento das diferentes áreas de intervenção da psicomotricidade ao nível pessoal, familiar e comunitário.

O estágio decorreu no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA) do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX). Este serviço presta cuidados de saúde mental – prevenção, tratamento e reabilitação – a crianças e adolescentes entre os 0 e os 17 anos (inclusive) residentes na área de influência. Para tal conta com uma vasta equipa técnica multidisciplinar, a qual inclui, entre outros técnicos, o Psicomotricista. Procura atender a criança ou o adolescente num modelo integrado, biopsicossocial, articulando com os diferentes contextos onde se insere (familiar, social - escolar).

No que concerne à organização do relatório, este subdivide-se essencialmente em três capítulos. Num primeiro, procurar-se-á introduzir e enquadrar de forma breve a prática profissional, contextualizando o conceito da saúde mental em Portugal, bem como o seu enquadramento legal e qual a pertinência da intervenção psicomotora nesta área. Ainda neste capítulo será caracterizada a instituição de estágio, e em específico a dinâmica da psicomotricidade na mesma. De modo a suportar toda a abordagem subsequente, será feita uma revisão bibliográfica sobre algumas problemáticas relevantes em saúde mental. Num segundo capítulo constará a realização profissional em si, que inclui desde a caracterização/tipologia do processo de intervenção neste contexto, com particular ênfase na fase de avaliação, até à caracterização específica dos casos em acompanhamento, salientando-se aqui o estudo de caso. Por último, a título conclusivo, far-se-á uma conclusão crítico-reflexiva abrangente, tendo em consideração as dificuldades e limitações inerentes ao estágio e todas as atividades complementares de formação. Todo o relatório será suportado numa revisão da literatura, priorizando fontes que melhor fundamentem os casos acompanhados.

2. Enquadramento da Prática Profissional

2.1. Saúde mental e psicomotricidade

2.1.1. Saúde mental - contextualização

Segundo a *World Health Organization* [WHO] (2003) a Saúde Mental não diz respeito unicamente à ausência de perturbação mental, sendo definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Este termo inclui a perceção subjetiva do bem-estar, autoeficácia, autonomia, competência, e de realização do potencial intelectual e emocional. Pode ainda definir-se como um estado de bem-estar através do qual os indivíduos são capazes de reconhecer as suas habilidades, lidar com o stress da vida quotidiana, ser produtivos a nível profissional e dar um contributo à comunidade em que estão inseridos.

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. Das 10 causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas. (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008).

É de salientar que nenhum grupo está imune à perturbação mental, no entanto o risco é maior entre os estratos sociais mais baixos, sem abrigo, desempregados, pessoas com baixas habilitações académicas, vítimas de violência, emigrantes e refugiados, populações indígenas, crianças e adolescentes, mulheres maltratadas, idosos negligenciados (WHO, 2003). Segundo a mesma fonte, estima-se que no mundo cerca de 450 milhões de pessoas sejam acometidas por uma perturbação mental ou comportamental, das quais 150 milhões sofrem depressão e 25 sofrem de esquizofrenia. Estes números mostram-se preocupantes desde logo em termos de sofrimento humano e incapacidade, mas também pelas implicações no setor económico (WHO, 2003).

Embora escassos, os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental em Portugal não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, embora os grupos mais vulneráveis pareçam apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa (Comissão Nacional para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007; CNSM, 2008). Outro facto ainda é que para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas apresentam problemas de saúde mental considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenção (CNSM, 2008).

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência [AAPA] (1999) e a WHO (2003), 1 em cada 5 crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar. De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas apenas um quinto recebe tratamento apropriado.

A família é um fator fundamental a ser considerado visto na maior parte das situações constituir o prestador de cuidados primários destas crianças, quer em termos de suporte físico, quer emocional. Um problema que surge habitualmente tem que ver com a exposição ao estigma e discriminação social, que gradualmente conduz ao isolamento da criança e, em consequência, da própria família (WHO, 2003).

2.1.2. Saúde mental na infância e na adolescência em Portugal

Os problemas de saúde refletem a interação complexa entre a criança ou o adolescente, a família e o meio sociocultural em que estão inseridos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2004). As perturbações psíquicas da criança e do jovem constituem uma área de intervenção prioritária, por múltiplas razões: a) a sua alta prevalência, referida nas estatísticas internacionais (15 a 20%); b) os comportamentos de risco daí

decorrentes, tais como o consumo de álcool e drogas, ideação e atos suicidários, comportamentos delinquentes, etc.; c) as suas possíveis repercussões negativas na saúde física, integração e aprendizagem escolar e futura adaptação socioprofissional; d) o risco que representa para a qualidade de vida familiar, para futuros problemas mentais na vida adulta e para a transmissão transgeracional desses problemas (DGS, 2004).

De acordo com a DGS (2004) as necessidades e os problemas de saúde mental variam conforme a idade, o género e o nível de desenvolvimento da criança e do adolescente. As respetivas intervenções são tanto mais eficazes quanto mais precocemente forem desenvolvidas. A um nível preventivo primário, devem ser dirigidas prioritariamente aos períodos da gravidez, perinatal e da primeira infância (DGS, 2004).

Em Portugal, decorreu em 2001 o 3º Censo Psiquiátrico, com a participação de 17902 indivíduos com doença mental, entre os quais 907 (5,5%) eram crianças e jovens com menos de 15 anos. Nesta faixa etária, as perturbações da adaptação surgem como o diagnóstico mais frequente (121; 13%), seguido dos atrasos mentais (74; 8,2%), das neuroses (71; 7,8%) e de outras psicoses (45; 5,0%) (DGS, 2004). Além disso, muitas destas perturbações são suscetíveis de serem precursoras de outras na idade adulta (AAPIA, 1999).

Nos últimos anos constata-se quer o aumento da frequência de certos problemas, quer um acréscimo da visibilidade social de outros, os quais, na sua globalidade, constituem uma situação de alarme e de maior consciência social. São de referir, nomeadamente os maus tratos extremos, os abusos sexuais, a violência e as perturbações do comportamento, os comportamentos autoagressivos, as depressões e os comportamentos aditivos, em crianças cada vez mais novas (Ferreira, 2006).

2.1.3. Enquadramento legal em Portugal

Portugal no contexto europeu situa-se no grupo de países que dedica menor esforço orçamental ao tratamento da doença mental. Todavia, a análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas. Entre estes, destaca-se a legislação de saúde mental, visto que Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional (Lei de Bases da Saúde Mental - 1963) de acordo com os princípios da setorização e da descentralização dos cuidados. Este fator significou uma mais-valia na melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma maior articulação com os centros de saúde e outras estruturas da comunidade. (CNRSSM, 2007; CNSM, 2008).

Em 1998, é criada em Portugal uma nova Lei da Saúde Mental – Lei n.º 36/98, com o objetivo de estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e regular o internamento compulsivo dos portadores de doença mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho). Regulamenta, assim, a organização dos serviços assistenciais numa articulação estreita entre os cuidados hospitalares e os comunitários, segundo um modelo de referência – modelo comunitário (CNRSSM, 2007; DGS, 2004). Este modelo distingue-se pelo facto de as estruturas de intervenção estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos; fazerem parte do sistema de saúde geral, o que contribui para diminuir o estigma frequentemente associado às instituições psiquiátricas; disponibilizarem a globalidade de cuidados (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), de modo abrangente, com garantia da sua continuidade pela mesma equipa profissional, com estreita articulação entre os diversos prestadores (DGS, 2004).

Esta Lei é a que vigora atualmente para toda a população com perturbações mentais e, portanto, a que abrange a população atendida pelo SPSMIA.

Em 1999, foi emitido o Decreto-Lei n.º 35/99, que inclui os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental. Entre outros aspetos, define-se sumariamente que os cuidados na área da infância e da

adolescência são prestados através de serviços especializados, formados por equipas multidisciplinares, em articulação com os serviços locais de saúde mental e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (DGS, 2004).

Em 2004, a DGS publicou a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental e promoveu a organização da segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizações que vieram chamar a atenção para a necessidade de se colocar a saúde mental na agenda de saúde pública em Portugal e de se implementarem as mudanças preconizadas pela Lei da Saúde Mental (CNRSSM, 2007).

A legislação, nesta área, é imprescindível para a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental e também para diminuir o preconceito inerente à sua condição.

Relativamente aos técnicos que trabalham com esta população está contemplado ao nível da CNSM a integração de Psicomotricistas nas equipas multidisciplinares de saúde mental, entre outros profissionais (CNSM, 2009).

Os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. Em Portugal, os recursos destinados à saúde mental são indiscutivelmente baixos se atendermos à contribuição das doenças mentais para a carga global das doenças. A análise dos dados disponíveis mostra que, tanto os recursos financeiros, como os recursos humanos, se encontram distribuídos de uma forma muito assimétrica (concentrados nos grandes centros) entre as várias regiões do país, entre os hospitais psiquiátricos e os departamentos de hospitais gerais, entre o internamento e o ambulatório (CNRSSM, 2007).

Uma análise da realidade portuguesa não pode deixar de se debruçar também sobre outros pontos que merecem uma atenção particular, nomeadamente: a reduzida participação dos utentes e familiares; a escassa produção científica no setor da psiquiatria e saúde mental; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis; e a quase total ausência de programas de promoção/prevenção (CNRSSM, 2007; CNSM, 2008).

Uma vez que os primeiros anos de vida são determinantes para um desenvolvimento equilibrado, promover a saúde mental na primeira infância torna-se fundamental (CNRSSM, 2007). Nesta medida, é urgente implementar programas que incluam desde o aconselhamento pré-natal, intervenção precoce, formação parental, prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, intervenções familiares e resolução de conflitos; programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, prevenção da violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social; sensibilização e informação em diversos setores, como os CSP, escolas, centros recreativos, locais de trabalho, media, etc. (CNSM, 2008).

A grande maioria das situações problemáticas recorre inicialmente aos CSP, destacando-se a importância desta primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação dos casos. Neste âmbito, a articulação entre as equipas de saúde mental da infância e adolescência e os CSP torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente, possibilitando a deteção precoce de situações de risco e uma intervenção atempada; maior eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária; implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce; formação de outros técnicos no âmbito da saúde mental infantil e juvenil (CNSM, 2009).

2.1.4. *Psicomotricidade em saúde mental*

De acordo com Fonseca (2004) a Psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade do ser humano. Na conceção da

Organização Internacional de Psicomotricidade e Relaxação e segundo Martins (2001a), trata-se de uma prática de mediação corporal, na qual o terapeuta estuda e compensa as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas (ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafetivo), permitindo à criança reencontrar o prazer sensoriomotor através do movimento e da regulação tónica, possibilitando depois a apropriação dos processos simbólicos, com enfoque numa componente lúdica.

Segundo Emck (2004), observa-se que as crianças com perturbações mentais (nomeadamente emocionais, desenvolvimentais e comportamentais) apresentam frequentemente distúrbios e peculiaridades no funcionamento psicomotor, daí a pertinência desta intervenção no âmbito específico da saúde mental. Segundo Fonseca (2005), em particular as perturbações mentais são quase sempre acompanhadas de uma perturbação de reconhecimento e identificação corporal, aperceção somática e/ou fraca integração ou representação interna de si próprio. Tendo em conta que o corpo está certamente mais próximo do inconsciente do que a palavra, o tónus, a postura, as mímicas, a atitude, o gesto, o olhar, a respiração, a tensão, a proxémia, o contacto tátil, o prazer, a dor, a alegria, a tristeza, os medos, as ambivalências, as inibições, o jogo livre e espontâneo, podem oferecer um quadro extremamente interessante sobre os conflitos inconscientes e sobre as suas defesas. Ainda de acordo com o mesmo autor, o corpo da criança pode fornecer inúmeras matrizes da sua história relacional, porque dele emanam sensações, emoções e sentimentos, que transcendem o reducionismo da comunicação verbal.

Fonseca (2004) afirma que a intervenção psicomotora engloba uma dimensão afetiva, não só pelas implicações tónicas e emocionais, como pelas implicações relacionais, reforçando o papel do diálogo tónico. Deste modo, age sobre a personalidade total dos indivíduos, oferecendo um conjunto de atividades educativas, reeducativas e terapêuticas determinantes para a saúde mental, na medida em que favorece o desenvolvimento global e influencia positivamente o bem-estar e a qualidade de vida.

Partindo do pressuposto de Fonseca (2005) de que “a tonicidade é a matéria-prima da vida afetiva” (p. 81), a emoção, sendo regulada pela função tónica, resulta de uma dialética interativa entre a atividade interior das vísceras e a atividade dos músculos em relação com o envolvimento. As variações tónicas refletem, assim, nuances da vida afetiva da criança.

A psicomotricidade tem sido uma área científica marcada pela pluralidade, desenvolvendo-se em contextos de ação diferenciados em função da história do sujeito, da origem e tipologia das suas dificuldades, das características do meio institucional e até da personalidade e formação profissional do terapeuta, podendo incidir fundamentalmente sobre duas componentes: relacional e instrumental. Citando Martins (2001a), ao valorizar-se a componente relacional e psicoafetiva, que envolve a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade e do distanciamento, a criança explora livremente as possibilidades de afirmação dos seus desejos, num clima permissivo e num espaço referenciado por uma atmosfera afetiva e um diálogo tónico-emocional. Por meio do jogo livre e pela atitude permissiva, securizante e de escuta do terapeuta, tornar-se-á possível ultrapassar certos bloqueios da criança. Esta componente é fortemente influenciada pela corrente psicodinâmica e vai, segundo Chappaz-Pestelli (1994), permitir como que um reviver da relação mãe-bebé: o contacto pele a pele, o calor que unifica o bebé e lhe dá prazer, o frio que o reenvia para o desprazer, a postura envolvente que o acalma ou angustia, as mímicas, os sorrisos, a voz.

Por outro lado, a prática pode centrar-se particularmente numa componente instrumental (cognitiva), envolvendo uma relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento. Neste caso, como refere Martins (2001a), a partir da experimentação sensoriomotora (mais ou menos espontânea em função das capacidades de iniciativa e criativa do sujeito), pretende estimular-se o

desenvolvimento da atividade perceptiva e simbólica/conceitual valorizando a intencionalidade e a consciencialização da ação, e explorando todas as formas possíveis de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, etc.). Trata-se de metodologias complementares uma vez que o que se procura veicular na criança é um desenvolvimento harmonioso.

Tal como Martins (2001a) adverte, é importante não descurar a importância que os processos de comunicação assumem em psicomotricidade, a um nível de integração entre o verbal e o não-verbal (linguagem corporal). Particularmente a este último nível, Bourger (2003) salienta que ao procurar apoio, o corpo da criança fala e exprime um sofrimento, impossível, muitas vezes, de se exprimir num outro registo.

Vayer (1971) assume, assim, a psicomotricidade como uma forma de terapia que pode incluir técnicas psicossomáticas, métodos expressivos, métodos de relaxação, atividades lúdicas, isto é, processos de ação inspirados na psicanálise e na psicoterapia, que favorecem a eclosão de projeções, identificações e o desbloqueamento dos mecanismos de defesa.

De acordo com Bèrges e Bounes (1985) a relaxação assume uma função primordial relacionada com o autoconhecimento e a autoconsciência a partir da oscilação entre estados de tensão e descontração, intrinsecamente ligados à sua organização emocional. Para Boscaini (2003), a experiência tónico-emocional e fantasmática permite ao corpo reviver e restabelecer uma verdadeira relação primária e tónico-emocional do sujeito com ele próprio e com o outro. Deste modo, segundo Martins (2001b), a relaxação psicoterapêutica atua como mecanismo regulador das emoções influenciando a intensidade das suas manifestações e coordenando a associação entre a ação e a sua expressão emocional. Citando o mesmo autor, na relaxação, a palavra funciona como expressão de uma presença securizante, permitindo a descontração sem angústias ligadas ao eventual desmontar dos mecanismos defensivos tónicos. Além disso, a palavra é também indutora do estabelecimento de uma relação terapêutica calma. Após um momento de relaxação, torna-se importante verbalizar o que foi vivenciado, encontrando na auto-observação da pessoa a ligação verbal com o que foi percebido, ao mesmo tempo que faz a ligação transferencial com o próprio terapeuta (Martins, 2001b).

De acordo com Vecchiato (2003), o jogo psicomotor pretende recuperar o prazer corporal e a dimensão emocional e afetiva precoce, regredindo em busca do conflito e dos núcleos psicopatológicos e progredindo em busca da identidade e à conquista da autonomia rumo à independência. Constitui portanto uma experiência emocional corretora e reorganizadora, ao revelar condutas emocionais e transferenciais. Despertando as impressões sensoriais visuais, táteis e quinestésicas na dissociação entre elementos corporais e extracorporais, o jogo promove a passagem da ação à representação (Vecchiato, 2003).

Segundo Piaget, Wallon e Winnicott (cit. in Martins, 2001a), o jogo pode assumir características diversas: jogos de exercício (funcionais ou sensoriomotores), a fim de harmonizar os gestos e aumentar a sua eficácia; jogos simbólicos ou de imaginação (de ficção), os quais favorecem a passagem do nível sensoriomotor ao nível da representação e permitem ao Eu compensar a realidade, eliminando possíveis conflitos e medos e antecipando os acontecimentos; jogos de construção (de fabricação), que sustentados nos anteriores favorecem uma adaptação mais precisa à realidade; jogos de regras (jogos sociais), que se caracterizam por certas obrigações comuns permitindo o desenvolvimento da cooperação e da descentração.

Esta apresentação sequencial em tudo se relaciona com as fases da motricidade humana referenciadas por Onofre (2004) na sua obra: 1) do vivido ao sentido: motivado por estímulos internos, impulsos viscerais, chamados de interocetivos que são reforçados por estímulos periféricos e corporais – propriocetivos; 2) do sentido ao percebido: a criança começa a organizar esse seu sentir e procura confrontá-lo com novas experimentações, à custa dos órgãos sensoriais na captação de sinais exteriores –

estímulos exteroceptivos; e 3) do percebido ao representado: a criança é então capaz de criar representações, explicações, mediante o estímulo-resposta, havendo portanto uma consciencialização do que se está a passar consigo e à sua volta. Deste modo, parafraseando Ajuriaguerra (1978), o corpo da criança é antes de mais um corpo agido no diálogo corporal com a mãe, passando a ser um corpo atuante no diálogo corporal com os objetos, para, finalmente, se tornar num corpo ator no diálogo corporal consigo próprio.

Neto (2004) afirma que o jogo não só exige integração sensorial e emocional, como promove o desenvolvimento cognitivo ao permitir a descoberta, a atividade espontânea, a comunicação verbal e não-verbal, a produção divergente, as habilidades manipulativas, a resolução de problemas, mobilizando, para tal, diversos processos e operações mentais. A criança aprende a estruturar a linguagem por meio do jogo; a cultura é transmitida através do jogo. As habilidades motoras são desenvolvidas em situações pedagógicas que utilizam o jogo como meio educativo. Rodrigues e Marta (1994) concluem que o jogo é, assim, indicador e potenciador do desenvolvimento em si mesmo.

O jogo dramático é também um ótimo recurso em psicomotricidade, na medida em que além de facilitar diferentes meios de comunicação (verbal, mímica-expressiva, emocional), permite a transfiguração neste ou naquele personagem, no jogo faz-de-conta. Outro exemplo são os contos de fadas que tão frequentemente invadem as sessões. Cada conto tem um impacto exclusivo em cada criança, visto que é um espelho mágico que reflete certos aspetos do seu mundo interior, bem como os passos exigidos pela evolução da imaturidade para a maturidade. Não só refletem a própria imagem, como as lutas interiores e os caminhos a percorrer em direção à recompensa. Desde a história do “capuchinho vermelho” que ajuda a mentalizar a organização da sexualidade; a história do “patinho feio” que faz pensar sobre o abandono, isolamento, tristeza, diferença; o “gato das botas” que, com a sua magia e onipotência, favorece a autoestima e a criatividade; os “três porquinhos e o lobo mau” que fala sobre os impulsos, o crescimento, a ingenuidade, a predação, etc. (Bettelheim, 2003; Costa, 2008). Todavia, cada criança vive cada conto da sua própria forma, podendo esta significação ser distinta da perspetiva apresentada anteriormente pelo autor. Às vezes a criança prende-se a um único aspeto de um conto ou de uma história sem que tenha relação com o tema geral.

Tal como defende Winnicott (1975), no brincar a criança manipula fenómenos externos ao serviço do sonho e veste fenómenos externos escolhidos com significado onírico. Há uma evolução direta dos fenómenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais.

A relação sujeito-objeto assume um papel importante no pensamento walloniano, mostrando que, ao manipular objetos, a criança atinge efeitos que a excitam emocionalmente, fazendo com que os mesmos gestos se repitam e automatizem, facilitando a sua autodescoberta e a organização de representações. Ao mesmo tempo que explora objetos, explora-se corporalmente, autoconhecendo-se – gènesse do conhecimento pessoal e social, que emerge da ação. Ao tomar consciência de si a criança acaba por se diferenciar do outro e assume a constituição da sua personalidade (Wallon, 1963). Fonseca (2005) acrescenta que assim como os objetos são importantes para a estruturação sensoriomotora da imagem do corpo, o outro é necessário para a integração afetiva da mesma imagem, o que coloca em destaque a perspetiva relacional do desenvolvimento psicomotor.

Segundo Fonseca (1981), a reprodução de sons e ritmos, de descoberta de objetos sonoros, de diferenciação de tom, intensidade, de percussões com todo o corpo ou com partes, de batimentos, de contrastes sonoros, colocam em jogo percepções espaço-temporais, memorizações gestuais, improvisações e criações expressivas ilimitadas, para além do fator de socialização que lhe pode estar inerente, e que pode ser muito benéfico neste contexto interventivo.

O desenho, enquanto recurso expressivo, é de valor crucial na medida em que através dele a criança expõe visualmente aquilo que se passa no seu mundo interior de forma mais ou menos explícita, conforme os movimentos de transferência do aqui e do agora (Bléandonu, 2003). Nesta ótica Ferro (1995) considera o desenho como uma representação do tipo de relações presentes no mundo emocional da criança. De acordo com Blanchard e Decherf (2004), o traço constitui-se como continente e contentor da energia pulsional. Às formas traçadas, a criança associa palavras, isto é, conta histórias, de modo que o desenho se estabelece como um intermediário entre o gesto e o pensamento. Fonseca (2005) ressalva que, para além dos aspetos da grafo e micromotricidade, o desenho do corpo permite aferir a maturidade psicomotora, a representação espacial, o conhecimento da criança, entre outros aspetos, não esquecendo que traduz um processo de adaptação emocional, afetiva e social. A percepção, a conceção do corpo e a capacidade gráfica de o exprimir pertencem a níveis distintos de organização da atividade cognitiva e motora e, portanto, acabam por revelar informações também distintas relativamente ao conhecimento do corpo (Fonseca, 2005).

2.2. Enquadramento institucional

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

O Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), fundado em 1987, é uma unidade hospitalar atualmente integrada no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Entidade Pública Empresarial (CHLO-EPE), que agrega os Hospitais de Egas Moniz, de Santa Cruz e de São Francisco Xavier. O HSFX fica situado na freguesia com o mesmo nome, na zona do Restelo, em Lisboa. É um Hospital geral, central do Sistema Nacional de Saúde, onde se encontram sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa. A sua área de influência é constituída pelas freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável, do concelho de Lisboa, todo o concelho de Oeiras, para cuja população é o hospital de primeira linha, e ainda todo o concelho de Cascais para a área de saúde mental. Constitui também o hospital de referência nalgumas subespecialidades para a população de Amadora e Sintra.

O HSFX presta cuidados de saúde diferenciados a uma população de cerca de 1 milhão de habitantes. De entre os vários departamentos, o CHLO dispõe do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, que compreende, por um lado o Serviço de Psiquiatria de Adultos e, por outro, o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, que será descrito com particular detalhe.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (SPSMIA), ou Serviço de Pedopsiquiatria do CHLO, iniciou funções em 1999. Contudo, só em 2006 ocupou as novas instalações no HSFX, encontrando-se em funcionamento no piso 0 do novo edifício. O serviço presta cuidados de saúde mental – prevenção, tratamento e reabilitação – a crianças e adolescentes entre os 0 e os 17 anos (inclusive) residentes na área de influência. No caso de o adolescente necessitar de continuidade do seu projeto terapêutico, após os 18 anos de idade, será encaminhado para o Serviço de Adultos. De salguardar que juntamente com toda a atividade assistencial, realiza atividades de formação e de investigação, onde se destaca a possibilidade de desenvolvimento de estágios que o serviço oferece em diversas áreas.

Anualmente recebe cerca de 550 pedidos de consulta, referenciados pelo Médico assistente ou por um médico de outra especialidade, Tribunal, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Casa Pia de Lisboa e Centros de Acolhimento de Emergência. Os motivos principais são as alterações do comportamento, os problemas de aprendizagem e as alterações de humor e ansiedade. A maior prevalência é a faixa etária dos 6 aos 12 anos, sendo que os rapazes constituem dois terços dos pedidos,

anulando-se esta diferença após os 15 anos. De ressaltar que o Serviço não possui internamento nem urgência, pelo que esta se realiza no Hospital de Dona Estefânia.

Quando um caso é enviado para o SPSMIA por prescrição médica, o utente é encaminhado, após uma triagem inicial, para a primeira consulta com o pedopsiquiatra. Nos casos em que a criança ou adolescente tem indicação para acompanhamento nesta área, será elaborado um projeto terapêutico individual, o qual poderá integrar diversos tipos de intervenções. Caso não se verifique necessidade desse acompanhamento, será fornecida essa informação fundamentada ao médico assistente que sinalizou o caso. As referidas intervenções poderão incluir tratamento ao nível da Psiquiatria da Infância e Adolescência, da Psicologia, da Enfermagem, do Serviço Social e da Psicomotricidade.

A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por um vasto conjunto de técnicos, entre eles: quatro Pedopsiquiatras, três Internos de Pedopsiquiatria, uma Enfermeira especializada, duas Psicólogas Clínicas, uma Técnica de Serviço Social, uma Psicomotricista, uma Secretária Administrativa e uma Auxiliar de ação médica, sendo a direção assegurada pela Dra. Georgina Maia, Pedopsiquiatra. Todos estes técnicos são importantes para um trabalho que se pretende que seja construído para cada caso clínico, onde cada um conhece a especificidade da sua área e compreende a necessidade de se articular com os restantes, a fim de planear uma intervenção mais eficaz e próxima dos utentes e respetivas famílias. Destinados para esta equipa existem seis gabinetes, o secretariado, a sala de reuniões, o gabinete de enfermagem e a sala polivalente, sendo nesta última que decorrem as sessões de psicomotricidade.

Com o trabalho desenvolvido por esta equipa pretende-se: 1) realizar o diagnóstico de perturbação mental da criança ou adolescente e, conseqüentemente, compreender as suas vivências internas; 2) avaliar a dinâmica familiar e as suas repercussões na manutenção da psicopatologia da criança ou do adolescente; 3) garantir a intervenção terapêutica junto da criança ou adolescente e da sua família, com avaliação regular dos resultados; 4) promover uma ligação com as estruturas do meio (social/comunidade ou escolar) em que a criança está integrada, com diferentes técnicos, de forma a melhor garantir uma intervenção eficaz e adequada.

Neste âmbito, face às necessidades dos utentes, a resposta dada por esta equipa multidisciplinar pode ser diversa, incluindo: observação da criança ou adolescente; observação da interação mãe/criança (primeira infância); entrevistas familiares; avaliações (psicológica, psicomotricidade); consultas terapêuticas à criança ou adolescente e à família; psicoterapia individual ou em grupo; psicofarmacologia; psicomotricidade; intervenção psicossocial (visitas domiciliárias, contacto com o médico assistente, escolas, jardins de infância, creches, amas ou outras entidades) e exames médico-legais. Este trabalho é desenvolvido em rede entre os técnicos da equipa e em colaboração com as estruturas de saúde, educativas, sociais e judiciais, quando necessário. A articulação interinstitucional com estruturas ligadas à saúde é geralmente assegurada pela enfermeira, com o apoio de um médico pedopsiquiatra. O serviço social assegura a articulação interinstitucional com as outras estruturas, principalmente com escolas e com a CPCJ, quer presencial (quando o volume de casos em comum é elevado), quer por contacto telefónico, correio eletrónico, fax, reuniões pontuais, de modo a aumentar a eficiência da articulação.

Num serviço com uma equipa multidisciplinar, mostra-se essencial um momento de partilha de informação e discussão de casos. Esse momento ocorre, neste serviço, semanalmente às quartas-feiras na sala de reuniões com todos os técnicos da equipa. Desta forma, é possível uma melhor articulação e comunicação entre os técnicos quando desenvolvem um trabalho com uma mesma criança ou adolescente. Nestas reuniões um técnico pode encaminhar para um colega da equipa uma criança ou adolescente quando sente que outro tipo de intervenção poderá ser necessária e benéfica. As reuniões apresentam dois momentos distintos: uma primeira parte, em que são discutidos casos selecionados previamente pelos técnicos; e, uma segunda parte, em que um técnico da

equipa apresenta um caso clínico. Pontualmente são apresentadas temáticas formativas específicas por alunos de medicina (estágios de 5º e 6º ano).

Este serviço realiza também, mensalmente, reuniões com o Serviço de Neuropediatria, Serviço de Pediatria do Desenvolvimento do HSFX, Consulta de Adolescentes e Centros de Saúde de Carnaxide, Oeiras e Ajuda e, semanalmente, com o Núcleo de Apoio à Criança do HSFX, a fim de discutir os casos em comum e, muitas vezes, proceder à permuta de casos entre os serviços para que seja dada uma resposta mais especializada, evitando a sobrecarga terapêutica.

Paralelamente existem reuniões periódicas com as escolas, a Casa Pia de Lisboa, a CPCJ de Oeiras e de Cascais e com as Equipas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa de Acompanhamento de Famílias com Crianças e Jovens em Risco.

Este serviço respeita nitidamente os princípios da ética e deontologia, sendo defendidos por todos os técnicos. Assim, o utente, criança ou adolescente, é sempre tido em conta como ator principal, sendo defendido e protegido pelo serviço, nomeadamente, no que respeita aos seus direitos. Perante casos de negligência, maus-tratos, abuso sexual ou outras situações que exijam uma proteção imediata, seguem-se os procedimentos legais em vigor. As situações são referenciadas, da forma mais breve e em função do caso, ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), à CPCJ da área ou diretamente ao Tribunal de Menores.

Para uma prevenção mais precoce é necessário diminuir um dos grandes problemas da psiquiatria da infância e adolescência: o estigma do próprio de vir ao psiquiatra e a dificuldade de alguns médicos efetuarem o despiste e pedir esta consulta. A psicofarmacologia é também alvo de estigma. Um dos fatores de bom prognóstico, mesmo nas situações mais graves, é a capacidade de a família aderir ao tratamento, construindo uma relação de confiança. Para tal é importante que a família e a/o criança/adolescente sejam esclarecidos sobre o diagnóstico e o tratamento e exponham as suas dúvidas. Comparecer às consultas marcadas com a periodicidade indicada é essencial; faltar implica a perda da qualidade terapêutica (Maia, 2011).

2.2.2. A psicomotricidade no SPSMIA

Relativamente à valência de psicomotricidade, o encaminhamento é realizado por qualquer elemento da equipa que acompanhe a criança ou o adolescente e que considere necessária uma avaliação e/ou intervenção psicomotora. Cada criança tem um médico responsável que pode, por vezes, dar linhas orientadoras do trabalho que considera ser o necessário para a progressão do desenvolvimento, o que reflete a multidisciplinaridade existente na equipa. Na intervenção psicomotora inicialmente é realizada uma observação e avaliação da criança ou adolescente e, de acordo com as necessidades verificadas, a Técnica de psicomotricidade define um projeto pedagógico-terapêutico ou terapêutico individualizado. A periodicidade das sessões é também definida pela mesma, tendo sempre em atenção a possibilidade e disponibilidade de a família assegurar a vinda do utente, para que o acompanhamento seja contínuo.

Atualmente existem 34 crianças e jovens na valência de psicomotricidade, entre as quais 28 beneficiam de apoio semanal, três quinzenal, dois mensal e um bimensal. Quatro crianças são atendidas numa dinâmica grupal, sendo as restantes intervencionadas individualmente.

A intervenção psicomotora é realizada, essencialmente, na sala polivalente a qual apresenta luminosidade e condições adequadas. Trata-se de um espaço amplo que possibilita a liberdade de expressão corporal com diversos materiais disponíveis (bolas, cordas, tecidos, bastões, arcos, colchões, espumas, quadro, diverso material de escrita, entre outros), que permite a exploração da criatividade e imaginação da criança ou adolescente. Existem dois armários com diverso material (almofadas, livros, tintas, jogos

didáticos, entre outros), uma mesa, uma secretária com duas cadeiras, uma bola terapêutica e vários materiais dispostos na sala – ver ANEXO A.

Segundo Martins (2001a) e Wallon (1969), o *setting* psicomotor será, portanto, um espaço de prazer sensoriomotor, local de jogo simbólico e de representações, para ser explorado segundo a personalidade de cada um, com as suas inibições, agressividade, instabilidade, descoordenação, onde os objetos são representativos do mundo real e permitem fazer a ponte entre a realidade interior, subjetiva e a realidade exterior, objetiva. De acordo com estes autores, o terapeuta assume-se-á como mediatizador da relação da criança com o envolvimento, pelo que as suas opções técnicas terão que ser indissociáveis das condicionantes afetivas que geraram as perturbações psicomotoras da criança (num *holding* psicomotor, numa sintonia corporal).

Segundo Martins (2001a), os objetos utilizados na intervenção devem ser introduzidos não apenas pela sua funcionalidade e utilização prática, mas também pelas produções simbólicas que vão desencadear e pela descoberta. Assim, estes podem constituir-se como um prolongamento ou projeção do próprio corpo no espaço, como substitutos do corpo do outro, como meio simbólico de exteriorização ou ainda como mediadores nas trocas com o outro. Nas conceções de Martins (2001a), Onofre (2004) e Vecchiato (1989), os balões permitem uma relação com o próprio corpo e o do outro, possibilitando quer a agressão, quer a cooperação; as cordas facilitam a manifestação de desejos agressivos, de domínio e de posse. É possível bater com elas, atirá-las, amarrar coisas, mediatizar a distância, facilitar o jogo, a criatividade, a construção; os arcos utilizados para rodar, saltar, apanhar o outro, constituem um espaço simbólico fechado, no qual se pode entrar ou sair; os tecidos coloridos servem para envolver, conter, esconder, transportar, abrindo a possibilidade de construção de espaços regressivos de entrada e saída, proximidade e distância. O esconder-se ou cobrir-se como modo de experimentar a permanência de si e das coisas fora de si; a possibilidade de transformação num personagem no jogo faz-de-conta. Além destes, muitos outros objetos podem servir de mediadores da atividade como é o caso das bolas, folhas de papel, rolos, tintas, plasticina, areia, pincéis, espumas, bastões, superfícies de equilíbrio, bancos e cadeiras, almofadas, colchões e tapetes (contraste duro/frio-mole do chão com o quente do colchão), fantoches, quadro, espelho (a criança revê-se, vê as suas expressões), instrumentos sonoros (ritmo, batida, musicalidade corporal), o gravador de som e de imagem (permite ouvir e rever a imagem), etc.. No entanto, Costa (2008) salvaguarda que uma sala sem materiais não significa sessões mais pobres ou menos estimulantes, porque os objetos principais estão lá – as pessoas e o espaço. Os materiais funcionam, portanto, como acessórios do projeto terapêutico.

Neste diálogo por mediatização corporal, os canais de comunicação privilegiados envolvem orientações corporais, as posturas, a distância interpessoal, as mímicas, a gestualidade, a respiração, a voz, a sincronia rítmica, o contacto corporal, o olhar e o odor (Martins, 2001a).

2.2.3. *Psicomotricidade e outros contextos de intervenção*

Tal como referia Bronfenbrenner (1979), o desenvolvimento do ser humano envolve um conjunto de sistemas integrados, sendo, simultaneamente capaz de ser influenciado por esses sistemas, e de influenciar mudanças que neles ocorram. Segundo a perspetiva psicossocial apresentada por Alves (2001), o aparecimento e a evolução da doença mental dependem da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, não sendo possível analisar causas e impactos da doença mental, isolando cada um destes fatores.

Complementarmente, Fonseca (2004) salienta que a motricidade humana pode ser entendida à luz de uma teoria triárquica: multidisciplinar (procura integrar de forma coerente os contributos não só das ciências biológicas, mas também das ciências

humanas e de outros domínios); multiexperencial (procura estudar a implicação da psicomotricidade no processo do desenvolvimento humano, consubstanciando a diversidade da experiência e da vivência do indivíduo); multicontextual (por intervir nos múltiplos contextos e sistemas biopsicossociais onde decorre a evolução psicomotora do sujeito).

Este carácter multicontextual encarado na intervenção psicomotora ganha particular ênfase ao atuar com crianças ou jovens neste contexto hospitalar da saúde mental. Primeiro, porque se trata de menores e, como diria Winnicott (1975), uma criança sem pais não existe, portanto a articulação com a família e com a escola são determinantes, já que são os contextos onde mais tempo a/o criança/jovem permanece. Antes de mais importa conhecer de que tipo de família se trata (nuclear, alargada, de substituição, etc.), uma vez que isto não só tem repercussões no desenvolvimento da criança, como influencia o modo de abordagem terapêutica (Lesourd, 2009). Como afirma Marcelli (2005), em pedopsiquiatria o contacto com a família constitui um pré-requisito na relação terapêutica, favorável à continuidade do tratamento. Numa primeira fase será imprescindível aferir a função do comportamento sintomático, a origem da solicitação terapêutica, a implicação do sofrimento psíquico na dinâmica familiar e quais as expectativas inerentes ao tratamento. Esta intervenção em parceria com a família pode envolver o mesmo terapeuta ou terapeutas diferentes, contacto com os pais na ausência ou presença da criança.

A intervenção junto da família pode ocorrer de modo formal ou informal, visando essencialmente fornecer alguns conhecimentos específicos e estratégias que ajudem a promover o desenvolvimento da criança, facilitar a consciencialização e a abordagem do problema, bem como provocar modificações positivas na autoconfiança e competência parental, no processo interativo pais-criança, na adaptação e organização do sistema familiar. É importante incluir ativamente os pais neste longo processo de tratamento com os avanços e retrocessos que lhe são inerentes, e acima de tudo promover a aquisição de habilidades específicas, por parte das crianças, obtendo maior sucesso no projeto terapêutico (Dale, 1996; Dinnebell, 1999; Mahoney et al., 1999). O trabalho do terapeuta é facilitado, segundo Bléandonu (2003), quando os pais, não demasiado perturbados, conseguem falar da sua infância paralelamente à do filho. De acordo com Rodrigues, Gamito e Nascimento (2001), é essencial conferir à família nuclear o papel de quem contém, de quem conduz mas também de quem sabe manter uma boa distância afetiva, fundamental para o reconhecimento do seu espaço e do outro. Este quadro de atendimento deve envolver-se numa dinâmica aberta, flexível e disponível, de modo a responder de forma eficaz e individualizada (Bléandonu, 2003).

Intervir precocemente, por meio de um atendimento abrangente e integrado parece ser especialmente importante para estas crianças e respetivas famílias e eficaz na prevenção ou minimização da ocorrência de problemas associados (Coutinho, 2004). Para Almeida (2005a), o objetivo é dar suporte ao desenvolvimento de uma função parental (re)organizadora, que compense a instabilidade e a insegurança frequentemente manifestada por estas famílias.

“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” (Santos, cit. in Branco, 2010, p. 300).

A escola, como contexto natural, oferece a visão da criança no grupo, da sua aprendizagem académica, da atitude com os colegas, com os adultos, entre outras informações, porque “a saúde escolar é saúde mental” (Santos, cit. in Branco, 2010, p. 298). A escassez desta articulação poderia instigar o risco de “se psiquiatrizarem casos cuja etiologia é apenas educacional” ou vice-versa (Santos, cit. in Branco, 2010, p. 303).

A comunidade em que a criança se insere adquire um peso significativo na sua vida, podendo interferir no sucesso da intervenção. Por vezes, existem programas

comunitários para os tempos livres, férias letivas, que também eles contribuem com a sua quota-parte para o desenvolvimento equilibrado da criança.

Nesta perspetiva, ao longo das atividades de estágio houve possibilidade de vivenciar de perto esta multidisciplinaridade, quer no contacto direto com as famílias, quer na participação em reuniões com a escola. Quanto à comunidade, por vezes, referiram-se e aconselharam-se determinados programas (organizados pelas câmaras, juntas de freguesia, etc.), pela sua acessibilidade, dinâmica, pertença à área de residência, entre outros aspetos. Acrescenta-se também a participação em reuniões de pais no âmbito de um projeto de intervenção precoce - “Alicerces”, onde mensalmente os pais se reúnem para abordar um tema previamente escolhido, em função daquilo que são os seus interesses e motivações. Uma equipa organiza-se na preparação e moderação deste debate e a reunião insere-se numa espécie de “tertúlia” rica e esclarecedora, de onde brotam mais dúvidas e mais desafios.

Num outro campo, foi importante assistir a consultas de pedopsiquiatria, de modo a conhecer um tipo de abordagem diferente da psicomotricidade e perceber também de que modo a informação anamnésica pode obter-se, chegar até nós quando o utente é encaminhado e qual o nosso contributo nesse processo. Outra questão particular prende-se com a aliança terapêutica: cada caso é um caso e a maneira como cada um é conduzido difere. A relação que o utente estabelece com o técnico que o acompanha pode ser reservada ao ponto de não permitir que nenhum outro técnico assista à consulta. Além disso, salienta-se a importância de manter o sigilo profissional, respeitando a privacidade do utente.

Segundo Santos (cit. in Branco, 2010), o trabalho em equipa é imprescindível, porque só assim se complementam mutuamente os respetivos conhecimentos e competências, evitando o perigo de os educadores/professores serem tentados a “despachar a criança-problema para as consultas” e os técnicos de saúde mental a “fazer prognósticos sem esperança com os quais liquidam pais e filhos” (p. 359).

Ainda que não estando diretamente implicados na psicofarmacoterapia, importa ter em consideração que ela é de facto uma terapia coadjuvante no processo terapêutico. Citando Matos (1997), o seu objetivo passa pela diminuição/remoção das manifestações psicopatológicas impeditivas do normal funcionamento, beneficiando o desenrolar das relações interpessoais (com os familiares, os pares, etc.), e facilitando outras intervenções terapêuticas (psicoterapia individual, terapia familiar, etc.) mais dirigidas aos fatores etiopatogénicos da perturbação. Conforme refere Salgueiro (2004), não se preconiza uma solução isolada, visto que poderia ser pobre e perigosa (pobre ao promover somente um abafamento sintomático, sem considerar a estrutura mental subjacente; perigosa pelos riscos farmacológicos colaterais), mas sim uma intervenção psicoterapêutica conjunta, defendida por Gleason (2009), já que os efeitos colaterais são menores, a dosagem não está dependente do desenvolvimento biológico precoce e os seus efeitos perduram a longo prazo.

2.3. Problemáticas respeitantes aos casos em acompanhamento

No SPSMIA, o diagnóstico diferencial é realizado pelos pedopsiquiatras com base em dois manuais de classificação das perturbações mentais: CID-10 Classificação Internacional de Doenças - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID-10 e/ou CID-9 (WHO, 1993) e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV (*American Psychiatric Association [APA], 2002*), numa perspetiva complementar, visto que os eixos de abordagem são diferentes. O recurso maioritário à primeira classificação justifica-se, por um lado, pelo seu carácter internacional, enquanto a segunda é de origem americana, e, por outro, pela maior adequação face a determinados diagnósticos. Recorre-se ainda à CID-9 para fins estatísticos internos, no sentido de homogeneizar a introdução dos dados.

A população atendida no serviço apresenta um vasto quadro de perturbações mentais que comprometem o seu desenvolvimento em diversas áreas, sendo que apenas uma parte reúne critérios para integrar a psicomotricidade. Abaixo caracterizar-se-ão sumariamente as perturbações mais comuns entre as crianças acompanhadas quer em regime co-terapêutico, quer terapêutico, atendendo sobretudo à expressão sintomática. Tendo em consideração que um diagnóstico é demasiado amplo e com manifestações muito distintas de indivíduo para indivíduo, a maioria dos casos são encaminhados em função dos sintomas, no entanto, ao nível da intervenção procura-se ir além do sintoma, atuar na sua origem, quando tal faz sentido. Em determinadas situações o sintoma funciona como uma máscara que oculta um conjunto de problemas afetivos, relacionais, traumáticos, etc. e, portanto, é fundamental que esses problemas sejam identificados porque, numa fase inicial, deverão constituir o foco da intervenção.

Importa ter em consideração que “os quadros nosológicos, por mais rigorosos e completos que pareçam ser, são sempre provisórios, porque se transformam constantemente no decurso da atuação clínica ou terapêutica” (Santos, cit. in Branco, 2010, p. 336).

Antes de prosseguir importa sublinhar que em saúde mental da infância e da adolescência é, por vezes, difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico. Por si só um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia (diversos sintomas podem surgir ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo transitórios e sem evolução patológica). O mesmo sintoma pode ainda estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos. A avaliação do valor patológico dos sintomas assenta sobre critérios de natureza, frequência, intensidade, momento de aparecimento e persistência no tempo, sobre as associações e contexto onde se manifestam e a sua repercussão no desenvolvimento normal da pessoa (Boscaini, 2004; CNSM, 2009).

De acordo com a CNSM (2009), os sintomas adquirem significado no contexto sociofamiliar e no momento evolutivo da criança. Deste modo, perante um ambiente familiar tolerante e tranquilizador, há uma maior probabilidade de os sintomas diminuírem e até desaparecerem. Por sua vez, num meio intolerante, agressivo ou angustiante, a perturbação que a criança apresenta pode perdurar e afetar significativamente o seu desenvolvimento.

2.3.1. Dificuldades de Aprendizagem (DA)

Segundo a APA (2002), as DA dizem respeito a um rendimento nas tarefas de leitura, aritmética ou escrita substancialmente inferior ao esperado para a idade, nível de escolaridade ou nível intelectual. Ao nível da leitura, o défice pode situar-se na precisão, velocidade ou compreensão do que é lido. Quanto ao cálculo, a perturbação pode ocorrer ao nível linguístico (compreensão dos termos aritméticos, descodificação do problema, etc.), perceptual (reconhecimento dos símbolos numéricos), de atenção (copiar corretamente números e figuras, observar os sinais operacionais) ou aritmético em si (seguir sequência de passos, contar objetos, etc.). No que concerne à escrita, os problemas podem surgir na composição do texto, nos erros gramaticais ou de pontuação, na ortografia ou na grafia deficitária.

Frequentemente originam desmoralização, baixa autoestima, défices nas aptidões sociais, sendo a taxa de abandono escolar aproximadamente 40% nestas crianças, muitas vezes com repercussões na vida adulta (APA, 2002). A noção de motivação está, segundo Fonseca (1999), intimamente ligada à noção de aprendizagem; a sua ocorrência depende não só do estímulo apropriado, mas também de alguma condição interior própria do organismo.

Para além das alterações relevantes no processamento cortical da informação (atenção, percepção, memória, cognição e psicolinguística), nas crianças com DA são muito característicos os problemas psicomotores, nomeadamente posturais (ligados ao

controle tônico-postural e vestibulo-cerebeloso da atenção), somatognósticos (relacionados com a tomada de consciência do eu) e práxicos (íntimos dos processos de aprendizagem motora e de investimento lúdico e construtivo). A maioria destas crianças apresenta um perfil psicomotor dispráxico, em que os seus movimentos são exagerados (dismétricos), rígidos e descontrolados, e, portanto, pouco eficientes e harmônicos. Desde uma organização tónica diferente (oscilando entre a hipertonía – ligada à hiperatividade e a hipotonia – ligada à hipoatividade), às paratonias¹, disdiadocinésias² e sincinésias³; a função de equilíbrio parece igualmente afetada e marcada por desvios posturais e reequilibrações abruptas; problemas de lateralização e direccionalidade; a noção do corpo, muito associada à autoimagem e à autoconfiança, apresenta distorção no sentido cinestésico, no desenho do corpo e na imitação de gestos; as dificuldades ao nível da estruturação espaço-temporal, uma das áreas mais fracas, põem em relevo problemas de memória espacial e rítmica, com dificuldade na sequencialização de gestos e na simbolização da experiência motora; as praxias surgem com lentidão ou impulsividade, descoordenação e dismetria, quer na organização e planificação, quer na dissociação dos movimentos. Este potencial psicomotor interfere com as aprendizagens escolares, ao demonstrar uma insuficiente organização percetivo-cognitivo-motora (Fonseca, 1984).

Além dos fatores neurobiológicos e socioculturais, os fatores psico e socioemocionais são pré-requisitos fundamentais de aprendizagem, nomeadamente a noção integrativa do ego, a conduta e reciprocidade afetiva constantes, a autoestima equilibrada, a autossuficiência, a sociabilização com pares e adultos, a experiência lúdica com respeito por normas e regras, etc.. Fonseca (1984) salienta que, sendo o papel da mãe crucial no desenvolvimento da personalidade da criança, mães deprimidas, ansiosas, frustradas, podem afetar a formação do ego e, portanto, condicionar fortemente a sua aprendizagem. Segundo Rodrigues et al. (2001), a maior parte das DA decorrem de perturbações emocionais que provocam conflitos internos e que a criança pode resolver de forma desestruturante através de depressão/bloqueio ou da instabilidade/ansiedade. No entanto ressalva-se que ter problemas de aprendizagem não é sinónimo de ter DA.

Fonseca (2006) refere que a finalidade da identificação e intervenção precoce destas dificuldades é evitar as consequências do insucesso escolar e as suas repercussões na vida adulta. A necessidade de intervenção em psicomotricidade surge na medida em que a aprendizagem decorre de uma organização psicomotora complexa, primeiramente iniciada pelos sistemas interocetivos, e posteriormente continuada pelos sistemas propriocetivos e exterocectivos. De acordo com o mesmo autor (1984), se a criança não dispuser de um perfil psicomotor intato, dificilmente conseguirá explorar espaços lúdicos e, portanto, adquirir as competências indispensáveis ao seu desenvolvimento integral, entre elas, aprendizagens não simbólicas, coordenação, organização no tempo e no espaço, imagem corporal, dominância sensoriomotora, nível de atenção e de atividade, inibição, estabilidade emocional, independência, tolerância à frustração, organização, autocontrolo, autoconfiança, etc.. Deste modo, a intervenção deve proporcionar uma integração multissensorial (tátil, quinestésica, visual e auditiva, manipulativa, iconográfica e simbólica) nos mais variados contextos, já que a aprendizagem do sujeito é mediatizada pelo envolvimento. O encorajamento, a estimulação da iniciativa e o reforço positivo das competências são dispositivos

¹ Paratonias: Incapacidade de relaxação voluntária (Fonseca, 1984).

² Disdiadocinésias: Dificuldade em realizar, subsequentemente, movimentos alternados e opostos com as mãos (Fonseca, 1984).

³ Sincinésias: Movimentos imitativos, parasitas e desnecessários da boca, da língua e da face ou dos membros contralaterais (Fonseca, 1984).

favoráveis ao ultrapassar de atitudes negativas e aumentar a predisposição e motivação face à aprendizagem (Fonseca, 1984).

Como diria Santos (1988), as aprendizagens da leitura, da escrita e do cálculo estão intimamente relacionadas com uma capacidade da criança investir objetos, movimentar-se, emocionar-se e sentir.

2.3.2. Perturbações da comunicação

Neste âmbito distinguem-se essencialmente dois tipos de perturbação: da linguagem expressiva e da linguagem recetiva. A primeira inclui características como vocabulário pobre, dificuldade para aprender novas palavras, erros de vocabulário e/ou de acesso lexical, frases encurtadas, limitação de estruturas gramaticais e/ou de tipos de frases e lentidão no desenvolvimento da linguagem. Já a segunda diz respeito a problemas na compreensão de palavras e frases. Frequentemente estas perturbações surgem associadas (APA, 2002; WHO, 1993).

No domínio das perturbações da comunicação, é importante referir também a perturbação fonológica que se traduz numa incapacidade de utilizar os sons da fala, envolvendo erros na produção, uso, representação ou organização dos mesmos, tais como substituição de um som por outro ou omissões, erro na ordenação dos sons nas sílabas ou frases. De salientar que esta perturbação pode afetar tanto a linguagem verbal como a gestual (APA, 2002).

Segundo Boscaïni (2003), a linguagem do corpo surge primeiro que a palavra, daí que um défice expressivo e comunicativo implique como prioridade na intervenção psicomotora um trabalho corporal, para “fazer falar o corpo e torná-lo significativo na relação com o outro” (p. 24). Sem uma atmosfera afetiva, lúdica e relacional, a interação e a comunicação não se desenvolvem favoravelmente. Como refere Fonseca (1999), não adiantará resolver os problemas de aprendizagem e da comunicação, se os problemas da relação não forem superados. Muitas vezes, a intervenção não incide diretamente nestes sintomas, sendo necessário perceber o que não permitiu que os processos se desenvolvessem normalmente. Estando esses mecanismos desbloqueados, é possível partir para uma abordagem mais funcional e direta ao sintoma.

2.3.3. Perturbações globais do desenvolvimento

As Perturbações Globais do Desenvolvimento, tal como o nome pressupõe, comprometem diversas áreas do desenvolvimento, nomeadamente, as competências sociais, as competências de comunicação e o comportamento, interesses e atividades que são restritas e estereotipadas (APA, 2002).

Dentro desta classificação, o Autismo Infantil merece especial destaque pela crescente prevalência a que se tem assistido (5 a 16 por cada 10 000 indivíduos). Define-se por sintomas do comportamento, com uma manifestação fenotípica variada. O défice na interação social relaciona-se com o défice no comportamento não-verbal (contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos), a incapacidade de estabelecer relacionamentos, a falta de reciprocidade social ou emocional, o desinteresse pelo outro e o isolamento. Há uma incapacidade de reconhecer e empatizar com o estado mental do outro (teoria da mente) (Frith, 1989). No que respeita à comunicação, verifica-se um atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral; nos sujeitos que falam, observa-se uma linguagem estereotipada, repetitiva e idiossincrática, com volume, entoação, velocidade e ritmo anormais, ecolália, uma perturbação da pragmática; ausência de jogo realista espontâneo e de jogo imaginativo (simbólico) e imitativo. No que concerne aos interesses e comportamentos, há uma preferência por rotinas específicas não funcionais, maneirismos motores repetitivos ou movimentos corporais estereotipados (envolvendo somente as mãos ou o corpo todo), preocupação persistente com partes de objetos (ou objetos inanimados), fascínio com o movimento de objetos

(APA, 2002; Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Girardot, Martino, Rey & Poinso, 2009; *National Institute of Mental Health* [NIMH], 2008; Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; WHO, 1993).

Relativamente à etiologia do autismo, permanecem ainda algumas dúvidas, mas nos estudos levado a cabo por Ozonoff et al. (2003) é claro que se trata de uma perturbação biológica, causada por anomalias nas estruturas (cerebelo, lobo temporal, sistema límbico, tronco cerebral) e funções cerebrais (sistema límbico, córtex pré-frontal orbital e dorsolateral, cingulado anterior e estruturas dos gânglios da base). Concomitantemente a esta evidência Levy, Mandell e Schultz (2009) referem as alterações no nível de determinados neurotransmissores (e.g.: serotonina) detetadas em crianças com autismo, bem como a presença de genes candidatos.

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.

Um estudo recente de Lam e Yeung (2011) sobre o jogo simbólico em crianças com autismo revela que este está significativamente diminuído nestas crianças e encontra alguma correlação com défices na teoria da mente e na teoria da coerência central, o que não acontece com a teoria das funções executivas (planeamento, inibição, geração de novas ideias, controlo do processo atencional).

Se em qualquer díade mãe-criança o fluxo interativo requer um permanente ajustamento empático, para os pais de uma criança com autismo este sistema de comunicação está permanentemente dessincronizado e, portanto, a intervenção deve ser precoce e orientar-se no sentido de restabelecer uma vinculação positiva e desculpabilizante, bem como a sua autoestima (Lin, 2011; Roncon, 2003; Vidigal & Guapo, 1997). De acordo com Davis e Carter (2008), ter um filho com autismo está associado a um maior stress parental, bem como uma maior probabilidade de contrair problemas de saúde mental (depressão, ansiedade, etc.).

Ferreira e Thompson (2002) informam que a criança com autismo apresenta dificuldade em compreender o seu corpo na globalidade, segmentado, assim como o seu corpo em movimento. Quando partes do corpo não são percebidas e as funções de cada uma são ignoradas, podem observar-se movimentos, ações e gestos pouco adaptados. O distúrbio na estruturação do esquema corporal prejudica também o desenvolvimento do equilíbrio estático, da lateralidade, da noção de reversibilidade - funções de base necessárias à aquisição da autonomia e aprendizagens cognitivas. Segundo Vidigal e Guapo (1997), a psicomotricidade, além de melhorar a coordenação motora, possibilita a integração de uma imagem corporal fragmentada, atenua a manifestação de estereotípias e abre canais de comunicação.

De acordo com Hanbury (2005), a intervenção tem como objetivos promover a interação social e a comunicação, incentivar a autonomia e reduzir os problemas de comportamento. Neste sentido, deve utilizar-se uma linguagem simples, com instruções diretas (muitas vezes suportadas por pistas visuais), bem como dar tempo para a criança responder (sendo sensível às suas tentativas de comunicar), proporcionando-lhe um espaço seguro, calmo e previsível.

A característica essencial da Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância é uma acentuada regressão em múltiplas áreas do funcionamento após um período, pelo menos dois anos, de desenvolvimento aparentemente normal (APA, 2002).

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. O terapeuta deverá 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; recorrer a formas muito primitivas de comunicação; 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. Numa segunda fase de intervenção é importante promover o processo de socialização.

2.3.4. Perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), segundo a APA (2002), caracteriza-se por um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade. Estes sintomas podem manifestar-se antes dos 7 anos de idade, mas sem cariz diagnóstico. No que toca às faltas de atenção, tipicamente, os sujeitos manifestam dificuldade em manter a atenção nas tarefas até ao fim, estando em permanente mudança; dificuldade em se organizarem e em evitar estímulos irrelevantes, interrompendo frequentemente a tarefa. A hiperatividade evidencia-se por uma dificuldade em estar parado (não ficar sentado quando é suposto, correr ou saltar em situações em que não deveria) e por falar em excesso. A impulsividade observa-se por impaciência, dificuldade em adiar respostas, precipitação das respostas antes de as perguntas terem terminado, dificuldade em esperar pela sua vez, interromper frequentemente os outros (APA, 2002). Segundo Emck (2004), a impulsividade influencia negativamente a performance nas tarefas percetivo-motoras. Para diagnosticar PHDA há uma obrigatoriedade das manifestações ocorrerem em mais do que um contexto (casa, escola, etc.). Identificam-se três subtipos desta perturbação: subtipo desatento, subtipo hiperativo-impulsivo e subtipo misto, consoante a predominância da sintomatologia (APA, 2002).

Ao nível da semiologia psicomotora, de acordo com Bergès (1995), Emck (2004), Gazon (2006) e Reid e Norvilitis (2000), podem verificar-se nas crianças com PHDA problemas tónicos (tensão muscular permanente; hipercontrolo e hipervigilância que impede a paratonia; bloqueio respiratório; sincinésias, etc.); problemas do esquema corporal (podem nomear as várias partes do corpo, mas a imagem do corpo está enviesada; dificuldade em passar do corpo agido ao corpo representado); problemas práxicos (dificuldade na planificação da ação; dificuldade de adaptação a novas situações, restringindo-se a atividades estereotipadas); problemas de lateralidade (sendo na maioria esquerdinas); problemas espaço-temporais; dificuldade na regulação da distância corporal, entre outros. Assinalam-se muitas vezes comportamentos disruptivos, tais como agressão verbal e física, na perspetiva social, nos jogos coletivos, etc. (Emck, 2004).

Numa abordagem sobre os mecanismos psicopatológicos subjacentes às crianças com PHDA conduzida por Courtois, Champion, Lamy e Bréchon (2007), é apresentada uma tipologia clínica que correlaciona a PHDA com os problemas de conduta precoces, relevando sobretudo uma problemática de separação-individação, simbolização e socialização; e outra ligada à ansiedade, dificuldades escolares, enfatizando uma problemática narcísica.

Salgueiro (2004) constata que a hiperatividade constitui uma “resposta psicomotora” frequente em crianças irrequietas, que, paradoxalmente procura ser

reequilibradora e ajustada em termos pessoais, familiares, escolares e sociais. Muitas vezes, os pais sentem-se também eles inquietos, pondo em questão as suas próprias qualidades e competências parentais – estas crianças constituem uma ameaça para a homeostasia familiar, escolar e social. As crianças foram-se tornando hiperativas por um processo de autoproteção, de identificação aos pais acelerados, à sociedade também ela acelerada.

O tratamento reveste-se, segundo Marcelli (2005), de um caráter multifocal: orientação parental, devolvendo aos pais confiança na sua competência e reduzindo o stress familiar secundário aos sintomas da criança; colaboração com a escola, por meio de reorganizações escolares; junto da criança, a conjugação da prescrição farmacológica e da ação psicoterapêutica.

A prática psicomotora nestas crianças objetiva aumentar progressivamente o tempo de atenção e concentração na tarefa, desenvolver capacidades de autocontrolo de modo a diminuir a impulsividade, reduzir a hiperatividade, atenuando comportamentos incompatíveis, melhorar as habilidades sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal (Corraze & Albaret, 1996). Para fazer face aos défices no tratamento de informação, a psicomotricidade pode atuar ao nível da codificação e descodificação dos dados provenientes do próprio corpo e do mundo exterior, em termos verbais, visuo-espaciais e tátil-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). 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. (Albaret, 1990; Lièvre & Staes, 1992).

As estratégias a adotar prendem-se com a autoinstrução (verbalizar a ação como forma de controlar o seu comportamento); a auto-observação (apresentação de um modelo à criança sobre o comportamento a adquirir); a resolução de problemas (ensino de estratégias de resolução de problemas); o treino de habilidades sociais (cooperação, trocas verbais e afirmação de si em substituição da agressividade); a utilização de reforços; o *time-out* (afastamento do reforço positivo); a organização contratual das contingências (responsabilizar a criança pelo seu comportamento e consequências a ele inerentes) (Martins & Rosa, 2005). Segundo estes autores 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.

A Perturbação do Comportamento merece especial ênfase por ser uma das mais diagnosticadas na saúde mental infantil. Caracteriza-se sobretudo por um padrão de comportamento persistente e repetitivo que pode envolver comportamento agressivo que ameaça as pessoas ou os animais (lutas físicas, armas improvisadas), comportamento não agressivo que causa prejuízo ou destruição a terceiros, falsificação ou roubo e violações graves das normas. A sua manifestação pode ocorrer em várias situações e com gravidade variável. Geralmente os indivíduos acometidos possuem fraca empatia, baixa autoestima, pouca preocupação com os desejos, sentimentos e bem-estar dos outros, baixa tolerância à frustração, irritabilidade temperamento explosivo, imprudência, etc.. A negligência, as práticas educativas incoerentes, a vida institucional precoce, os abusos sexuais ou físicos, a vida em bairros, a psicopatologia familiar são alguns fatores que podem ser desencadeantes desta perturbação (APA, 2002; WHO, 1993).

De acordo com Almeida, Costa, Gonçalves, Mendonça, Sanchez e Talina (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.

A Perturbação de Oposição, com uma prevalência de cerca de 2 a 16%, caracteriza-se por um padrão recorrente de comportamento negativista, desobediente e hostil em relação às figuras de autoridade. A criança frequentemente se encoleriza, discute com os adultos, desafia ou recusa cumprir pedidos ou regras, aborrece deliberadamente outras pessoas, culpa os outros pelo seu mau comportamento, sente raiva, é rancoroso e vingativo, não negocia nem se compromete com os colegas, nem com os adultos. Genericamente apresenta fraca autoestima, labilidade de humor, baixa tolerância à frustração, utilização de palavras grosseiras, consumos precoces de álcool e outras drogas (APA, 2002; WHO, 1993). O comportamento lúdico poderá ser problemático devido à percepção não realista da sua competência motora (Emck, 2004).

Os problemas de comportamento externalizados manifestam-se nas crianças por agitação, impulsividade, agressividade, falta de respeito pelos limites, entre outros e, segundo Roskam, Kinoo e Nassogne (2007), são explicados por uma abordagem multifatorial que contempla um problema nas funções executivas (sobretudo na inibição, atenção, memória e autorregulação), qualidade da vinculação, estilo educativo parental, défice precoce na comunicação, etc.. A intervenção deverá revestir-se de um cariz multidisciplinar. No âmbito psicomotor, até aos 7 anos, deve ser sobretudo individual, com incidência tanto corporal (percepção do corpo, relaxação), como estrutural (regras e limites, controlo do movimento global e fino, controlo da impulsividade). O tratamento medicamentoso, com metilfenidato (principal regulador do comportamento infantil problemático), deve ser complementar visto atenuar rapidamente os sintomas da perturbação nos vários contextos da criança, permitindo observar o resultado de outras terapêuticas (Roskam et al., 2007).

Apesar do temperamento difícil, das alterações cognitivas e da regulação emocional da criança constituírem parte dos fatores etiológicos, os fatores familiares predominam: o desacordo entre os pais, a hostilidade dirigida contra a criança, a falta de calor humano, a pouca atenção e supervisão das crianças, a disciplina inconsistente, a falta de limites, a negligência, entre outros (Ferreira, 2006).

2.3.5. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)

A etiologia das DID é diversa, podendo envolver anomalias cromossómicas, deleções, translocações, dissomias, etc.. Os avanços nesta área têm permitido observar quer sinais físicos, faciais ou comportamentais, quer limitações ao nível dos sistemas cardíaco, muscular, neurológico, motor, sensorial (Hodapp, Thornton-Wells & Dykens, 2009).

A síndrome do X-frágil é a segunda causa mais comum de atraso mental. O fenótipo caracteriza-se essencialmente pela face alongada, orelhas proeminentes e macroorquidismo. Na maioria dos casos, os indivíduos são caracterizados por atraso no aparecimento da linguagem, DA, instabilidade de comportamento (oscilando entre o amigável e o violento) e de humor, défice cognitivo, personalidade retraída, olhar evasivo, aversão a ser tocado, problemas de atenção e concentração, pode coexistir um quadro de autismo infantil e/ou mutismo, onicofagia, hipotonia muscular, padrões anormais de discurso (linguagem desordenada e repetitiva, com frases automáticas; ecolália; pobre articulação), dispraxia, comportamentos estereotipados, hiperatividade, comportamentos auto e hetero-agressivos e de oposição. Observam-se também dificuldades no processo auditivo, processos sequenciais, raciocínio abstrato, capacidades aritméticas e na coordenação visuo-motora. Por sua vez, é comum manifestarem boas capacidades de imitação, de memória visual, sentido de humor e sentido prático. O quadro clínico desta síndrome pode apresentar uma enorme variabilidade, quer entre rapazes e raparigas,

quer pelo grau de comprometimento (de moderado a desempenhos próximos do normal) (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004; Lombroso & Leckman, 1996; Lousada, 2004; Marcelli, 2005).

2.3.6. Perturbações da eliminação

A Encoprese diz respeito à emissão fecal repetida em lugares inadequados, geralmente de forma involuntária, tendo a criança pelo menos 4 anos. A Enurese, por sua vez, é a emissão repetida de urina, durante o dia ou durante a noite, na cama ou na roupa, tendo a criança pelo menos 5 anos (APA, 2002).

Com a exceção dos casos em que estas perturbações possuem uma explicação fisiológica, a ocorrência ou o desaparecimento da encoprese e da enurese têm, na maioria das vezes, uma correspondência com fatores psicológicos e relacionais, como um episódio marcante na vida da criança (separação familiar, nascimento de um irmão, entrada na ou mudança de escola, emoções de qualquer natureza; frequência de um internato, sobreinvestimento dos pais na função esfinteriana, etc.) (Marcelli, 2005).

2.3.7. Outras perturbações

A Perturbação da Ansiedade de Separação caracteriza-se por uma ansiedade excessiva relativamente à separação da casa ou daqueles a quem a criança está vinculada. Provoca um mal-estar significativo, acompanhado, muitas vezes, de um déficit social e/ou escolar. Estas crianças, separadas das figuras de vinculação, ficam preocupadas, tendo necessidade imediata de saber onde elas estão e de estar em contacto com as mesmas. Além disso, podem ficar relutantes ou recusar mesmo ir à escola, dormir sozinhas, ter medos (de acidentes, monstros, escuro, etc.), apresentar queixas somáticas (cefaleias, dores de estômago, náuseas, etc.). Na escola, podem surgir dificuldades de concentração, dificuldades escolares e evitamento social (APA, 2002; WHO, 1993).

Segundo Emck (2004), nestas perturbações emocionais as crianças internalizam os seus problemas, que são expressos, muitas vezes, pelo aparecimento de enurese, problemas alimentares ou queixas psicossomáticas. São suscetíveis de provocar dificuldades no desempenho, especialmente em tarefas motoras que exijam controlo da praxia e mobilização da atenção, e falta de motivação pelo receio de falhar. Denota-se, por vezes, uma imagem corporal negativa, hipertonia muscular e falta de movimentos espontâneos de atividade lúdica, associados ao medo de contacto corporal.

Existem também situações pautadas por uma combinação de problemas de comportamento e de sintomas emocionais (ansiedade, medo, fobias, obsessões ou compulsões) – as chamadas Perturbações Mistas do Comportamento e Emoções (WHO, 1993).

A Perturbação da Vinculação encontra-se associada a cuidados patológicos, nomeadamente a falta de atenção persistente e desprezo pelas necessidades básicas físicas e emocionais de bem-estar, estimulação e afeto, negligência, mudanças constantes dos cuidadores, entre outros aspetos. Esta relação social perturbada pode gerar na criança uma representação mais inibida (hipervigilante, dando respostas altamente ambivalentes) ou mais desinibida (sociabilidade indiscriminada, falta de seletividade na escolha das figuras de vinculação). Geralmente esta perturbação surge antes dos 5 anos de idade. Os problemas de vinculação podem eventualmente ser precursores de futuros comportamentos antissociais (APA, 2002).

De acordo com Zeanah e Smyke (2009) a vinculação descreve a tendência natural e precoce (durante o primeiro ano de vida) da criança em procurar conforto, suporte e proteção de um pequeno número de cuidadores, de forma seletiva. Define-se como uma componente vital do desenvolvimento social e emocional, constatando-se que

a qualidade das relações constitui um importante indicador ligado à saúde mental. Ambientes que podem comprometer a relação de vinculação, dizem respeito a instituições, mudança frequente de cuidadores, negligência, maus-tratos, abuso, presença de cuidadores pouco responsivos, entre outros.

A partir de estudos realizados por Ainsworth, Bleahar, Waters e Wall (1978) distinguem-se dois padrões de vinculação: segura (a criança expressa diretamente a angústia perante a separação, mas procura e responde ao conforto quando a mãe volta); e insegura, que pode tomar duas formas: insegura-evitante (a criança parece pouco afetada pela separação e tende a evitar a proximidade no momento do reencontro), insegura-ambivalente/resistente (a criança não consegue suportar a angústia de separação, num misto de busca de contacto e rejeição encolerizada, tendo dificuldade em ser reconfortada). Main e Hesse (1990) e Main e Solomon (1990) acrescentaram uma outra categoria – vinculação insegura desorganizada – caracterizada por um padrão heterogêneo de comportamentos cuja resposta à interação é inconsistente (tanto é segura, como evitante, como ambivalente). Estes padrões acabam por constituir, por um lado, fatores protetores e, por outro, fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações. A angústia surge quando o acesso à figura de vinculação é ameaçado. Guedeney e Guedeney (2004) salientam ainda que a perda de uma figura parental na infância aumenta o risco de surgimento de problemas mentais a posteriori.

Na generalidade, os percursos de vida destas crianças pautam-se por um acumular de experiências carenciais (privações, castigos, humilhações). 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, 2002; Vidigal, 2005a).

Citando Rodrigues e Marta (1994), é o corpo que fala...o agir torna-se assim o veículo de compreensão de ansiedades e medos, que vividos num ambiente seguro e motivante, podem aos poucos ser organizados e transformados em pensamento, permitindo a aquisição de uma melhor capacidade de *insight* em relação ao seu comportamento.

Segundo Marques e Arruda (2007), na intervenção com estas e outras problemáticas de saúde mental a manutenção do *setting* assume um papel determinante no sucesso da terapêutica, devendo manter-se regular o espaço e o horário das sessões. Além disso é importante permitir que nesse mesmo espaço a criança se possa manifestar livre, autónoma e criativamente. O estabelecimento de uma relação empática, protetora, securizante e responsiva pode representar o primeiro passo para a formação do vínculo terapêutico. Uma vez que se trata de menores, Guedeney e Guedeney (2004) salvaguardam que é essencial ampliar esta aliança a toda a família, respeitando e compreendendo as suas necessidades, sem emitir juízos sobre as insuficiências parentais, e sendo tão sensíveis aos seus recursos e êxitos, como às suas vulnerabilidades e fracassos. Fomentar um ambiente de cooperação, onde a família, por um lado, tenha confiança na nossa preocupação terapêutica e na nossa capacidade de os ajudar e, por outro, se empenhe numa atitude autorreflexiva sobre todo o processo pode fazer toda a diferença na adesão terapêutica. Deve preconizar-se, portanto, uma co-construção e acordo acerca dos objetivos de intervenção e dos meios para os alcançar, desencadeando um laço positivo entre ambas as partes.

3. Realização da Prática Profissional

3.1. A Psicomotricidade neste contexto hospitalar

3.1.1. O papel do psicomotricista, modelos e objetivos de atuação

Segundo Almeida (2005b), o Psicomotricista afirma o (seu) espaço numa equipa de saúde mental infantil pela intervenção através de uma abordagem corporal que possa entrar em contacto com os núcleos originais da personalidade, falando e compreendendo a linguagem tónico-emocional do corpo, para assegurar a sua evolução.

Assim, a Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2010) prevê que seja da sua área de competência a avaliação e diagnóstico do perfil de desenvolvimento psicomotor; o domínio de modelos e técnicas de habilitação e reabilitação psicomotora em população especiais ou de risco; o planeamento, avaliação, implementação e reavaliação sistemática de programas de intervenção; o fornecimento de propostas de adaptações ambientais (familiares, escolares, etc.) suscetíveis de maximizarem as respostas reeducativas ou terapêuticas decorrentes da intervenção direta, entre outras funções complementares.

Segundo a mesma fonte, os modelos de intervenção em psicomotricidade estendem-se desde o educativo (preventivo), passando pelo reeducativo até ao terapêutico. No SPSMIA a intervenção foca-se sobretudo sobre estes dois últimos. Ao nível da reeducação pretende-se essencialmente compensar atrasos motores, cognitivos ou psicoafetivos evidenciados. No âmbito mais terapêutico, em que existe um problema ou uma perturbação identificada, procura-se intervir nos vários aspetos debilitados, compensando os défices e otimizando ao máximo as potencialidades, sendo geralmente mais difícil reverter totalmente a situação pela sua instalação prévia e pelas complicações que lhe são inerentes (adaptabilidade da pessoa) (APP, 2010).

Nesta perspetiva de intervenção, a psicomotricidade aborda a/o criança/jovem de uma forma holística, biopsicossocial, agindo no corpo em movimento, como eixo comunicativo e expressivo de pensamentos e emoções. Objetiva portanto compensar uma problemática situada na convergência do psiquismo e do somático, intervindo sobre as múltiplas impressões e expressões do corpo e atribuindo significação simbólica ao corpo em ação; e promover a regulação e harmonização tónica centrada sobre a maneira de a criança estar no seu corpo (atitude/postura, esquema corporal, descontração neuromuscular) (APP, 2010; Martins, 2001a).

Joly (2007) refere que a integração da psicomotricidade nas equipas multidisciplinares de saúde mental foi um grande passo ao permitir expandir as suas indicações, aperfeiçoar as técnicas de gestão e de clínica e ampliar as áreas de intervenção - do nascimento até ao fim da vida em diversas áreas psicopatológicas. Entre estas salientam-se os problemas instrumentais e/ou perturbações de personalidade, atrasos e/ou perturbações do desenvolvimento, autismo, PHDA, problemas ao nível da imagem corporal, entre outros.

Especificamente nesta equipa, o psicomotricista tem um papel bastante ativo, cuja intervenção não se limita às sessões de psicomotricidade com a/o criança/jovem. O seu trabalho suporta-se numa visão global do sujeito, para além das suas características e problemáticas, abrangendo dentro do possível todo o envolvimento (familiar, escolar, social). Neste sentido, preconiza-se que a família seja um agente ativo e parceiro no processo terapêutico, reservando na maioria dos casos um espaço de troca de informação acerca do comportamento da criança na sessão, da sua evolução, ou outros aspetos que ocorram no dia a dia e que seja necessário monitorizar. Este espaço é imprescindível porque as famílias necessitam de expressar os seus receios, as suas preocupações e, acima de tudo, de tempo de escuta. Ou seja, não se trata só de debitar na família o que deve fazer ou ouvir as respostas às nossas perguntas, mas também ouvir sem que lhe façamos perguntas, reforçar positivamente, ajudar a encontrar

recursos, etc. - tudo o que é pressuposto numa verdadeira abordagem familiar. O aconselhamento de estratégias práticas à família (como lidar, como estimular, como corrigir certos aspetos) para o dia a dia é muito importante, na medida em que isso poderá ajudar a lidar melhor com o comportamento do filho e, simultaneamente, a assegurar a continuidade do trabalho desenvolvido num curto espaço de tempo na sessão. Noutros casos, em que a família esteja já a ser intervencionada a nível individual, este espaço acaba por ser mais reduzido. De qualquer modo, o psicomotricista estabelece bastante proximidade com a família, sobretudo pela periodicidade mais frequente das sessões (na maioria dos casos são semanais). Uma articulação vinculativa e assertiva com a família é crucial, especialmente quando esta constitui o foco mais problemático, aquele que limita ou bloqueia o progresso da criança.

Outro ponto importante é a ligação estabelecida com a escola. Sempre que necessário, o psicomotricista, após informar a família e obter autorização para tal, contacta o professor da criança, telefonicamente ou agendando uma reunião, a fim de obter informações específicas relativas a aspetos comportamentais, de aprendizagem académica ou outros. Acedendo à perceção direta de um outro contexto torna-se possível delinear ou reajustar um trabalho comum, evitando sobreposições. Isto é relevante porque nem sempre a família transmite a realidade tal como ela é e, além disso, existem dados mais técnicos que escapam à sua vista.

O papel desenvolvido ao longo deste estágio foi, por um lado, co-terapêutico e, por outro, terapêutico. Ao longo da intervenção foi possível acompanhar diversos casos clínicos, assistindo às sessões semanais de psicomotricidade dirigidas pela Dra. Lídia. Tratou-se de uma participação ativa e colaborativa, diária, na medida em que me foi confiada a total liberdade e autonomia de intervir na sessão quando considerasse pertinente, quer para propor uma nova atividade, quer para introduzir alguma variante, ou quer ainda para efetuar qualquer tipo de reforço ou correção, assumindo-me como parceira na maioria das atividades. Mais a nível terapêutico começou-se por acompanhar um caso, desde a sua observação inicial, avaliação, formulação do projeto pedagógico-terapêutico, mas infelizmente, por questões de indisponibilidade familiar, o utente abandonou o serviço. Portanto, o estágio focou-se de forma ainda mais presente sobre os casos anteriormente mencionados, com a possibilidade de realizar eventuais avaliações e projetos de intervenção, bem como um estudo mais afincado e detalhado de alguns dos casos, sempre com a supervisão da Dra. Lídia.

3.1.2. Contexto de intervenção psicomotora

A intervenção psicomotora desenvolveu-se sempre na sala polivalente, já descrita acima, que apresenta condições adequadas, ainda que seria desejável que o espaço físico e a luminosidade natural fossem maiores e ruído proveniente do exterior fosse menor. O tipo de material do solo é adequado, permitindo às crianças estar confortavelmente e descalças. Relativamente ao material lúdico didático e pedagógico, este parece suficientemente eficiente, pois ao não ser demasiado específico e abundante, evita a sobreestimulação e desorganização da criança, possibilitando inúmeras formas de expressão e movimento e suscitando a sua criatividade. O ligar e desligar do radiador é controlado pelo adulto, proporcionando uma climatização adequada à realização das atividades. Além disto existe um espelho fixo na parede e armários que permitem armazenar o material que não é necessário para a atividade a ser realizada. Não existem materiais potencialmente perigosos na sala, apenas elementos que requerem alguns cuidados acrescidos a ter durante as sessões (vidros e teto falso), sendo referidos às crianças como uma regra a ter em atenção. Na sala, para além das regras já mencionadas, existem duas outras a respeitar, nomeadamente: não se magoar a si nem ao outro e não danificar o material existente.

Neste estágio, o acompanhamento desenvolveu-se somente com crianças, sempre numa dinâmica individual. Reportando a Aragón (2007), este trabalho tem vantagens e inconvenientes: vantagens pela dimensão do espaço disponível (sala polivalente), pela maior disponibilidade que é possível oferecer à criança (de um/dois para um), pelo conhecimento individualizado da sua história e pelo consequente trabalho em profundidade que é possível desenvolver, respeitando o ritmo de aprendizagem de cada sujeito, bem como proporcionar-lhe uma participação mais ativa na sessão. Num outro prisma, se a criança for demasiado inibida pode sentir-se constrangida neste contacto dual e, portanto, exigir a mediação mais ativa do terapeuta, contornando a “monotonia” da sessão.

3.2. Calendarização da intervenção no estágio/horário de estágio

As atividades de estágio foram diversas e decorreram em âmbitos distintos, o que possibilitou uma panóplia extensa de aprendizagens e suscitou uma pesquisa aprofundada quer de conceções teóricas de base, quer de problemáticas e modelos de intervenção nesta área.

Desde logo (princípio de outubro) se iniciou a atividade de estágio com o acompanhamento co-terapêutico de sete crianças, durante os dias de segunda e terça-feira. Dentro dos casos que estavam a ser atendidos na psicomotricidade estes foram os que aceitaram a presença e participação de um outro adulto na sessão; os casos em que tal não foi permitido quer pela gravidade da situação, quer pela quebra do vínculo terapêutico, respeitou-se o seu espaço, o que não inviabilizou a partilha de momentos e troca de ideias relativamente aos mesmos, de modo análogo aos restantes casos. Esta possibilidade é sempre uma mais-valia, visto que inúmeras estratégias de atuação e reações são perfeitamente transversais e passíveis de ser aplicadas noutros casos. Entretanto foram surgindo mais casos, perfazendo um total de 12. Os acompanhamentos terapêuticos, como única terapeuta, embora reduzidos pelo escasso número de encaminhamentos para a psicomotricidade nesta altura do estágio realizaram-se às terças-feiras ao fim da tarde. Além disso, salienta-se ainda o acompanhamento quinzenal de uma criança em parceria com uma interna de pedopsiquiatria, às quartas-feiras de tarde.

Todavia o estágio não se esgotou nas sessões de psicomotricidade. Muito mais se proporciona no serviço para além da intervenção em gabinete: desde as discussões informais e permuta de informações sobre os casos, partilha de estratégias no contacto com os utentes e respetivas famílias, descrição de situações fatuais ocorrentes nas consultas, procura de ajuda para lidar com determinado caso, entre outros aspetos. Ora, isto é crucial na dinâmica de uma equipa de trabalho como a do SPSMIA, quer porque os técnicos se enriquecem mutuamente, quer pelo envolvimento efetivo e completo que possibilita em relação aos utentes e ao trabalho comum que passam a desenvolver.

Esta efetivação do trabalho em equipa, formaliza-se na possibilidade de discutir semanalmente casos atendidos no serviço, nas manhãs de quarta-feira, entre as 9:30h e as 13:30h, em que estão presentes todos os técnicos. Obviamente que há uma seleção prévia dos casos a discutir, dando prioridade àqueles cuja situação é mais grave, aos que necessitem de uma avaliação específica ou de ser encaminhados para outra valência, ou ainda outro critério pontual. Mensalmente esta reunião é realizada juntamente com técnicos do serviço de Neuropediatria e com o de Pediatria do Desenvolvimento, em que são discutidos casos comuns. Estas reuniões possibilitam um acesso sigiloso a casos que não estão diretamente em acompanhamento na psicomotricidade. De dois em dois meses, esta reunião recebe técnicos das CPCJ, da área, e é feito um ponto de situação dos casos sinalizados a estas entidades e conhecida, de forma mais fidedigna, a realidade do meio envolvente em que estas crianças estão integradas.

Pontualmente realizam-se contactos e reuniões de articulação com as escolas, técnicos da comunidade e técnicos do tribunal, que, ainda não correspondendo exatamente aos casos acompanhados, houve possibilidade de presenciar e observar de perto o papel de outros técnicos e qual a importância crucial de definir muito bem a área de atuação de cada um, sempre tendo como objetivo comum a criança e as suas necessidades particulares.

Genericamente, o horário de estágio foi o que se apresenta na Tabela 1, com as devidas variações pontuais que foram ocorrendo e acrescentando progressivamente mais experiência às atividades de estágio.

Tendo em conta que se trata de um estágio curricular, não poderia deixar de se considerar a reunião semanal de núcleo de estágio, onde há um acompanhamento eficiente que sustenta toda a atividade local de intervenção. Além disso, considera-se o bloco semanal dedicado à elaboração do relatório de estágio, conseguido passo a passo, a fim de obter um registo crítico-reflexivo final que traduza aquilo em que consistiu efetivamente o estágio.

Tabela 1. Horário das atividades de estágio.

Dia da semana/ Atividade desenvolvida	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
Manhã	Sessões psicomotricida de	Sessões psicomotricida de	Sessão psicomotricida de Reunião de equipa multidisciplinar	Reuniões de articulação	Relatório de estágio
Tarde	Sessões psicomotricida de Reunião de núcleo de estágio	Sessões psicomotricida de	Sessão psicomotricida de	Outras atividades de estágio	

3.3. Tipologia do processo de intervenção psicomotora

Neste serviço, o encaminhamento para a psicomotricidade respeita um processo sequencial que vai desde o pedido de consulta à respetiva marcação do primeiro contacto com a família.

Assim, numa primeira fase, como o caso já é acompanhado pelo pedopsiquiatra e/ou outro técnico da equipa, consulta-se o processo clínico, a fim de conhecer minimamente o caso e perceber a pertinência deste encaminhamento. Para além disso, e uma vez que será realizada uma entrevista inicial com a família, convém saber quais os dados de que já se dispõe, de modo a evitar a repetição de questionamentos e rentabilizar o tempo de contacto. Geralmente, a primeira sessão divide-se em duas partes: conversa inicial/entrevista semiestruturada com a família, a fim de obter eventuais dados de anamnese, perceber quais as suas preocupações, esclarecer o propósito desta intervenção e questionar as expectativas face ao tratamento; e observação inicial com a criança.

O processo de intervenção psicomotora desenrola-se por norma em três momentos fundamentais: 1) observação/avaliação inicial (quatro a cinco sessões), informal e formal, a partir da qual se conhece a personalidade psicomotora da criança, se define a indicação ou não para intervenção e se recolhe a informação necessária para a elaboração do projeto terapêutico; 2) elaboração do projeto terapêutico e respetiva implementação, isto é, a intervenção psicomotora em si, o momento mais longo; 3) avaliação final, que consiste em repetir a avaliação inicial, sempre que possível nas mesmas condições, a fim de aferir o impacto da intervenção e a evolução da criança, mediante uma comparação dos resultados obtidos nos momentos inicial e final. Finalizado este processo, por norma, faz-se a reavaliação do caso, ponderando a continuidade ou não da intervenção, integração noutra valência do SPSMIA ou eventual alta. Um aspeto importante ao longo de toda a intervenção prende-se com o facto de respeitar o *timing* e o nível de organização inter e intraindividual ao longo dos vários períodos de desenvolvimento. Regularmente é feito o ponto de situação com os outros técnicos intervenientes, para acompanhamento do processo terapêutico e eventuais ajustes no projeto de intervenção, bem como a articulação periódica com a família e a escola. Este trabalho multidisciplinar, para além de tornar o processo mais eficiente, transmite, indubitavelmente, uma maior segurança à família.

A intervenção desenvolve-se com base em atividades que permitam estimular ou compensar habilidades deficitárias da criança e potencializar as que se encontram mais desenvolvidas. Suporta-se sobretudo em atividades lúdicas (forma de comunicação privilegiada e adequada ao nível de relação em que a criança se situa) relacionadas com as motivações intrínsecas e com o nível de aprendizagem da criança, camuflando deste modo os objetivos terapêuticos previamente estabelecidos. Tal como Wallon (1969) refere, o desenvolvimento motor assenta numa tríade indissociável, daí que os objetivos sejam orientados fundamentalmente para três áreas: motora, afetiva e cognitiva. Neste contexto de atuação, mostra-se pertinente realçar um conceito importante introduzido por Vygotsky (1993) – zona de desenvolvimento proximal - que designa as funções, capacidades e competências ainda em processo de maturação na criança, passíveis de estimular a partir de uma aprendizagem mediatizada pelo adulto. Estrategicamente isto será transversal a toda a intervenção, como meio facilitador do desenvolvimento evolutivo da criança, tendo como princípio base que aquilo que hoje a criança realiza com ajuda, futuramente o conseguirá de forma autónoma.

Partindo para a caracterização das sessões de psicomotricidade, estas têm uma duração de 45/50 minutos e, neste âmbito específico da saúde mental, não possuem uma estrutura rígida, antes pelo contrário são extremamente flexíveis, por um lado, porque a escolha das atividades parte da criança e, por outro, visto que o seu estado emocional é variável de sessão para sessão. No entanto, tendo como pano de fundo algumas sessões presenciadas, e, segundo Aragón (2007), é possível delinear uma estrutura-tipo: ritual de entrada (descalçar), conversa inicial (escuta do que a criança tem para contar, relembrar a sessão anterior, planeamento das tarefas a realizar, etc.), desenvolvimento de atividades (propostas pela criança ou pelo terapeuta), retorno à calma (momento menos agitado, de relaxação, etc.), conversa final (reclamada/representação das atividades realizadas, preparar a criança para o fim da sessão) e ritual de saída (calçar). Mais importante do que a estrutura da sessão, Aucouturier, Darrault e Empinet (1985) chamam à atenção para a necessidade de criar “três espaços” na sala de psicomotricidade: o espaço sensoriomotor (de exploração e prazer que permite tomar consciência das suas possibilidades de movimento e habilidades), o espaço simbólico (potencia a criatividade e a expressão emocional) e o espaço de representação (trabalho cognitivo partindo da vivência prática).

3.3.1. Avaliação

A avaliação, de acordo com Ramos, Silvério e Strecht (2005), diz respeito a um processo de recolha abrangente de informação, do maior número de fontes possível e pertinente, neste caso em particular sobre a criança. Pode ser feita de duas formas, como já se referiu: informal e formal. A primeira reúne informação proveniente da observação informal do comportamento da criança, do preenchimento de grelhas, de entrevistas realizadas à família e à escola, e de outros contactos. Por sua vez, a segunda resulta da aplicação de testes estandardizados para determinados grupos.

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, bem como as características tónicas, motoras, gnoso-práxicas, espaço-temporais, a representação corporal, considerando o envolvimento da pessoa na sua relação com os objetos, com o espaço e os outros. 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).

O processo de avaliação realizado com as crianças em acompanhamento resultou de uma aglutinação de informação recolhida informal e formalmente.

3.3.1.1. Avaliação informal

a) Observação

A observação assume particular ênfase, por não ser um processo estanque numa avaliação inicial, mas por estar presente ao longo de toda a intervenção, o que se refletirá na avaliação final do caso e nas conclusões inerentes à intervenção. Citando Fonseca (2007), na observação psicomotora o observador envolve-se numa mediatização intensa, criativa e lúdica, encorajando e reforçando a criança a evidenciar o seu potencial. Deste modo, o observador assume-se como um participante ativo que procura recolher dados relativos à atitude da criança perante as tarefas (motivação, interesse, esforço, fadiga, iniciativa, dificuldade, autonomia, impulsividade, lentidão); face ao outro (gestão da proxémia, procura ou recusa de contacto, atitude regressiva, de dependência, oposição), a sua atividade espontânea, autocontrolo, a relação que estabelece com o espaço e com os objetos, o tipo de comunicação (verbal e não-verbal), as reações emocionais, de iniciativa, a habilidade corporal, etc..

Segundo Martins (2001a), a relação terapêutica funciona a partir do momento em que o terapeuta se torna um parceiro aceite e desejado pela criança, e é a partir da mesma que se desenvolve a capacidade de jogar e de criar.

Na observação psicomotora “utiliza-se uma lupa para olhar ‘além da expressão’ oferecida pelo movimento e pelo jogo” (Holter, 2004, p. 109). É necessário um duplo olhar, tal como proposto por Boscaini (2004): funcional (o olho é o órgão de contacto com a realidade através da perceção e da representação); emocional e relacional (estreita relação de escuta tónica, que permite o contacto profundo com o espaço interno pessoal e dos outros, bem como uma ligação corporal entre sujeito e terapeuta).

b) Entrevista semiestruturada

Tipicamente a entrevista clínica representa o primeiro contacto entre o terapeuta e a criança/família no contexto terapêutico. Segundo Almeida (2008) e Pitteri (2004), consiste num método de recolha de informação que envolve um contacto face-a-face, em que, por meio da palavra, se utiliza um conjunto de técnicas, tais como: questionamento, clarificação, reformulação, silêncio, reflexão, etc.. Pelo seu carácter semiestruturado, pressupõe-se que o terapeuta já tenha previamente elaborado um guião de questões que

correspondem a conteúdos sobre os quais pretende obter mais informação. Não há uma ordem definida, surgem espontaneamente num momento oportuno. Esta entrevista funde uma atitude de questionamento a uma atitude de exploração e aprofundamento quando aparece um conteúdo importante. Envolve três aptidões fundamentais do terapeuta: a capacidade de se identificar de maneira empática, a capacidade de manter distância em relação ao problema e a de controlar as suas intervenções, de modo que sejam o mais corretas possível. De acordo com Bénony e Chahraoui (2002), o terapeuta deve ter presente o alcance de quatro princípios: o respeito (pela dignidade e direitos dos pais e pela sua atitude defensiva), a neutralidade (não deve formular juízos, críticas ou desaprovações, mas adotar uma atitude que proporcione confiança e acessibilidade), a empatia (identificação emocional ao outro) e a confidencialidade (manter sigilo e solicitar o consentimento da família sempre que houver necessidade de divulgar informação).

O terapeuta deve ainda “ordenar” e “classificar” a informação (incluindo aspetos mais subjetivos e não-verbais) obtida para uma melhor compreensão clínica do caso, relacionando a situação do momento com todo o percurso de desenvolvimento da criança, numa perspetiva de análise dinâmica e evolutiva. Acima de tudo a entrevista é o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação de parceria, entendendo a família que este espaço constituirá um porto seguro, potencializador tanto das capacidades da criança, como da família. Cada entrevista deverá ser única, visto que cada família é igualmente única. Este primeiro contacto serve principalmente para escutar e acolher a família, não devendo ser de imediato comunicado aquilo que se detetou na entrevista (Almeida, 2008; Aragón, 2007; Bléandonu, 2003).

As entrevistas realizadas seguiram uma forma semiestruturada em que se entrevistou a família com o objetivo de obter informação relativa à história pessoal da criança, bem como à história familiar, do desenvolvimento, educativa, perceção relativamente às dificuldades e potencialidades dos filhos, entre outros aspetos complementares da anamnese previamente realizada. Procurou ainda aferir-se quais as necessidades, recursos e preocupações atuais face à criança, transmitir a importância da intervenção psicomotora e averiguar quais as expectativas da família relativamente a este tratamento, sempre num clima de escuta empática e de disponibilidade para qualquer esclarecimento.

- c) Grelha de Observação do Comportamento [GOC] (2011/2012) (Grelha adaptada pelo núcleo de estágio em Saúde Mental Infantil do curso de Reabilitação Psicomotora da FMH, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Martins) (grelha em processo de validação)

A GOC é um instrumento que se destina ao registo de comportamentos do indivíduo ao longo da intervenção. Pretende 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) e observações sempre que necessário. Procura registar objetivamente comportamentos observados em determinado momento; uniformizar os comportamentos alvo a ter em atenção, inter-observadores; efetuar uma comparação a critério da evolução comportamental no início, meio e fim da intervenção.

Esta grelha é constituída por cinco domínios: aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho na realização das tarefas, relação e aspetos psicomotores. Os domínios integram vários subdomínios, que podem englobar categorias, por sua vez, compostas por itens.

Ao nível da perspetiva metodológica, a grelha permite a sua aplicação no início, meio e fim da intervenção. Por se considerar um instrumento a critério, o observador deve manter-se, especialmente quando o seu objetivo é aferir a evolução comportamental do indivíduo. A GOC não exige material específico nem padronizado na

sua administração. Pode ser aplicada independentemente da faixa etária e da condição biopsicossocial.

3.3.1.2. Instrumentos de avaliação formal

Ramos, Silvério e Strecht (2005) afirmam que a avaliação formal consiste na aplicação de testes padronizados, os quais são compostos por tarefas que pretendem avaliar conhecimentos, competências ou comportamentos, refletindo-se estes num resultado, que será classificado e comparado com a média *standard*. No entanto, nos instrumentos utilizados, esta comparação poderia ser enviesada, visto não se encontrarem validados para a população portuguesa. Assim sendo, estes testes serão considerados não de referência à norma, mas como referência a critério, isto é, o mesmo teste será aplicado à mesma pessoa nas mesmas condições para que seja possível observar a sua evolução, estagnação ou regressão após a intervenção.

A partir da sua aplicação é possível obter um conjunto de informação (quantitativa e qualitativa) relativa à compreensão cognitiva, à sensibilidade afetiva e à habilidade prática, nunca devendo ser os dados instrumentais da avaliação isolados do que advém da relação com a criança ou adolescente consigo mesmo e com o outro, com o espaço e o tempo. Esta informação resulta na constituição de um perfil intraindividual, onde se preconiza uma identificação das áreas fortes (desenvolvidas) e fracas (subdesenvolvidas) da criança.

A seleção dos instrumentos de avaliação a aplicar a cada criança foi realizada em consonância com a informação recolhida de diferentes fontes (processos clínicos, avaliações precedentes, informação de outros técnicos), tendo como principal objetivo ir ao encontro das necessidades específicas de cada criança. Esta escolha deve ser rigorosa, visto que o período de avaliação é limitado no tempo e fornece informação objetiva e determinante para a conceção e implementação do projeto terapêutico. Assim, para a avaliação formal recorreu-se aos seguintes instrumentos:

a) Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca (1975, cit. in Fonseca, 2007)

A BPM é um instrumento psicopedagógico que permite detetar défices funcionais, ou a sua ausência, em termos psicomotores, englobando a integração sensorial e perceptiva, que se relaciona com o potencial de aprendizagem da criança. Permite, por um lado, a recolha de dados para a identificação qualitativa de problemas psicomotores e de aprendizagem, procurando compreender o modo de funcionamento do cérebro e os processos mentais de base para a psicomotricidade; e, por outro, perceber a personalidade psicomotora da criança e o grau de integridade dos sistemas funcionais complexos, segundo as três unidades funcionais do modelo de Luria. Objetiva uma compreensão dos problemas de comportamento e de aprendizagem, baseada num conjunto de tarefas incluídas em sete fatores psicomotores: Tonicidade, Equilíbrio, Lateralidade, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Fina que, por sua vez, se subdividem em subfatores, obtendo assim um perfil psicomotor em crianças e jovens entre os 4 e os 12 anos de idade.

Em todos os fatores e subfatores, a cotação atribuída será em função da seguinte escala:

1 Ponto (Apraxia)	Ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada
2 Pontos (Dispraxia)	Realização fraca com dificuldade de controlo e sinais desviantes
3 Pontos (Eupraxia)	Realização completa, adequada e controlada
4 Pontos (Hiperpraxia)	Realização perfeita, precisa, económica, harmoniosa e controlada

O perfil psicomotor é então apurado a partir da cotação média arredondada (pontuação máxima 28 pontos), sendo classificado em: perfil psicomotor superior (27-28 pontos) ou bom (22-26), também denominados perfil Hiperprático; perfil psicomotor normal ou Euprático (14-21 pontos); perfil Disprático (9-13 pontos), este pressupõe DA ligeiras e, por último, o perfil deficitário ou Aprático (7-8 pontos) que traduz DA significativas.

b) Desenho da Pessoa (*Drawn a Person - DAP*) de Jack Naglieri (1988)

O DAP é um instrumento de avaliação do desenho da figura humana, desenvolvido como medida complementar do nível de desenvolvimento intelectual e, mais especificamente, do nível da integração cognitiva da imagem do próprio corpo. É aplicado a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos de idade. Trata-se de um sistema quantitativo, de carácter não-verbal, que pode ser aplicado em grupo ou individualmente.

O DAP analisa o desenho de três figuras humanas (Homem, Mulher e o Próprio) separadamente, dispondo o indivíduo de cinco minutos para a realização da prova, um lápis, uma borracha e a folha de resposta.

Este instrumento encontra-se organizado em três componentes de cotação (critérios, categorias e itens); apresenta 14 critérios (braços, ouvidos, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz, tronco, ligação das diferentes partes do corpo e vestuário) cotados segundo características específicas do desenho, ou itens. Relativamente aos itens existem quatro categorias (presença, detalhes, proporção e bônus).

c) Diagnóstico Informal da Linguagem Escrita (DILE) de Vítor da Fonseca (1978)

O DILE constitui um meio informal de diagnóstico dos fatores de comportamento que compreendem a aprendizagem da linguagem escrita. Trata-se de um instrumento pedagógico que facilita a identificação do perfil de aprendizagem da criança, de forma a delinear um conjunto de estratégias a utilizar no seu processo de aprendizagem, com base nas suas áreas fortes e fracas. Não delimita uma faixa etária específica, dirigindo-se a crianças já sujeitas a uma escolaridade.

O DILE encontra-se dividido em duas partes distintas, que são respetivamente: Aspectos Recetivos da Linguagem Escrita (pré-aptidões da leitura) e as Aptidões da Leitura Oral e Silenciosa. A primeira parte engloba tarefas como a discriminação visual de símbolos gráficos, a discriminação visual de letras, o nome e som de letras, silabação, discriminação visual de palavras, memória visual, análise fonética, reconhecimento de palavras, vocabulário e articulação. A segunda parte (leitura oral) avalia a pronúncia, confusões, repetições e hesitações, omissões, inversões, adições e substituições, velocidade de leitura, pontuação, expressão, postura corporal, compreensão e interpretação e desenvolvimento de conclusões. Na leitura silenciosa são avaliados aspectos como a postura corporal, atenção e segurança, compreensão e interpretação e desenvolvimento de conclusões.

d) Diagnóstico das Aquisições Percetivo-Auditivas (DAPA) de Vítor da Fonseca (1979, cit. in Fonseca 1999)

O DAPA é um meio de identificação das aquisições percetivo-auditivas, consideradas fundamentais para a aprendizagem da leitura e da escrita, isto é, um dispositivo para detetar problemas na perceção auditiva. Constitui, portanto, um instrumento de diagnóstico precoce e, ao mesmo tempo, um indicador de programas educacionais preventivos que, ao permitir a identificação de áreas fortes e fracas, facilita o delinear de estratégias compatíveis com as necessidades específicas da criança. Trata-

se de um instrumento de fácil e económica aplicação e de útil planificação pedagógica, que pode ser aplicado individualmente ou em pequenos grupos, a partir do pré-escolar.

O DAPA contempla vários domínios, entre eles, a Discriminação de pares de palavras, a Discriminação de frases absurdas, a Identificação fonética, a Síntese auditiva, o Completamento de palavras e de frases, a Associação auditivo-visual, a Memória auditiva de números e sílabas, a Memória de palavras e frases e a Associação auditiva, cotados independentemente em percentagem de êxitos e inêxitos. Todos estes domínios convergem para a identificação de um perfil de aquisições percetivo-auditivas, sob a forma de percentagem de êxitos.

- e) Perfil Psicoeducacional - Terceira Edição (Psychoeducational Profile Third Edition - PEP-3) de Eric Schopler, Margaret Lansing, Robert Reichler e Lee Marcus (2004)

O PEP-3 é um instrumento destinado a avaliar as características (pontos fortes e fracos) de crianças com autismo e perturbações globais do desenvolvimento relacionadas, auxiliando no planeamento do projeto pedagógico-terapêutico. Fornece informação importante sobre o nível de desenvolvimento e útil para o diagnóstico e a classificação do grau de autismo em termos de severidade. Destina-se a crianças entre os 2 e os 7 anos e meio de idade.

O PEP-3 contempla duas partes principais: performance obtida nos subtestes e observação da criança e relatório do cuidador. A primeira parte é composta por 10 subtestes (subdivididos em itens), sendo que seis avaliam habilidades do desenvolvimento: Desenvolvimento Verbal/Pré-verbal (34 itens), Linguagem Expressiva (25 itens), Linguagem Recetiva (19 itens), Motricidade Fina (20 itens), Motricidade Grosseira (15 itens) e Imitação Visual-Motora (10 itens) e quatro avaliam comportamentos desajustados: Expressão Afetiva (11 itens), Socialização (12 itens), Comportamento Motor (15 itens) e Comportamento Verbal (11 itens). Estes subtestes são posteriormente agrupados em três compósitos: Comunicação, Motora e Comportamentos Desajustados. Numa segunda parte o cuidador dispõe de três subtestes: Problemas Comportamentais, Autocuidado e Comportamento Adaptativo, com o objetivo de estimar o nível de desenvolvimento do seu filho comparativamente ao das crianças da sua idade.

A avaliação reúne assim um conjunto de aspetos que traduzem a personalidade psicomotora do sujeito. Por um lado, possibilita a recolha de dados objetivos, de comparação à norma ou a critério, situando o sujeito num determinado nível de aprendizagem. Por outro, a título informal, permite o registo de aspetos não contemplados nos testes padronizados, mais subjetivos e de observação direta; estes constituem, muitas vezes, dados não mensuráveis, mas determinantes na consecução do projeto de intervenção e na intervenção propriamente dita.

3.4. Caracterização dos casos em acompanhamento

Os casos acompanhados ao longo do estágio foram 13, no entanto distinguem-se três níveis de acompanhamento: 1) acompanhamento co-terapêutico (nove casos); 2) acompanhamento co-terapêutico com envolvimento mais participativo (três casos, sendo um destes o estudo de caso); 3) acompanhamento terapêutico (um caso). O número de sessões e o tempo de acompanhamento foi variável em função de cada caso. As idades das crianças acompanhadas variaram entre os 3 e os 10 anos de idade, bem como as psicopatologias diagnosticadas que foram diversas, como abaixo se verificará na descrição sucinta de cada um dos casos.

3.4.1. Casos em acompanhamento co-terapêutico

Caso 1 – P.G.

O P.G. é um menino de 9 anos de idade, que frequenta o 3º ano de escolaridade, acompanhado no SPSMIA desde outubro de 2006 e em Psicomotricidade desde setembro de 2009 (com pausa de um ano e retorno em novembro de 2010) encaminhado pela Unidade de Primeira Infância da Clínica da Encarnação, devido a dificuldades de separação da mãe, dificuldades graves de autonomia, no controlo da impulsividade e nas competências relacionais. É acompanhado semanalmente, às segundas-feiras de manhã.

Em termos de diagnóstico, possui um atraso global do desenvolvimento com desorganização motora e impulsividade, estando medicado. É uma criança com grande histórico de patologia orgânica, sendo acompanhada em vários serviços deste hospital. É superprotegido e pouco estimulado pela família, que receia impor-lhe qualquer tipo de exigência por duvidar da sua capacidade de resposta. Caracteriza-se pela imaturidade psicoafetiva e social e apresenta dificuldades marcadas em diversos fatores psicomotores, nomeadamente, equilíbrio, praxia global e praxia fina. Manifesta traços de inflexibilidade, ao procurar que tudo seja realizado da mesma forma. No entanto, é de referir a sua capacidade de iniciativa, espontaneidade e criatividade na proposta das atividades e a sua posição de “achar que sabe sempre tudo”. Todavia, um aspeto que sobressai é o grau de dependência face à mãe (com quadro depressivo anterior e comportamentos de hiperproteção), pelo que os objetivos ao nível da autonomia são trabalhados ao longo de todas as sessões, procurando-se que ele seja capaz de transferir estas aprendizagens para o quotidiano. Em parceria, semanalmente, é feito um trabalho com a mãe, em que se reforça a necessidade de autonomizar cada vez mais o P.G. (no banho, no calçar e vestir, no comer e beber, na natação, etc.); este trabalho nem sempre é fácil, pois denota-se uma grande fragilidade desta mãe face às competências parentais, que o P.G. manipula de forma perspicaz, acabando na maioria das vezes por vencer (e.g.: por uma simples dor não vai à escola, em contrapartida fica em casa a jogar computador).

Citando Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves e Valada (2007) e Goodman e Gotlib (1999), através da aprendizagem social e modulação, as crianças filhas de mães deprimidas tendem a adquirir comportamentos e emoções semelhantes aos apresentados pelas suas mães – forte dependência na relação, insegurança, imaturidade, dificuldades de separação, ansiedade. A partir da obra de Boubli (2001), constata-se que neste caso pode tratar-se de uma hiperadaptação à psicopatologia materna, cujas mães desenvolvem uma representação de si mesmas como impotentes para atuarem no seu ambiente, devido à sua incapacidade de modificar a interação.

O trabalho desenvolvido com o P.G. é sobretudo instrumental, onde a partir das suas motivações (que frequentemente se prendem com desportos coletivos), se dá oportunidade de vivenciar e experimentar diversas ações, que envolvam indiretamente habilidades de equilíbrio e praxia global e que mobilizem a capacidade de planeamento e estratégia de resolução de problemas. Priorizam-se também tarefas de motricidade fina, que incluam a destreza manual e, ao mesmo tempo, que envolvam a letra manuscrita (conquista recente que o P.G. ainda não se sentiu confiante para revelar no exterior). As atividades incluem sobretudo jogos de construção, jogos de cooperação e de confiança, tarefas de role-playing, atividades de enfiamentos e de grafismo.

De ressaltar ainda a articulação com a escola, devido à recusa escolar que apresenta e à constante falta de assiduidade. Frequentemente refere queixas de abusos e insultos por parte dos colegas, dos quais é incapaz de se defender. Daí que seja realizado um trabalho no sentido de lhe fornecer estratégias de defesa (ignorar, técnica de devolução), em contexto de dramatização e role-playing durante as sessões.

Para além desta intervenção, o P.G. frequenta sessões individuais de hidroterapia.

Caso 2 – A.S.

O A.S. é um menino de 6 anos de idade, que frequenta o jardim de infância, acompanhado no SPSMIA desde dezembro de 2010 e em Psicomotricidade desde fevereiro de 2011, encaminhado pelo pedopsiquiatra do serviço, devido ao baixo nível de socialização, avidez pelas rotinas, dificuldades na motricidade global e fina e pela existência de fixações. É acompanhado semanalmente, às segundas-feiras de tarde.

Em termos diagnósticos apresenta uma perturbação global do desenvolvimento – autismo infantil. O A.S. apesar de ter nascido em Portugal, como a família é de nacionalidade romena, viveu cerca de dois anos na Roménia (onde beneficiou de apoio psicológico e ocupacional e tratamento farmacológico), regressando somente em 2010. É filho único e já foi sujeito a uma intervenção cirúrgica nos tendões aquílicos (tendo permanecido com as pernas engessadas cerca de um mês), devido à marcha em pontas de pés, postura que, por vezes, ainda é necessário corrigir. Neste caso, o trabalho centra-se, por um lado, numa dinâmica relacional destinada a estabelecer um vínculo terapêutico e a proporcionar toda esta adaptação à nova cultura, linguagem, aceitação de regras e limites (birras, comportamento desafiador, oposicionismo), aumento da tolerância à frustração (autocontrolo), controlo das estereotipas (“saltinhos”, “gritos” e morder os dedos, nos momentos de maior agitação e excitabilidade), experiência sensoriomotora, etc.. Por outro, reveste-se de uma componente instrumental com vista a desenvolver as suas habilidades motoras globais e finas e aumentar o tempo de atenção e permanência na atividade. Perante este quadro, a intervenção com o A.S. é, muitas vezes, envolvida no jogo simbólico, onde este revela uma boa capacidade cognitiva, sendo trabalhados os aspetos anteriormente apresentados de uma forma lúdica e cativante; no entanto, manifesta uma forte dificuldade em lidar com o “não”. Facilmente propõe e aceita a inversão de papéis. Apesar de todo este condicionamento psicopatológico do A.S., ele tem feito inúmeros progressos a diversos níveis, sendo o meio familiar bastante favorável: os pais são interessados, procuram obter ajuda e estratégias para agir adequadamente com o filho, o que facilita imenso a adesão ao projeto terapêutico. As atividades desenvolvem-se à volta do jogo simbólico e de jogos de regras, bem como de tarefas de role-playing, fornecimento de comportamentos de substituição (controlo das estereotipias), entre outros.

Paralelamente a esta intervenção, o A.S. beneficia de apoio no ensino especial e de terapia da fala.

Caso 3 – D.R.

O D.R. é um menino com 5 anos de idade, que frequenta o jardim de infância, acompanhado no SPSMIA desde junho de 2009 e em Psicomotricidade desde janeiro de 2010, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, devido a irrequietude motora, atraso na linguagem e no desenvolvimento e por dificuldades na motricidade. É acompanhado semanalmente, às terças-feiras de manhã.

Relativamente ao diagnóstico, apresenta uma perturbação específica mista do desenvolvimento (perturbação concomitante no desenvolvimento da fala e da linguagem, nas habilidades escolares e/ou na função motora) e perturbação da atividade e da atenção. O D.R. é uma criança com um desenvolvimento estato-ponderal abaixo do esperado para a sua idade e com um atraso marcado e óbvio ao nível do desenvolvimento e da linguagem. Em termos orgânicos apresenta um posicionamento ligeiramente anormal dos dedos dos pés, aspeto a considerar na sua dificuldade em realizar algumas tarefas de equilíbrio, incluídas em percursos psicomotores e na sua própria marcha. Para além das atividades motoras realizadas (atividades de coordenação óculo-manual e pedal realizadas com bola), o D.R. frequentemente procura momentos de cariz mais regressivo, ao propor a construção e o envolvimento em espaços de contenção, de pura *maternage* (“casa”), revelando o seu prazer em ser cuidado, em ser

“corpo agido” (e.g.: no jogo simbólico pede fralda, chucha no dedo, etc.). Segundo a perspectiva psicodinâmica apresentada por Freud (1968), o caráter libidinal do chuchar pode rapidamente substituir o contributo energético e calórico do seio ou do biberão, na medida em que o prazer oral cristaliza, focaliza e reatualiza a experiência alimentar de base.

Este carácter regressivo facilmente se enquadra ao estudar a história pregressa e familiar da criança. O D.R. é fruto de uma gravidez ocultada até aos 6 meses e não vigiada, tendo sido praticamente cuidado pela avó paterna. Desde logo, como diria Winnicott (1969), não houve a preocupação maternal primária, sendo as ausências superiores àquelas que a criança poderia experimentar. As funções de *holding*⁴ e de *handling*⁵ da mãe suficientemente boa ficaram comprometidas não havendo, portanto, um investimento afetivo na díade. Segundo Freud (1968), a regressão verifica-se quando a criança volta a ter objetivos de satisfação pulsional característicos de estádios anteriores, que não foram satisfeitos. Quando o D.R. tinha 1 ano de idade, ocorreu um incidente gravíssimo, ao qual ele terá assistido, em que o pai atingiu a avó materna e a mãe com um tiro (esta terá ficado com sequelas severas, com hemiparesia esquerda, alterações de memória e diminuição acentuada da visão), suicidando-se de seguida. Este caso foi de imediato para instâncias do tribunal (ECJ-Cascais) e após decisões jurídicas, o D.R. e o irmão (fruto de uma relação anterior da mãe), permaneceram institucionalizados (o D.R. cerca de um ano e o irmão ainda continua). Nitidamente há aqui uma grande falha ao nível do processo de vinculação e dos mecanismos identificatórios, uma inconstância nas figuras de referência e nos prestadores de cuidados, com um período de institucionalização muito precoce. Para agravar a situação, assiste-se a um corte de laços com o irmão, que seria a única esperança. Atualmente, decorre um processo de adoção por parte dos avós paternos e o D.R. encontra-se aos seus cuidados.

A intervenção psicomotora com o D.R. reveste-se de um carácter (re)educativo e fundamenta-se essencialmente numa componente relacional, recorrendo ao jogo funcional e simbólico, a fim de compensar esta lacuna psicoafetiva e de estimulação precoce. No entanto, a partir desta abordagem, procura introduzir-se um trabalho instrumental que estimule os défices desenvolvimentais que apresenta, nomeadamente ao nível da linguagem verbal, psicomotor e cognitivo, preconizando-se progressivamente incutir o jogo de construção e de regras. A nível psicomotor é fundamental o enfoque nos diferentes fatores, bem como a presença constante, ao longo das sessões, de momentos de relaxação, que funcionam, segundo Martins (2001b), como uma ponte entre o que é sentido e vivido nessa experiência, no plano não-verbal e numa base tónico-emocional, e a sua interiorização pela atribuição de um significado através da mediação da palavra. Coloca, assim, a criança entre o princípio do prazer e da realidade, permitindo integrar segundo a sua história esses modos de funcionamento psíquico (Martins, 2001b).

Paralelamente a esta intervenção, o D.R. já beneficiou de terapia da fala durante um ano num local privado, que teve que abandonar por questões financeiras. Recentemente reiniciou esse apoio neste hospital.

⁴ *Holding*: Processo de transportar, segurar e de pegar ao colo a criança, que constitui o conjunto de práticas corporais dos cuidados maternos (*maternage*) (Winnicott, 1969).

⁵ *Handling*: Manipulação sensível do corpo da criança, de gestualização confortante e prazerosa, num investimento afetivo por parte da mãe, no qual se desenvolvem experiências securizantes, confortantes e fundadoras da personalidade da criança (Winnicott, 1969).

Caso 4 – D.C.

O D.C. é uma criança com 10 anos de idade, que frequenta o 4º ano de escolaridade, acompanhado no serviço e em Psicomotricidade desde fevereiro de 2008, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, devido a uma perturbação grave da interação social, alterações da linguagem (expressiva e receptiva), dificuldades na praxia fina e global e DID. É acompanhado semanalmente, às terças-feiras de manhã.

No que respeita ao diagnóstico, apresenta uma perturbação desintegrativa da infância e DID, estando medicado. Estas alterações desenvolvimentais são já muito precoces, com um desenvolvimento tardio da marcha e da linguagem verbal. Apesar das limitações físicas e psíquicas que apresenta, é uma criança motivada, empenhada e persistente na aprendizagem sobretudo em atividades de motricidade global; nas atividades ligadas ao grafismo o empenho é significativamente menor, desmotivando mais rapidamente. A este nível mais fino, devido à sua fraca destreza, controlo e precisão manual, é necessário empregar um reforço extra para que efetue as tarefas. Na generalidade, é um rapaz que frequentemente se auto-instrui e autorreforça positivamente. De salientar o seu pavor com sangue e com feridas, daí ser muito sensível quando se magoa, por mínimo que seja. Relativamente ao envolvimento familiar há indicação de algum desentendimento entre os pais; face ao D.C. assiste-se a uma prestação de cuidados mais de índole funcional, com alguma pobreza de estimulação. Pontualmente verificaram-se episódios de somatização (e.g.: vómito), que numa linha psicodinâmica, apresentada por Boubli (2001), podem ser entendidos como um modo privilegiado de expressão das angústias na criança, pois o ego ainda não dispõe de modos de defesa diversificados. Assim como a alimentação é o protótipo da incorporação e da introjeção, o vómito é o da projeção, a eliminação de objetos maus, agressores, intoleráveis.

As atividades inserem-se num registo terapêutico sobretudo instrumental, procurando compensar os défices psicomotores acentuados que apresenta, sobretudo ao nível da tonicidade, do equilíbrio, da noção do corpo e, notoriamente, da praxia fina. É uma criança de extremos: quando não consegue realizar determinado movimento, revela a sua baixa tolerância à frustração por meio de comportamentos e discurso desadequados; por sua vez, quando obtém sucesso, manifesta claramente comportamentos exuberantes. O trabalho a desenvolver com o D.C. passa por atividades de motricidade fina com utilização funcional bimanual (enfiaamentos, construções com blocos, desenho livre, tocar no piano), equilíbrio (percursos de espumas, marcha sobre blocos e saltos com corda) e atividades de motricidade global (lançamentos, passes, etc.). Os jogos de cooperação mostram-se uma mais-valia no seu desenvolvimento.

O D.C. frequenta também a natação, terapia da fala e educação especial.

Caso 5 – D.S.

O D.S. é um menino com 5 anos de idade, que frequenta o jardim de infância, acompanhado no SPSMIA desde Maio de 2011 e em Psicomotricidade desde julho do mesmo ano, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, devido a alterações do comportamento, dificuldade em manter a atenção, comportamento de oposição, reduzida tolerância à frustração e alguns comportamentos obsessivos. É acompanhado semanalmente, às terças-feiras de manhã.

Em termos diagnósticos, o D.S. apresenta uma perturbação global do desenvolvimento, estando medicado para tal. Organicamente já teve otites de repetição e sinusite, e mantém hipermetrofia e estrabismo, que não interferem diretamente com a intervenção. A nível comportamental, o D.S. é uma criança que oscila entre períodos em que é extremamente meigo, procurando a proximidade afetiva e outros em que se irrita bastante, sendo agressivo com o adulto.

Esta ambivalência pode ser associada com a sua história familiar, visto que o D.S. é fruto de uma gravidez não planeada (e afetada por um luto anterior nunca ultrapassado) e a relação entre os pais terá sido sempre muito conturbada, havendo discordância em relação à educação do D.S., com comentários desvalorizativos do pai em relação à postura da mãe na imposição de limites. Recentemente, o pai do D.S. terá sofrido um acidente vascular cerebral, o que veio agravar a sua personalidade autoritária. Além disso, há indício de psicopatologia (esquizofrenia) noutros membros da família. Os avós maternos vão auxiliando nos cuidados a prestar a este neto, sobretudo ao fim de semana e assegurando a vinda do D.S. às sessões de psicomotricidade. Acrescenta-se que o D.S. já teve períodos de enurese diurna e noturna, que, como vimos anteriormente na descrição das psicopatologias, pode ser uma resposta do corpo à reação emocional face a determinado episódio inquietante.

À luz da teoria da vinculação, pode estabelecer-se alguma relação entre esta ambivalência reacional e todo o fenómeno de vinculação precoce verificado, respondendo a criança ora com comportamentos de proximidade, ora de rejeição (Ainsworth et al., 1978). Além disso assiste-se também a um comportamento aut centrado de onnipotência, nem sempre gerindo adequadamente a força nos movimentos, daí que tenha alguma dificuldade na interação com os pares. Citando Mahler (1973), a onnipotência é um comportamento típico da criança ainda numa fase simbiótica, mas que estabiliza com o processo de separação-indivuação⁶.

Manifesta uma desorganização notória ao nível da linguagem, que se apresenta por vezes em ecolália. De salientar também alguns comportamentos obsessivos que manifesta (e.g.: arrumar as coisas sempre da mesma forma, repetir frases de filmes exatamente iguais), reagindo de forma disruptiva (e.g.: ataques de raiva) quando contrariado. De um modo geral traduz uma carência acentuada ao nível da estimulação, o que se repercute nos défices no campo psicomotor (equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estruturação espaço-temporal, praxia global e fina).

As atividades desenvolvidas com o D.S. centram-se num domínio relacional e instrumental, onde está implicado quer o jogo simbólico, quer o jogo construtivo e obstrutivo e ainda o de regras (na tentativa de controlar a sua onnipotência). Parte-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, para um domínio mais cognitivo (instrumental).

Caso 6 – T.S.

O T. S. é um menino com 5 anos de idade, que frequenta o jardim de infância, acompanhado no SPSMIA desde dezembro de 2009 e em Psicomotricidade desde Maio de 2010, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, devido a um quadro de agitação e irrequietude psicomotora, birras, oposicionismo e impulsividade. É acompanhado semanalmente, às terças-feiras de tarde.

Em termos diagnósticos apresenta uma perturbação da atividade e da atenção, perturbação da conduta hipercinética e perturbação desafiadora e de oposição, estando medicado para tal em doses elevadas, devido ao quadro psicopatológico e às implicações que este adquire nos vários contextos. De facto, é uma criança que manifesta claramente os comportamentos acima mencionados, sendo difícil de conter e

⁶ Processo de separação-indivuação: A separação diz respeito à evolução no sentido da diferenciação, à distância, à formação de limites e afastamentos da mãe; a indivuação reporta à evolução das funções autónomas (perceção, memória, capacidades cognitivas). A garantia do desenvolvimento normal deste processo de afastamento e aproximação é a mãe, porque se esta não estiver física ou psiquicamente disponível, a criança não será capaz de integrar as boas e más imagos maternas (Mahler, 1973).

de controlar, na medida em que apresenta uma força elevada, atendendo à sua idade e estrutura física, não tendo muitas vezes noção das consequências provocadas no outro, nem no espaço. No que respeita ao condicionamento orgânico, refere-se o traumatismo craniano ocorrido aos 6 meses, com ligeira perda auditiva (o que pode de algum modo relacionar-se com o tom de voz elevado do T.S.). Salienta-se também alguma compulsividade alimentar, como efeito colateral da medicação (Risperidal).

É filho único e apesar de ter uma boa estrutura familiar, existe alguma disfuncionalidade desde muito precocemente – esta mãe terá vivido numa relação muito fusional com o filho (e de alguma culpabilidade, devido ao acidente anteriormente mencionado), não tendo ocorrido a efetiva triangulação, o que pode de certo modo relacionar-se com este sentimento de onipotência, dificuldade na relação com o outro e com o espaço, dificuldade na partilha observada no T.S.. Durante muito tempo o T.S. tratou o pai pelo seu nome (na terceira pessoa), que demonstra um sentimento de proximidade com a figura paterna perturbado. Citando Vecchiato (2003), a função maternal é aquela que envolve o bebé e responde adequadamente às suas necessidades fusionais. A função paternal é aquela que vem separar a criança da mãe, respondendo de maneira adequada à necessidade de difusão da criança, ao estabelecimento de regras e limites, à organização do pensamento, à sua autonomia.

O T.S. é uma criança com grande potencial cognitivo e com uma habilidade especial com a bola, sendo muitas vezes um desafio para o adulto descentrar a sua atenção para outros materiais. O T.S. apresenta uma grande dificuldade em aceitar e respeitar regras, reagindo muitas vezes de forma impulsiva e agressiva para com o adulto. Contudo, tem períodos em que consegue ser extremamente afetivo, assumindo um papel de “menino bom, protetor e sabichão”, auto-instruindo-se adequadamente e demonstrando ter consciência das suas ações.

A intervenção com esta criança insere-se particularmente sob um fundo instrumental, no qual se preconiza através do jogo simbólico e de construção, a introdução de regras, a condição de planificar e gerir toda a atividade (o material necessário, a finalidade da atividade, etc.). Ao nível das competências sociais é importante aumentar a capacidade de diálogo, de aceitar a opinião dos outros, de discutir e participar na construção de ideias novas, coletivas. Procura também direcionar-se a sua força para tarefas com algum objetivo (e.g.: derrubar grandes objetos, lutar onde possa descarregar energia, etc.). Os jogos de competição podem ser utilizados como estratégia, mas não em demasia, evitando correr o risco de elevar esta agitação, irritabilidade. Além disso, é necessário trabalhar-se, por meio de jogos lúdicos de cooperação, o desenho livre e promover tarefas que mobilizem grafismos, tendo em conta a sua idade (e o período de entrada para o 1º ciclo). Numa fase inicial da sessão estimula-se um grande desgaste físico, a fim de que o T.S. seja capaz de terminar a sessão de forma mais calma (preferencialmente com um período de relaxação, com envolvimento simbólico), combatendo a agitação motora que manifesta. Focalizando a atenção pelo jogo e pela atividade lúdica procura-se prolongar os centros de interesse e promover a autorregulação dos seus impulsos. Com o T.S. as estratégias passam por aproveitar e canalizar positivamente a boa coordenação motora, maximizando as suas competências e permitindo a expressão da sua agressividade de forma organizada e controlada, pela valorização da sua expressão individual e criativa e da sua performance (reforço da autoestima), pela previsão e antecipação das ações e respetivas consequências.

Paralelamente tem sido feito um acompanhamento familiar efetivo com a mãe do T.S., visto que o seu comportamento assume níveis que ultrapassam as capacidades maternas. Deste modo, para além de uma atitude de escuta face àquilo que a mãe traz, têm sido devolvidas estratégias práticas, nomeadamente, evitar a generalização de comportamentos (“não é porque não se portou mal numa determinada situação que é um menino mau”), valorizá-lo quando necessário, ser assertiva nas ordens, introduzir o pai

no estabelecimento de limites, evitar a desautorização mútua entre os pais na presença do T.S., etc..

Caso 7 – A.P.

O A.P. é uma criança com 10 anos de idade, que frequenta o 4º ano de escolaridade, acompanhado no SPSMIA desde Maio de 2005 e em Psicomotricidade desde novembro de 2011, encaminhado pelo pedopsiquiatra do serviço, devido a alterações da motricidade, do comportamento (impulsivo) e da socialização. É acompanhado semanalmente, de forma alternada entre as terças e as quartas-feiras de manhã (para melhor adequar à disponibilidade família, sem interferir com outros casos que já vinham a ser seguidos neste horário).

Em termos diagnósticos, refere-se a perturbação da fala e da linguagem não especificada e a perturbação do desenvolvimento das habilidades escolares não especificada, sendo neste caso determinante também a administração da medicação para controlar os efeitos psicopatológicos. Além disso, em termos orgânicos possui a síndrome do X-frágil, cujo fenótipo é visível sobretudo ao nível das características faciais e comportamentais.

O A.P. é uma criança que apresenta um comportamento bastante impulsivo e um tempo de atenção muito reduzido nas tarefas, bem como uma grande agitação motora, acompanhada de um padrão elevado de força. Responde bem ao reforço positivo e à valorização das suas competências. Ao nível da linguagem, apresenta um discurso pobre, pouco fluente, muito centrado na fantasia e no relato de “episódios de desenhos animados ou de filmes”, com dificuldade em separar o real da fantasia. Verifica-se alguma dificuldade no estabelecimento inicial de relação com o outro, sem manter contacto visual. Ao nível psicomotor atende-se a um défice significativo, desde a tonicidade (intolerância ao toque, mesmo quando mediado por objetos), equilíbrio (estático e dinâmico), estruturação espaço-temporal (ainda que pareça ter uma boa habilidade rítmica), noção do corpo e praxia fina. Relativamente às aquisições académicas (escrita, aritmética), estas situam-se ainda num nível muito elementar (e.g.: apenas escreve palavras soletradas e em letra de imprensa). À medida que estabelece a interação com o adulto vai permitindo e propondo espontaneamente a troca de papéis e jogos de cooperação e partilha. A intervenção com ele mantém-se sobretudo num registo instrumental, inicialmente com o estabelecimento de regras de funcionamento, jogos de construção, de confiança e introdução de atividades de relaxação.

É ainda importante acrescentar que a história familiar do A.P. é um pouco complexa, logo pela existência de uma separação e o A.P. ficar alternadamente com o pai e a mãe. Por parte deste pai e da avó paterna prevaleceu sempre uma desautorização das competências da mãe em relação ao filho. Há registo de um quadro depressivo da mãe, já acompanhada em psicologia neste hospital. Esta informação justifica muitas vezes a forma diferente como o A.P. respeita a mãe e o pai.

Caso 8 – R.T.

O R.T. é um menino com 6 anos de idade, que frequenta o jardim de infância, acompanhado no SPSMIA desde abril de 2011 e em Psicomotricidade (em co-terapia com a interna de pedopsiquiatria) desde janeiro de 2012, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, devido a alteração do comportamento, agitação psicomotora e agressividade. É acompanhado quinzenalmente, às quartas-feiras de tarde.

Em relação ao diagnóstico, inicialmente apresentava uma perturbação do espectro do autismo, no entanto, atualmente parece não reunir critérios para tal, verificando-se sobretudo uma perturbação global do desenvolvimento. No entanto, continua ainda medicado respeitando o primeiro diagnóstico. Ao nível orgânico é de salientar que possui otites de repetição.

É uma criança com desenvolvimento estato-ponderal abaixo do esperado para a sua idade e com uma apresentação descuidada; frequentemente está hipervigilante. Acima de tudo é visível uma grave carência de estimulação e negligência por parte da mãe. Apesar de o R.T. possuir algumas alterações comportamentais e desenvolvimentais, manifestar um comportamento marcado pela instabilidade, agitação, baixa tolerância à frustração, pobreza na linguagem expressiva (por vezes em ecolália), reduzido tempo de atenção na tarefa, o grande foco problemático e desencadeador acaba por ser esta família (mãe). Desde logo referir que a mãe também ela na sua infância terá sido vítima de negligência e maus tratos, estando mesmo referenciada à CPCJ. Parece tratar-se aqui de uma psicopatologia transgeracional, defendida por Berger (2003), em que tendencialmente os pais reproduzem os modelos parentais integrados e projetam sobre os filhos a sua parte melancólica autodestrutiva. Como refere Ferreira (2002) na sua obra, estes pais, muitas vezes imaturos, procuram nos filhos um substituto da função esperada e frustrada na relação com os próprios pais – o filho terá a função de reparar o seu passado. Além disso, o pai sempre foi muito ausente na prestação de cuidados tendo esfaqueado a mãe quando o R.T. tinha 2 anos (episódio ao qual terá assistido; nesta altura o R.T. terá deixado de falar); foi de imediato detido. O agregado familiar instala-se assim em condições muito peculiares, composto pela mãe, o R.T. e uma irmã de 3 anos (fruto de um relacionamento anterior da mãe, que começa também a ser acompanhada indiretamente no serviço). O R.T. já teve enurese diurna e atualmente tem encoprese. Esta, segundo Wallon (1969), é, muitas vezes, a expressão de um descontrolo face à separação de um objeto interno, de perder parte de si.

Esta criança tem vindo a ser intervencionada desde os 10 meses de idade por razões diversas, havendo registo de inúmeras idas à urgência. A mãe (muito ambivalente) vai referindo alguma dificuldade de interação, no entanto remete o foco destas alterações no R.T. para um *locus* de controlo externo, delegando a responsabilidade nas diversas pessoas (educadoras, técnicos, etc.) que estão em contacto com a criança. Segundo Boubli (2001), a criança ao sofrer esta alternância entre estimulações inadequadas e afastamentos bruscos encontra-se num clima de insegurança, em que a organização e a antecipação são imprevisíveis. Faz questão de estar permanentemente envolvida no projeto terapêutico do R.T., exigindo constantes revisões farmacológicas (numa atitude defensiva), por considerar que o comportamento do filho se tem agravado, aspeto que não é corroborado pelas restantes pessoas que se relacionam com o caso. Há de facto alguns sinais indicadores de negligência⁷ e pela falta de adesão ao projeto, o caso foi entretanto (re)sinalizado à CPCJ, aguardando os técnicos alguma decisão.

A intervenção feita centra-se sobretudo no estabelecimento de uma relação empática e segura com o R.T., visto o seu contacto ser indiferenciado face ao adulto e o comportamento gravemente perturbado na presença da mãe. Reportando à conceção de Spitz (1968), parece não ter havido a angústia do oitavo mês (angústia do estranho), que marca a identificação ao objeto maternal e o estabelecimento da primeira relação com o objeto libidinal a par com a ameaça de perder essa relação. Segundo Bowlby (1978), para além de uma vinculação insegura, pode falar-se de uma vinculação angustiada, em que a mãe apesar de fisicamente presente se mostra insensível às necessidades do filho. Como diria Bion (1964), a sua (in)capacidade de *rêverie*, não lhe permite acolher as projeções-necessidades da criança (elementos beta) e agir responsivamente em

⁷ Negligência: Incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo e pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (DGS, 2011).

substituição das más projeções originais, devolvendo-lhe elementos alfa, mais integráveis. A intervenção é, portanto, de carácter mais relacional, procurando ultrapassar a angústia de separação relativamente à irmã e de abandono face à mãe, através da possibilidade de se envolver em atividades do seu interesse, de exploração sensoriomotora e de jogo funcional. Por vezes, revela alguns medos (e.g.: de bruxas), nomeadamente através do jogo simbólico, ao qual parece não aceder ainda muito bem. No entanto, a nível cognitivo é uma criança com potencial, fazendo inúmeros progressos ao longo do tempo.

Caso 9 – C.P.

O C.P. é um menino de 3 anos de idade, acompanhado no SPSMIA desde fevereiro de 2012 e em Psicomotricidade desde abril do mesmo ano, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, devido ao grave atraso no desenvolvimento, nomeadamente da linguagem e da motricidade. É uma criança que nunca frequentou o jardim de infância, estando diariamente aos cuidados da mãe (filho único). É acompanhado semanalmente, às terças-feiras de manhã. Não apresenta ainda qualquer diagnóstico, porque se encontra em fase de avaliação. Em termos orgânicos possui um sopro cardíaco, vigiado na consulta de pediatria e é alérgico às picadas de inseto.

O C.P. é uma criança de idade aparente semelhante à real, harmoniosa e expressiva que estabelece interação com o adulto de forma diferenciada, ainda que, segundo os pais, na rua se aproxime e interaja com estranhos. Apresenta um comportamento instável, marcado pela auto e hetero-agressividade (e.g.: “aos 2 anos puxava cabelos e batia com a cabeça, agora bate nos pais, sobretudo na mãe” sic pai). É uma criança desorganizada nas suas brincadeiras, que frequentemente faz birras e apresenta baixa tolerância à frustração sempre que é contrariado. Revela um bom potencial cognitivo e uma ótima capacidade de aprendizagem por imitação (e.g.: imita os pais, desenhos animados que vê na TV, etc.). Demonstra gosto pelo desenho, reduzindo-se este a rabiscos e alguns círculos. Revela uma boa compreensão de instruções simples. Possui algumas bizarras e gestos repetitivos, como ficar em frente à máquina da roupa a rodar e imitar os movimentos e gestos repetitivos, nomeadamente manuais (onde é evidente hipertonicidade). Manifesta facilidade em ligar e desligar aparelhos eletrónicos, bem como nos respetivos jogos. Mantém contacto ocular frequente e reconhece e expressa emoções.

Parece realmente haver um grave atraso no desenvolvimento, particularmente ao nível da linguagem expressiva (apesar de haver intencionalidade comunicativa, apenas diz duas a três palavras inteligíveis; não faz frases), do controlo de esfíncteres (ainda usa fralda), da alimentação (só come a sopa passada e não come sozinho) e do sono (ainda dorme com os pais). Relativamente à história familiar, observa-se alguma incapacidade na competência parental, quer por falta de estratégias a adotar perante o comportamento do C.P., quer por uma lacuna ao nível da interação e estimulação. Além disso, a mãe já teve uma depressão (que se arrasta há 10 anos), nunca acompanhada e aparentemente ainda não tratada (ar deprimido, postura abatida e olhar ansioso). O pai, apesar de assumir uma atitude mais ativa, demonstra alguma fragilidade e falta de assertividade na relação com o C.P. Em termos terapêuticos, preconiza-se o acompanhamento do C.P., bem como a sua integração no jardim de infância, e um acompanhamento psiquiátrico para a mãe.

A intervenção com o C.P. inicialmente visou o estabelecimento de uma relação empática e de segurança com as técnicas, por meio de jogos de confiança. Devido ao atraso desenvolvimental que apresenta a atuação será de carácter mais instrumental, orientada com vista à aquisição e desenvolvimento de competências esperadas para a sua faixa etária e consequente organização da ação e do pensamento, servindo-se obviamente de um cunho relacional, como fator motivacional e facilitador da adesão da

criança. As atividades centram-se fundamentalmente nos jogos funcionais, de construção e simbólicos.

É também seguido na consulta de pediatria do desenvolvimento e de psicologia (noutro serviço) e pondera-se iniciar apoio em terapia da fala.

3.4.2. Casos em acompanhamento co-terapêutico com envolvimento mais participativo

Caso 10 – F.B.

O F.B. é um menino de 8 anos de idade, que frequenta o 2ºano de escolaridade, acompanhado no SPSMIA desde maio de 2010 e em Psicomotricidade desde julho de 2011, encaminhado por uma interna de pedopsiquiatra do serviço, devido a carência de estimulação, que se repercute num atraso de desenvolvimento e, decorrente disso, em graves DA. É acompanhado semanalmente, às segundas-feiras de manhã.

Relativamente ao diagnóstico, apresenta um atraso de desenvolvimento e uma perturbação mista do comportamento e das emoções, estando medicado. Colateralmente apresenta tiques motores (fletir a cabeça) e vocais (tossir e assobios), sobretudo em tarefas que exijam maior concentração. O F.B. é uma criança hipervigilante, cuja idade aparente corresponde à idade real, e que facilmente estabelece interação com o adulto. Apresenta sérias dificuldades cognitivas e psicomotoras, no entanto é uma criança bastante motivada e empenhada no desenvolvimento das tarefas propostas, raramente desistindo das mesmas (mesmo com um tempo de atenção muito reduzido). O F.B. apresenta o padrão típico de uma criança com défice de atenção, por um lado, porque embora seja extremamente esforçado e empenhado, o tempo de atenção é muito reduzido e, por outro, visto que tem períodos de subatividade e outros em que a atividade é desorganizada. Além disso, é de salientar um aspeto importante nesta criança, que se relaciona com o estudo de Cabral (2006) – as variações na atividade ao longo do próprio dia – por vezes, não responde adequadamente a uma solicitação e, no momento seguinte, está a responder. A sua linguagem, recetiva e expressiva, é bastante pobre, sendo o discurso circunstanciado e apresentando por vezes ecolália. Frequentemente, esta pobreza recetiva implica acompanhar as instruções de demonstração. A sua capacidade de representação permanece ainda pouco investida, assim como a capacidade de desenvolvimento da atividade simbólica. O F.B. manifesta uma lacuna ao nível da memória (de trabalho) e do processo de sequencialização, o que condiciona de imediato a resolução de tarefas, de problemas e o desenvolvimento das respetivas estratégias. Acoplado a isto é evidente uma imaturidade psicoafetiva e uma instabilidade emocional, com impulsividade que fazem com que o seu comportamento oscile, muitas vezes, entre o inibido, o ansioso, o bem e mal sucedido. A nível psicomotor, apresenta desvios óbvios no controlo tónico-emocional, no equilíbrio, na noção do corpo, na estruturação espaço-temporal e na praxia global.

À luz da teoria de Wallon (1949, cit. in Fonseca, 2007), a vida emocional interage com as reações tónicas, emoção e motricidade influenciam-se intimamente em termos de desenvolvimento afetivo, daí que estes resultados possam justificar-se pelas marcas psicoafetivas e relacionais desta criança.

Atualmente, o F.B. vive durante a semana com o pai e os avós paternos (que detêm a sua tutela) e ao fim de semana, por vezes, está com a mãe e os avós maternos. Há indícios de ansiedade praticamente em todos os membros da família. Ambos os pais têm um historial de toxicod dependência e a mãe com depressão associada (não medicada, nomeadamente durante a gravidez). No entanto, já fizeram tratamento de desintoxicação e atualmente a mãe “tenta ser a melhor mãe do mundo” sic mãe.

Perante este quadro, a intervenção com o F.B. é sobretudo instrumental, no sentido de estimular a aquisição de competências psicomotoras de suporte às aprendizagens académicas. O trabalho desenvolve-se à volta de jogos de ação, de

descoberta, de atividade simbólica, ligados a temáticas do seu interesse. Como refere Costa (2008), enquanto a criança está em jogo e envolvida emocionalmente, sente-se mais tranquila e os movimentos parasitas tendem a desaparecer. Em paralelo atua-se numa dinâmica de caráter relacional no sentido de compensar a imaturidade psicoafetiva, bem como de atenuar os tiques que apresenta. A intervenção baseia-se em momentos de relaxação, que para além de constituírem momentos de consciencialização corporal do Eu (no contacto proprioceptivo, de conhecimento dos limites corporais), desenvolvem a sua capacidade imaginativa e vivencial (reclamando experiências positivas indutoras de prazer).

O projeto de intervenção elaborado para o F.B. baseou-se numa avaliação informal (mediante a observação e a aplicação da GOC) e formal previamente realizada, a partir do DAP, DAPA e BPM. Após este período de estágio aplicaram-se novamente estes instrumentos, tendo-se registado progressos evidentes, nomeadamente ao nível da representação do corpo, que passou a equivaler a uma idade de 6 anos e 2 meses quando, inicialmente, correspondia a 5 anos e 6 meses. Da aplicação do DAPA sobressaem particularmente evoluções ao nível da síntese auditiva de letras, da identificação fonética do som inicial de palavras, da discriminação auditiva de pares de palavras e da memória auditiva de palavras e frases. Ao nível da BPM registaram-se progressos sobretudo na noção corporal, particularmente no sentido cinestésico, no reconhecimento direita-esquerda e na representação simbólica do corpo; na organização espacial, com melhoria na execução ajustada dos movimentos; na praxia global, sobretudo na coordenação óculo-pedal; e na praxia fina, com evolução no que respeita à organização visuoperceptiva, à dissociação digital e à velocidade-precisão. Continua a revelar dificuldades óbvias no equilíbrio estático e dinâmico, na estruturação dinâmica e rítmica e na representação topográfica.

Caso 11 – M.B.

O M.B. é um menino de 4 anos de idade, que frequenta o jardim de infância, acompanhado no SPSMIA desde junho de 2011 e em Psicomotricidade desde novembro do mesmo ano, encaminhado pela pedopsiquiatra do serviço, por apresentar um diagnóstico de autismo infantil, com limitação sobretudo ao nível da interação e comunicação. É acompanhado semanalmente, às segundas-feiras de tarde.

O M.B. é uma criança de aspeto franzino, aparentando idade inferior à real. Apesar do seu diagnóstico, é afetivo e estabelece facilmente contacto ocular, sorri e interage com o adulto, estando recetivo e procurando autonomamente o contacto físico, assim como a troca de papéis. É uma criança que, sobretudo inicialmente, apresentava uma grande ansiedade de separação da mãe, aspeto que ao longo da intervenção foi sendo ultrapassado. Segundo Golse (2006), a angústia de separação está ligada de forma bastante direta à noção de perda de objeto (ou de perda do amor do objeto), daí que haja uma necessidade de confirmar constantemente a sua permanência, na medida em que isso tranquiliza e permite a exploração em segurança.

Frequentemente, age por imitação e adota um discurso em ecolália. Por vezes, parece alheado do contexto e fixado em objetos e materiais específicos, sobretudo naqueles que apresentam movimento. Manifesta baixa tolerância à frustração. Compreende instruções simples e expressa-se também numa linguagem simples (frases de uma a duas palavras), conduzindo o adulto para o que pretende. Acede ao jogo simbólico e realiza jogos de construção básicos, faz enfiamentos e conta até 10. A nível gráfico reproduz traçados largos, circulares e retos. Adere muito bem à exploração sensoriomotora, no entanto tem dificuldade em manter a atenção por um longo período de tempo, dispersando para outros estímulos. Acede com prazer lúdico a espaços de contenção física, sobretudo se tal envolver contacto físico. Interpreta e responde de forma adequada às emoções do outro.

A nível familiar, parece haver um ambiente harmónico e equilibrado, sendo, muitas vezes, os próprios irmãos que estimulam o desenvolvimento do M.B., nomeadamente no que respeita à comunicação verbal. Não há indicação de qualquer psicopatologia anterior na família. Salientar somente que a nível orgânico possui anemia das células falciformes, o que tem implicado sucessivos internamentos e interrupções neste acompanhamento terapêutico.

Neste sentido, a intervenção desenvolve-se maioritariamente num clima relacional, de diálogo tónico-emocional, procurando estimular ao máximo a exploração sensoriomotora, a interação/proximidade com o outro, que passa, muitas vezes, pelo toque, a linguagem não-verbal, a atividade funcional de construção, como meio de combater a ansiedade de separação que apresenta face à mãe e que interfere claramente com o seu comportamento na sessão. Como propõe Costa (2008), pode tratar-se de uma reconstrução da sua corporalidade, através das sensações táteis, propriocetivas, que por sua vez irão alicerçar as perceções, que analisadas emocional e afetivamente irão dar lugar às representações. A dinâmica instrumental e de cariz mais simbólico será introduzida aos poucos no sentido de promover a aquisição de competências psicomotoras e cognitivas básicas (linguagem verbal, aumento do tempo de atenção, habilidade de seriação, categorização, classificação, etc.).

Em paralelo, o M.B. é acompanhado em educação especial e na terapia da fala.

Relativamente a este caso, o projeto de intervenção sustentou-se também num processo de avaliação informal e formal a partir da observação e da aplicação do PEP-3. Por questões de irregularidade na adesão terapêutica, acordou-se que não faria sentido a realização de uma avaliação final, visto que os resultados seriam semelhantes e pouco significativos.

A T.M. é também um dos casos que se enquadra neste nível de acompanhamento, no entanto será apresentada abaixo, visto incidir sobre ela o estudo de caso.

Por questões logísticas inerentes à extensão do relatório não será possível apresentar detalhadamente o projeto pedagógico-terapêutico elaborado para cada um destes casos, pelo que o projeto construído para o estudo de caso funcionará como modelo ilustrativo de todos os outros, evitando a repetição massiva de informação.

Em anexo podem consultar-se as evoluções terapêuticas, bem como os principais contributos na aprendizagem pessoal e profissional inerente a cada caso em acompanhamento (ver ANEXO B).

3.4.3. Caso em acompanhamento terapêutico

Caso 12 – P.M.

O P.M. é um rapaz com 8 anos de idade, que frequenta o 3º ano de escolaridade, acompanhado no serviço desde janeiro de 2010 e em Psicomotricidade desde dezembro de 2011, encaminhado por um interno de pedopsiquiatra do serviço, devido a uma patologia do agir descrita à baixa tolerância à frustração, às dificuldades na relação fortemente causadas pela imaturidade psicoafetiva e às dificuldades na comunicação com os pares, com repercussões graves na aprendizagem académica. No período que foi acompanhado, as sessões ocorriam semanalmente, às terças-feiras de tarde, contudo a assiduidade era muito irregular, comprometendo a intervenção.

Em termos de diagnóstico apresenta outras perturbações mistas do comportamento e emoções, perturbação mista das habilidades escolares e um padrão de vinculação insegura do tipo desorganizada. O P.M. é uma criança afável e expressiva,

cuja idade aparente se assemelha à idade real e que estabelece facilmente relação com o outro, ainda que por vezes num contacto indiferenciado.

Apesar de cognitivamente apresentar potencial, persistem diversas lacunas, nomeadamente ao nível da linguagem expressiva, em que o seu discurso é pobre e o vocabulário limitado, da memorização e do desenvolvimento psicomotor. No que concerne a este último verifica-se um grande défice particularmente no equilíbrio, estruturação espaço-temporal, controlo tónico e noção corporal. Paralelamente a isto, é uma criança com uma forte avidez de afeto, lúdica e exploratória, agindo no espaço de forma desorganizada. A dificuldade em gerir as emoções traduz-se sobretudo na sua impulsividade, não-aceitação de regras nem limites e na pouca disponibilidade psíquica para aprender. Possui uma baixa tolerância à frustração, uma fraca capacidade de aceder ao jogo simbólico e de passar do agido ao representado. Ao nível da capacidade de atenção, esta limita-se a um espaço de tempo muito reduzido, e a desmotivação e o desinteresse surgem camuflados pela fadiga. Esta criança possui sérias DA (na leitura, escrita e cálculo), situando-se um nível muito inferior ao esperado para a sua idade. O P.M. está integrado no Decreto-Lei n.º 3/2008, usufruindo das respetivas adaptações curriculares, no entanto, pelo feedback da escola, a nível comportamental não há queixas, estando muito bem integrado na turma e havendo uma boa relação com os pares, que o reforçam positivamente pelos seus trabalhos.

Contudo, a grande problemática do P.M. situa-se no seio familiar disfuncional, uma vez que sempre assistiu a uma grande instabilidade dos cuidadores: o pai abandonou-o desde o nascimento, a mãe quando ele tinha 4 anos e, portanto, o P.M. ficou aos cuidados dos avós maternos, sendo o contacto com a mãe muito esporádico. Estes prestam sobretudo cuidados funcionais e primários de alimentação e higiene. O avô parece ser a única pessoa capaz de assegurar o acompanhamento do neto, visto que a avó tem períodos em que está alcoolizada. Mesmo assim, o P.M. idealiza uma relação familiar reestruturada com a mãe, algo distante de se concretizar. Na perspetiva de Klein (1975), a idealização do bom objeto oferece a imagem de um seio ideal, omnipresente, a sensação de ter um controlo onnipotente sobre ele, havendo como que uma satisfação alucinatória do desejo da criança. Neste sentido, para que a separação psíquica seja possível, Roussillon (1995) refere que é necessário ter guardado uma presença significativa e satisfatória do outro; só depois será possível separar-se dele.

A intervenção com o P.M., devido à escassa assiduidade, resumiu-se a uma observação e avaliação inicial informal e formal (recorrendo ao DAP, DILE e BPM), não sendo possível implementar o projeto de intervenção entretanto elaborado, que por questões de extensão não constará neste relatório, como já anteriormente mencionado.

Paralelamente à intervenção psicomotora, todas estas crianças são acompanhadas regularmente pelo pedopsiquiatra e eventualmente integradas noutros apoios, como foi sendo mencionado especificamente para cada uma. Além disso, em determinados casos existe uma articulação estreita com a escola, a CPCJ e, por vezes, a ECJ. Obviamente que a intervenção não se esgota na criança, ampliando-se à família ou aos prestadores de cuidados, e até mesmo a outras estruturas da comunidade, sempre que possível e necessário. Em anexo, podem consultar-se em detalhe os planos terapêuticos delineados para cada um dos casos em acompanhamento (ver ANEXO C).

3.4.4. Calendarização das sessões relativas aos casos em acompanhamento

Esquemáticamente na Tabela 2 apresentar-se-á a calendarização das sessões previstas e realizadas, bem como a respetiva percentagem de assiduidade relativamente a cada um dos casos clínicos em acompanhamento, e em média. Em alguns casos, a discrepância pode dever-se a interrupções letivas, noutros, a faltas de assiduidade das próprias crianças, quer por desmarcação prévia, quer por falta sem aviso.

Tabela 2. Calendarização das sessões relativas aos casos em acompanhamento e registo de assiduidade.

Utente	Sessões previstas	Sessões realizadas	Percentagem de assiduidade (%)
Caso 1 - P.G.	35	21	60.0
Caso 2 - A.S.	35	18	51.4
Caso 3 - D.R.	32	27	84.4
Caso 4 - D.C.	32	29	90.6
Caso 5 - D.S.	31	26	83.9
Caso 6 - T.S.	32	29	90.6
Caso 7 - A.P.	29	23	79.3
Caso 8 - R.T.	11	8	72.7
Caso 9 - C.P.	6	5	83.3
Caso 10 - F.B.	35	26	74.3
Caso 11 - M.B.	29	16	55.2
Caso 12 - P.M.	26	4	15.4
Caso 13 - T.M.	29	24	82.8
	$\bar{X} = 28$	$\bar{X}=20$	$\bar{X} = 71$

3.5. Estudo de caso

Tendo em consideração que o acompanhamento terapêutico efetivo do P.M. foi de curta duração – com alta por abandono, reduzindo-se simplesmente à fase da avaliação, optou-se por estudar aprofundadamente um dos casos cujo envolvimento fosse mais participativo – T.M., que se será descrito e apresentado detalhadamente de seguida.

3.5.1. Descrição do caso

Caso 13 – T.M.

A T.M. é uma menina com 8 anos de idade, única menina entre os casos em acompanhamento, que frequenta o 2º ano de escolaridade, acompanhada no SPSMIA desde abril de 2010 e em Psicomotricidade desde novembro de 2011, encaminhada por um interno de pedopsiquiatria do serviço, devido a imaturidade psicoafetiva⁸, instabilidade⁹ psicomotora com impulsividade, baixa tolerância à frustração e

⁸ Imaturidade psicoafetiva: Traduz-se, muitas vezes, por uma recusa inconsciente de sair da infância e de perder a segurança maternal; recusa de crescer, desejo de ficar “pequeno” para não perder o estatuto de criança protegida. Esta recusa pode exprimir-se em diversos sintomas, tais como enurese, certas anorexias, atraso na linguagem (discurso infantilizado), recusa escolar, etc. (Lapierre & Aucouturier, 1975).

⁹ As crianças instáveis são caracterizadas por um excesso de atividade ou agitação motora, tendo dificuldade em manter a atenção e em selecionar estímulos relevantes, em terminar tarefas, em organizar atividades; geralmente apresentam labilidade de humor, impulsividade e agressividade. Existem casos em que predomina o aspeto motor (e.g.: paratonias, dificuldade de coordenação e de equilíbrio; dificuldades na noção do corpo e exploração do espaço, etc.) e, noutros, o aspeto

comportamento desafiador e de oposição, com repercussões ao nível da relação com os pares e da aprendizagem.

Em termos diagnósticos, apresenta uma perturbação da atividade e da atenção e uma perturbação mista do comportamento e das emoções, com atraso específico da motricidade. É uma criança medicada pelas suas alterações psicopatológicas. A nível orgânico destacam-se as otites de repetição (já tendo sido sujeita a amigdalectomia), a hipertrofia das tonsilas faríngea e palatinas, a síndrome de apneia do sono e roncopia. Além disso, é uma criança com obesidade. De ressaltar que a T.M. teve um surto psicótico pontual (outubro de 2010), com alterações cinestésicas e alucinações visuais. Isto aconteceu na altura em que estava a recuperar de uma operação, sujeita a anestesia geral e portanto estava sem medicação.

A T.M. é uma criança cuja idade aparente corresponde à idade real, sendo bastante afetuosa e desinibida, procurando recorrente e diferenciadamente o contacto físico com o adulto. Segundo Berger (2001), a questão do *holding* está, muitas vezes, presente sob a forma do desejo de ser contido; a criança instável que se acalma quando o adulto lhe toca, fica perto dela, mantém contacto visual. Não se trata somente de uma falha ao nível dos invólucros corporais, mas de uma necessidade de ser apoiado, contido. É uma menina dócil que apresenta sempre um aspeto cuidado. Ao nível psicoemocional, caracteriza-se por uma grande impulsividade, imaturidade psicoafetiva e avidez de exploração. Demonstra prazer lúdico e exploratório nas várias tarefas, contudo, tem dificuldade na integração sensorial, o que se manifesta por meio de um descontrolo emocional (risos e outros comportamentos atípicos). Frequentemente, toma iniciativa na escolha das atividades, mas apresenta baixa tolerância à frustração, necessitando da presença constante do adulto (não gosta de estar sozinha) e de motivação, reforço e incentivo para continuar a investir numa atividade; “gosta de ser o centro das atenções”. Mostra-se motivada e recetiva, mas relutante em iniciar uma nova tarefa proposta pelas Técnicas, por falta de perceção das suas capacidades, dizendo de imediato “não sei” sic. Espontaneamente toma a iniciativa de contar situações familiares, mas procura fazê-lo em privado, na ausência dos pais. Outra questão é o facto de pedir às técnicas para não divulgar aos pais aquilo que é feito na sessão, criando um espaço de segurança e um espaço simbólico do “segredo”, da confiança. Por vezes, adota alguns comportamentos de oposição, ainda que não de uma forma disruptiva; fá-lo de um modo discreto, tentando manipular o adulto à sua maneira. Há, no geral, uma grande dificuldade de autocontrolo e autorregulação e uma atitude hipervigilante. De notar que em diversas situações apresenta uma ambiguidade comportamental, ora cooperando adequadamente, ora sendo demasiado intrusiva, no entanto, é capaz de ao fim de algum tempo adequar a sua postura.

No domínio cognitivo, trata-se de uma criança com potencial, mas com pouca disponibilidade psíquica para aprender. É capaz de iniciar uma atividade, no entanto, autonomamente tem dificuldade em permanecer na mesma até ao fim, dispersando a sua atenção para outros estímulos. Relativamente ao desenho, este é ainda imaturo para a sua idade, embora tenha vindo a fazer progressos. A sua capacidade representativa situa-se a um nível bastante elementar, muito centrado na temática afetiva.

A nível psicomotor há um grande défice, sobretudo em termos tónico-emocionais, de equilíbrio, estruturação espaço-temporal, noção do corpo e praxia global. Verifica-se uma grande descoordenação nitidamente por carência de experiência lúdica.

A nível familiar, o agregado é composto pela T.M., uma irmã mais velha (com 12 anos) e os pais e, por vezes, pela avó materna. Trata-se de uma família nuclear, à primeira vista muito equilibrada, contentora e afetuosa. No entanto, tudo se complica na

psíquico (e.g.: dificuldades de atenção, de memória, dificuldade no planeamento, na definição de estratégias) (Rodrigues, Horta & Santos, 1999; Rodrigues et al., 2001).

sua estrutura e funcionamento. A irmã da T.M. tem paralisia cerebral (sem coordenação motora, totalmente dependente, sem linguagem - só emite sons e expressa emoções) e, apesar de haver um bom relacionamento entre ambas, a T.M. sempre teve um sentimento protetor e cuidador (com alguma carga de responsabilidade) em relação a ela (“a T.M. foi autónoma muito cedo” sic mãe). “A T.M. gosta muito da irmã, mas não percebe a sua doença” sic mãe (choro fácil quando pensa na situação crónica da irmã). A T.M. acaba por desempenhar uma função de cuidadora, quando deveria ser cuidada. A partir da história pregressa e familiar, verifica-se que a T.M. é fruto de uma gravidez planeada e desejada. Todavia, vivida uma ansiedade generalizada e depressão pós-parto pela mãe, uma vez que receava que ela pudesse vir a ter paralisia cerebral como a irmã. A T.M. nasceu na Bélgica, tendo regressado a Portugal aos 2 anos e meio. O pai parece ser o elemento mais contendor, ao passo que a mãe tem maior dificuldade em impor limites, em ser assertiva (por vezes, parece situar-se no mesmo patamar geracional que a T.M.), transmitindo uma atitude de submissão e culpabilidade. A rotina pós-laboral é dedicada em grande parte à prestação de cuidados à irmã. O pai recentemente tem estado hospitalizado devido à infeção intestinal que o acomete (doença de Chron). Face a isto a T.M. perante o pai tem reagido mais uma vez como uma “verdadeira adulta”, gerindo as suas emoções de modo a não o suscetibilizar ainda mais, no entanto, na sua ausência demonstra muita tristeza e saudade.

De acordo com Guedeney (1989) a depressão materna pode estar de algum modo na origem da instabilidade, pois desde logo a qualidade das interações é diferente. Estas mães podem ser simultaneamente sobre e subestimulantes: ora têm menos interações visuais com o bebé, ora se entregam a uma sobrestimulação motora do seu filho (interrupção incessante do embalar, mudança frequente da postura da mãe, que perturba a continuidade do *holding*, etc.). Já segundo Marcelli et al. (1997), algumas mães ficam apáticas, passivas, outras são mais dinâmicas, manifestam irritabilidade podendo até tornar-se intrusivas e a criança reage de forma diferente a estes estados afetivos maternos. Carel (1993) refere que, neste caso, pode tratar-se de uma depressão neurótica, marcada por um luto pessoal inacabado, com o qual o novo objeto é inconscientemente identificado.

As preocupações familiares em relação à T.M. centram-se sobretudo nas aprendizagens escolares, sobrecarregando-a (para compensar o atraso e insucesso escolar) e não reservando tempo para brincar com ela, nomeadamente ao fim de semana – fator de desmotivação e baixo autoconceito. Parece haver aqui uma dificuldade de estes pais gerirem as expectativas, querendo forçosamente concretizar a filha idealizada. Cada vez mais, a T.M. expressa os ciúmes em relação à irmã, reivindicando o seu espaço/tempo próprio, o que se traduz externamente numa hetero-agressividade, nomeadamente no contexto escolar (com os pares). Citando Berger (2001), alguns pais acabam por utilizar as exigências educativas excessivas como reação à instabilidade, à falta de jeito, ao défice de atenção do filho; muitas vezes, este controlo parental extremo traduz-se em perturbações psicossomáticas, fúrias explosivas com hetero-agressividade, baixa autoestima, falta de perceção das suas capacidades, etc..

Em termos de antecedentes psicopatológicos familiares, salientam-se casos pontuais na família alargada (paterna) acometidos com perturbação mista de ansiedade e depressão e com perturbação da ansiedade generalizada, com ataques de pânico e um caso de suicídio sem diagnóstico psiquiátrico conhecido.

Quanto à história educativa, a T.M. frequentou o jardim de infância desde os 2 meses, ainda na Bélgica. Quando regressou a Portugal entrou para um jardim de infância de domínio privado, onde a adaptação não terá sido fácil, visto apresentar uma grande ansiedade de separação da mãe e alterações de comportamento, com hetero-agressividade (“beliscava e mordia os outros meninos” sic mãe), havendo já nesta altura suspeitas de hiperatividade por parte da educadora. Atualmente frequenta uma escola

pública e as queixas de comportamento persistem, nomeadamente os episódios de hetero-agressividade (“às vezes bate nos outros meninos, quando pensa na irmã...fica zangada porque a irmã está sempre doente e não consegue gritar com ela” sic mãe).

No que concerne à história de desenvolvimento, é de referir que a linguagem foi adquirida tardiamente (2 anos), a aquisição da marcha foi normal (11 meses), durante a amamentação alimentou-se bem, no entanto, durante o primeiro ano de vida rejeitou outro leite para além do materno. Ao nível do controlo de esfíncteres, apesar de ter sido total aos 2 anos, por volta dos 6 anos a T.M. teve um episódio de enurese diurna secundária¹⁰ (aparentemente sem fator psicossocial associado). No que respeita ao sono, como referido acima, apresenta alterações (“mexe-se muito” sic mãe), ainda que sem insónia. Dorme no mesmo quarto da irmã, mas em camas separadas. Em relação ao desenvolvimento social, facilmente estabelece interação com crianças e adultos num registo indiferenciado. Um estudo levado a cabo por Salgueiro (1996) mostra que as crianças instáveis apresentam perturbações do sono, atrasos no desenvolvimento psicomotor, da linguagem e dos processos simbólicos, bloqueio na capacidade de fantasiar, organizar jogos, contar histórias e um desenho pobre.

Externamente, a T.M. frequenta Atividades de Tempos Livres e natação. Está integrada no Decreto-Lei n.º 3/2008, sendo acompanhada pela professora de ensino especial (três vezes por semana, incluindo a mediação das relações no recreio), pela psicóloga (uma vez por semana), terapeuta ocupacional (uma vez por semana), tendo também recomendação para terapia da fala (não integrada por escassez de recursos).

3.5.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial realizou-se durante as primeiras sessões de psicomotricidade (período compreendido entre novembro e dezembro de 2011) e baseou-se, por um lado, na avaliação informal do comportamento da T.M., por meio da observação e entrevista e da GOC, e em dados da anamnese, e, por outro, numa avaliação formal mediante a aplicação do DAP e da BPM.

Avaliação informal - Observação e Entrevista

Nas sessões iniciais com a T.M., foi possível observar uma grande avidez de contacto, tendo estabelecido uma forte relação de proximidade com as técnicas. Desde logo se notou uma boa capacidade de iniciativa e de atividade espontânea, no entanto, numa atitude exploratória desorganizada, sem regra nem limite. Na generalidade, o comportamento permanece muito infantilizado, com períodos de carácter regressivo. Solicitou sempre a presença e participação das técnicas nas tarefas, num clima de cooperação. É uma criança que expressa naturalmente as suas emoções, traduzindo, muitas vezes, a dificuldade ao nível da autorregulação e a imaturidade psicoafetiva. O envolvimento familiar tem uma clara influência no seu estado emocional.

Segundo informação proveniente de outros técnicos, nomeadamente, da terapeuta ocupacional, os principais problemas da T.M. prendem-se com a modulação emocional, a dificuldade na integração sensorial (evita o input sensorial de forma a manter o seu limiar e proteger-se da hiperestimulação), a interação com os pares e as aprendizagens académicas. Wallon (1925) confirma isto ao referir que a criança instável tende a evitar situações que a colocam em dificuldade. Trata-se do evitamento de um confronto com o seu pensamento, com o próprio funcionamento mental e uma tendência para agir. A terapeuta refere também que a T.M. é hipervigilante, controlando

¹⁰ Enurese secundária: Quando a emissão repetida de urina se desenvolve depois de estabelecida a continência urinária. Frequentemente se verifica entre os 5 e os 8 anos de idade (APA, 2002).

constantemente os estímulos do meio. A professora do ensino regular menciona que nas aulas o conteúdo é estruturado de forma a proporcionar o reforço narcísico. Acrescenta que, ao nível da leitura, esta criança não tem ainda aquisição silábica.

A entrevista com os pais visou sobretudo completar e atualizar alguma informação que constava no processo clínico. Assim, relativamente ao sono, é dito que este continua agitado, mas que a T.M. consegue manter-se no mesmo local até acordar. Os pais reforçam que ainda sentem necessidade de a T.M. ter a sua sesta após o almoço, caso contrário “não aguentaria acordada até ao fim do dia” sic pai. Quanto à alimentação, dizem que não conseguem conter a T.M., porque, apesar de a alimentação em casa ser saudável, o problema reside nas quantidades (“ela está constantemente a comer” sic pai). No que respeita às atividades e rotinas referem que aquilo que a T.M. mais gosta é ver televisão, estar no computador e estar com a mãe. Em termos de autonomia, a T.M. veste-se (“exceto de manhã que é mais difícil” sic mãe), toma banho e alimenta-se autonomamente (só não se serve sozinha porque a mãe receia que possa entornar alguma coisa), tendo a mãe que em determinadas situações fazer somente a supervisão. Os pais recentemente introduziram o hábito da leitura de uma história ao deitar, mas, a dada altura, isto já se transformou numa rotina e perdeu o sentido lúdico e de contacto que lhe seria benéfico. É também referido que a T.M. apresenta medo de gatos (“devido a um episódio ocorrido na escola, em que lhe colocaram um bicho dentro da roupa” sic pai). Apesar de os pais referirem que ao fim de semana brincam com ela e não realizam atividades ligadas à escola, indiretamente introduzem algum tipo de tarefas.

Avaliação formal

A avaliação formal da T.M. baseou-se na aplicação de dois instrumentos: **DAP** e **BPM**, a fim de reunir um conjunto alargado de informação acerca das características da criança. Ao nível da avaliação, a T.M. foi realizando as tarefas solicitadas, com um grau de motivação e fadiga variável, chegando mesmo a desistir, quando estas eram mais estruturadas.

Após a aplicação destes instrumentos e análise dos resultados constituiu-se o perfil intraindividual, que se ilustra de seguida. No que concerne aos dados da avaliação, estes serão apresentados comparando-os com a avaliação final (realizada em finais de maio de 2012), sintetizando deste modo a apresentação.

3.5.3. Perfil intraindividual

A partir da avaliação inicial realizada à T.M., sistematiza-se na Tabela 3 um perfil intraindividual, estruturado em perfil de integridades (áreas fortes) e perfil de dificuldades (áreas fracas). De acordo com Fonseca (2007), este perfil caracteriza, ainda que de forma indireta, dados biossociais, visto que a criança faz parte de um envolvimento, sobre o qual é necessário intervir no sentido da modificabilidade interacional e social.

A T.M. é realmente uma menina com alguma imaturidade psicoafetiva e atraso, nomeadamente, a nível cognitivo e psicomotor e insere-se num núcleo familiar onde as expectativas da família vão muito para além daquilo que lhe é possível neste momento. Há uma grande necessidade, por parte dos pais, de colmatar este insucesso com uma sobrecarga adicional de trabalho de índole académica, o que, ao invés de satisfazer as preocupações da família, desmotiva cada vez mais a T.M., agravando o conseqüente insucesso. O papel de cuidadora da irmã obrigou-a a ser “adulta” muito precocemente, tendo ficado a sua experiência de ser “criança” condicionada. Este recalçamento emerge agora sob a forma de comportamentos imaturos, disruptivos, etc..

Tabela 3. Perfil intraindividual da T.M..

Áreas fortes	Áreas fracas
<p>Psicoemocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento interpessoal (facilidade em estabelecer relação empática com o outro) • Sem ansiedade de separação • Aceitação de propostas externas • Capacidade de iniciativa, espontaneidade e criatividade 	<p>Psicoemocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerância à frustração • Autorregulação e controlo da impulsividade • Imaturidade psicoafetiva • Comportamento de oposição e hetero-agressividade • Experiência lúdica • Integração sensorial • Vinculação insegura
<p>Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linguagem recetiva e expressiva 	<p>Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focalização da atenção/concentração • Planificação das ações • Capacidade de memorização e sequencialização • Capacidade de representação (desenho, atividade simbólica) • Dificuldades de aprendizagem (leitura, escrita e cálculo)
<p>Psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lateralidade 	<p>Psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlo tónico-emocional • Equilíbrio • Noção do corpo • Estruturação espaço-temporal • Praxia global • Praxia fina

3.5.4. Planeamento da intervenção – projeto pedagógico-terapêutico

A partir da informação obtida através da avaliação inicial realizada e da análise das áreas fortes e fracas, serão descritos, na Tabela 4, os objetivos gerais e específicos que orientarão a intervenção com a T.M..

De igual modo serão indicadas as principais estratégias e o tipo de atividades previamente delineadas a fim de tornar exequíveis tais objetivos. A calendarização de todo o processo terapêutico será apresentada de forma esquemática adiante.

3.5.4.1. Objetivos de intervenção

Ainda que o foco de intervenção seja de facto a T.M., preconizar-se-á uma parceria muito estreita com a família, no sentido de facilitar a consciencialização da situação real da criança, ajudar a formular expectativas mais realistas e adequadas às suas capacidades, aconselhar a componente lúdica no ambiente familiar e a importância de lhe dar atenção, carinho, não a menosprezando face aos cuidados a prestar à irmã. Transmitir aos pais que este não será um processo linear, podendo ter inerente avanços e retrocessos, escutar as suas preocupações e receios, acontecimentos/situações pontuais que pretendam partilhar e apontar possíveis soluções, atitudes, comportamentos, podem constituir estratégias práticas facilitadoras na relação familiar e na aliança terapêutica e, portanto, conducentes a uma maior eficácia do projeto.

Tabela 4. *Objetivos de intervenção do projeto pedagógico-terapêutico da T.M..*

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Desenvolver as competências psicoafetivas	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autoconfiança, autoestima e o sentimento de autoeficácia • Promover a autorregulação e o controlo da impulsividade
Desenvolver as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacidade de atenção focalizada e de concentração na tarefa • Melhorar a capacidade de antecipação, planificação e execução das ações • Aumentar a capacidade de representação a partir da experiência concreta e agida
Desenvolver as competências psicomotoras	<ul style="list-style-type: none"> • Aceder à passividade, como forma de melhorar o controlo tónico-emocional e a consciencialização tátil e propriocetiva do esquema corporal • Melhorar a capacidade de equilíbrio (estático e dinâmico) • Melhorar a estruturação espaço-temporal na relação com o espaço e com os objetos • Promover a coordenação dos membros superiores e inferiores e o movimento voluntário intencional (práxico) • Aperfeiçoar o controlo e a precisão no movimento micromotor

3.5.4.2. *Estratégias de intervenção*

- ✓ Promover vivências agradáveis, gratificantes e estimulantes em ambiente lúdico entre a criança e as Técnicas, facilitadoras da expressão de emoções e sentimentos, ideias, medos, etc.;
- ✓ Partir das áreas fortes, interesses e motivações intrínsecas e/ou extrínsecas da criança;
- ✓ Privilegiar situações que transmitam segurança, confiança, fomentando a autonomia, a coragem, a autoeficácia, o sentimento de auto-competência;
- ✓ Privilegiar e valorizar a atividade espontânea, criativa e de descoberta, aceitando como válidas todas as formas de expressão – uma pedagogia de sucesso;
- ✓ Enquadramento lúdico das atividades e utilização de objetos mediadores da atividade, que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento;
- ✓ Experimentação sensoriomotora e exploração de formas equivalentes de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica) como forma de estimular a atividade perceptiva, simbólica e concetual;
- ✓ 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;
- ✓ Utilizar as Técnicas como modelos sociais, porque, segundo Fonseca (2005), a imitação de modelos sociais e outras reações em eco permitem à criança a construção de imagens mentais contextualizadas, que ela recria e modifica mediante interiorizações, elaborações e exteriorizações sensoriomotoras. A criança passa a ser capaz de, na

ausência dos objetos, rechamá-los e transformá-los mesmo no plano da sua imaginação. Esta estratégia permite, assim, a estruturação do comportamento e, conseqüentemente, do pensamento, sendo sinónimo de identificação, participação, aprendizagem e inserção social;

- ✓ Valorizar a criança não só pelos seus êxitos como também pelas suas capacidades relacionais, afetivas e criadoras;
- ✓ Sistematização (rechamada) das atividades no final das sessões;
- ✓ Promover situações de role-playing, de partilha e de cooperação e, progressivamente, de resolução de problemas;
- ✓ Repetição das tarefas ao longo das sessões – antecipação, segurança e previsibilidade.

Como refere Fonseca (2001), o Psicomotricista tem de ser mediatizador de excelência, intervindo simultaneamente nas funções emocionais e afetivas da criança, utilizando para o efeito estratégias de intencionalidade, reciprocidade, de significação, de transcendência, de novidade e complexidade (variando as condições de execução e os níveis de exigência), de segurança, de conforto, de sentimento de competência, de busca de satisfação de objetivos, de transferência, de metacognição, de forma a favorecer a adaptação e a autonomia da criança. O movimento só pode ser considerado terapêutico se orientado para um fim, isto é, se for intencional.

3.5.4.3. Atividades

- ✓ Jogos de confiança e de role-playing, jogos verbais e simbólicos;
- ✓ Atividades de expressão corporal (para autoconhecimento e diferenciação Eu/não-Eu, aumento da capacidade de comunicação e de exteriorização das problemáticas);
- ✓ Educação gestual e postural (com enfoque sobre a atitude, equilíbrio e controlo tónico);
- ✓ Terapias gnoso-práticas (atividades que apelem à organização planificada da ação e sua representação);
- ✓ Técnicas de relaxação e de consciencialização corporal (elaboração do esquema e imagem corporal, vivência tónico-emocional).

3.5.4.4. Calendarização da intervenção

O programa de intervenção será constituído por um conjunto de etapas subsequentes, apresentadas esquematicamente através da Tabela 5.

Tabela 5. Calendarização da intervenção no projeto pedagógico-terapêutico da T.M..

novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio
Avaliação inicial		Intervenção (Relacional e Instrumental)				Avaliação final
Observação						

3.5.4.5. Organização da intervenção

As sessões serão individuais e orientadas numa dinâmica de base relacional, permitindo o trabalho dos objetivos sócio-emocionais e cognitivos, em paralelo com uma dinâmica instrumental, em que as tarefas terão um carácter mais estruturado e dinâmico. As sessões irão suportar-se em atividades lúdicas que apelem à motivação intrínseca da criança 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”).

Tendo em conta o perfil intraindividual da T.M., nas sessões iniciais (quatro a cinco sessões) desenvolver-se-ão jogos de confiança facilitadores de uma relação empática, segura e vinculativa entre a criança e as Técnicas, e o enfoque será 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 no jogo e na atividade lúdica, preconizar-se-á também prolongar os centros de interesse e promover a autorregulação dos seus impulsos. As atividades desenvolvidas para este fim mobilizarão inevitavelmente a consciencialização do esquema corporal. Intercaladamente serão introduzidas outras atividades (que envolvam outros fatores psicomotores), de cariz mais relacional (contenção, mobilização, controlo emocional externo e interno, etc.) ou instrumental (atenção, planeamento, memória, raciocínio, etc.), de forma a motivar a criança para a intervenção. Procurar-se-á também trabalhar ao nível da integração sensorial, com estimulação dos cinco sentidos. Progressivamente passar-se-á para um domínio mais abstrato, representativo, de raciocínio lógico, onde se fomente a introdução de novas variáveis e se estimule o pensamento divergente e a atividade cada vez mais criativa e organizada. Deste modo, estimular-se-ão a segunda e terceira unidades funcionais: a receção, análise e armazenamento da informação e a regulação e verificação da atividade consciente, respetivamente. Ao promover o pensar, a leitura das situações, estimula-se a capacidade de planeamento, de organização, de previsão e antecipação das ações e suas consequências e, portanto, desenvolve-se a consciencialização da ação.

Dado o caráter 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.

Além disso, deverá possibilitar-se um espaço livre mas securizante, onde a criança tenha oportunidade de soltar emoções, pulsões e desejos ambivalentes, respeitando o seu ritmo e disponibilidade. Procurar-se-á 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).

O projeto prevê, além desta intervenção individual, uma articulação multidisciplinar estreita com a escola e com os técnicos intervenientes no caso, discutindo regularmente aspetos pertinentes, quer sobre a orientação da intervenção, quer sobre a sua evolução. Procurar-se-á também um apoio formal à família (realizado pelo pedopsiquiatra), destinado 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.

Encontram-se previstas 29 sessões, com uma frequência semanal, à segunda-feira, às 15:45h, entre 14 de novembro de 2011 e 28 de maio de 2012.

3.5.5. Apresentação dos resultados da avaliação inicial vs. avaliação final

3.5.5.1. DAP

Contextualização do instrumento aplicado

A aplicação deste teste surgiu devido à necessidade de avaliar o nível de integração da imagem e esquema corporal que a criança tem, quer em si, quer no outro. Através do desenho do corpo, a criança reflete vários aspetos psicomotores e afetivos,

nomeadamente a somatognosia, a capacidade de representação e a afirmação da identidade. Estes aspetos são fundamentais para as aprendizagens escolares e interação com o envolvimento, encontrando-se frequentemente comprometidos em crianças com descontrolo emocional e com DA, daí a pertinência da aplicação do DAP neste caso específico.

Descrição das condições de aplicação

O teste foi aplicado na sequência de uma atividade lúdica e da tarefa do desenho do corpo da BPM. Foi aplicado num momento inicial (em que começou com o desenho da Mulher, seguindo-se o do Homem e em último lugar realizou o seu Próprio desenho) e final (invertendo somente a ordem dos desenhos do Homem e do Próprio). Após terminar cada desenho eram-lhe colocadas algumas questões sobre a figura que tinha desenhado, o que foi caracterizado verbal e, por vezes, graficamente por ela.

Apresentação e interpretação dos resultados

A partir destes resultados, observa-se uma evolução positiva, visto que a representação gráfica do corpo inicial, Figura 1, correspondia a uma idade equivalente a 5 anos e 4 meses (idade da T.M. quando da realização do teste = 7 anos e 7 meses) e na avaliação final, Figura 2, o seu perfil situa-se na média correspondendo a uma idade de 7 anos e 5 meses (idade atual = 8 anos e 1 mês), revelando um nível maturativo nesta componente da noção do corpo.

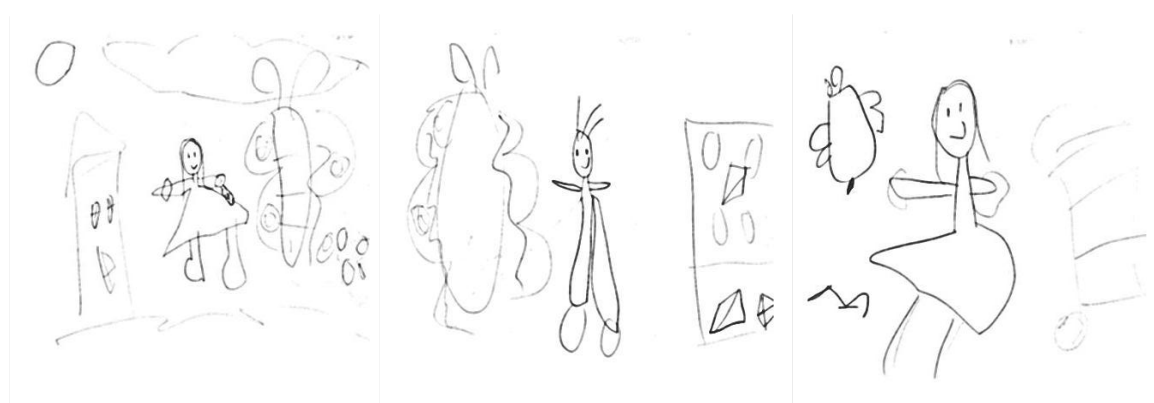


Figura 1. Desenho do próprio, do homem e da mulher, respetivamente - avaliação inicial da T.M..



Figura 2. Desenho do próprio, do homem e da mulher, respetivamente - avaliação final da T.M..

Tabela 6. Resultados obtidos no DAP - avaliação inicial vs. avaliação final da T.M..

Desenho	Valores Brutos		Valores Standard		Percentile		Classificação	
	I	F	I	F	I	F	I	F
Avaliação Inicial (I) vs. Final (F)								
Homem (H)	22	35	76	96	5	39	BORDERLINE	MÉDIO
Mulher (M)	23	29	77	85	6	16	BORDERLINE	MÉDIO-BAIXO
O Próprio (P)	24	42	79	108	8	70	BORDERLINE	MÉDIO
Totais H+M+P	69	106	74	96	4	39	BORDERLINE	MÉDIO

A partir da consulta da Tabela 6, comprova-se numericamente essa evolução, particularmente no desenho do Próprio e do Homem. Enquanto numa fase inicial a cotação final dos três desenhos estava bastante próxima, numa avaliação final constata-se alguma discrepância entre os mesmos, sendo o da Mulher o menos investido.

No geral, mantém-se a maior cotação atribuída dos critérios braços e ligações. Em contraste, critérios que não estavam presentes inicialmente, tais como as orelhas, os dedos, o pescoço e o nariz, são representados com cotação intermédia na avaliação final, à exceção do pescoço que volta a não aparecer em nenhum dos desenhos. Apesar de se observar melhoria, continua a ser visível uma falha recorrente quer ao nível dos detalhes, quer da proporção, verificando-se algumas distorções, particularmente do tronco em relação aos membros e à cabeça. Há, no entanto, nos últimos desenhos um investimento notório em pormenores faciais, com evolução para a representação bidimensional; além disso, é também de salientar a presença das extremidades em praticamente todos os desenhos, aspeto não evidenciado na avaliação inicial. Há também uma melhor referenciação do vestuário e da representação do tronco.

Ao contrário do constatado inicialmente, em que todos os desenhos continham pormenores exteriores sugerindo movimento e liberdade, verifica-se que o desenho das figuras recentes ocupa a totalidade da folha. Nota-se uma tendência por associar os desenhos a figuras parentais (mãe, pai, à exceção do inicial da Mulher que foi conotado com a Técnica). A preferência pelo desenho preenchido, simbólico, contextualizado (“a mulher está a ir para a rua, vai comprar pão”; “o homem vai à pizaria”; “eu vou brincar, esta é uma borboleta” sic T.M.), numa fase final fica-se pela componente verbal (“é o pai”, “tem olhos grandes para olhar pra mim e pra mamã, porque ele gosta muito de nós” sic). A diferenciação do sexo é conseguida pelo estilo do cabelo e pelo vestuário, em ambos os momentos. O traçado é firme e sem correções em todos os desenhos.

Confrontando estes dados com os obtidos na avaliação da noção do corpo através das provas da BPM (como será analisado a seguir), em que se verificaram algumas dificuldades ao nível da nomeação e identificação tátil-quinestésica das diferentes partes do corpo, parece pertinente uma intervenção com enfoque no desenvolvimento do esquema corporal.

3.5.5.2. BPM

Contextualização do instrumento aplicado

A utilização desta bateria surgiu na sequência do encaminhamento para a psicomotricidade e para assim conhecer o potencial psicomotor desta criança, detetar eventuais sinais disfuncionais gnósticos e práticos nos fatores psicomotores, suscetíveis de constituírem um entrave ao seu desenvolvimento e adaptabilidade. Pretende-se

relacionar a instabilidade, impulsividade e imaturidade psicoafetiva com a sua organização psicomotora.

Descrição das condições de aplicação

A BPM foi aplicada em dois momentos (inicial e final), na sala de psicomotricidade do SPSMIA, havendo algumas limitações em termos de espaço, o que obrigou à realização de ligeiras adaptações. Dada a impulsividade e o reduzido tempo de atenção da criança, foi necessário estruturar e direcionar a avaliação para concluí-la no menor tempo possível, procurando enquadrá-la num contexto lúdico.

Apresentação e interpretação dos resultados

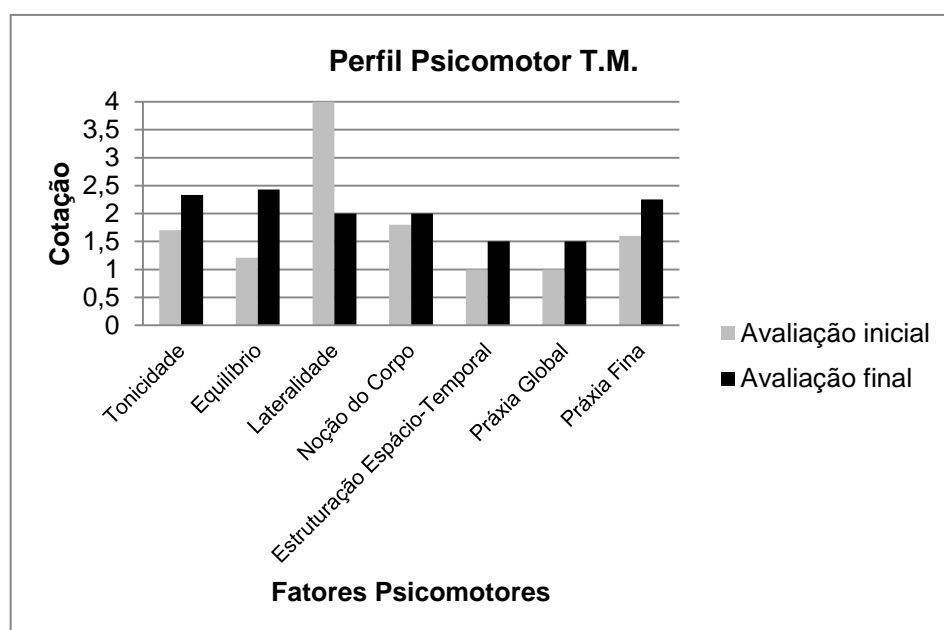


Figura 3. Perfil psicomotor – avaliação inicial vs. avaliação final da T.M..

O perfil psicomotor da T.M. é **dispráxico**, porque, embora na avaliação final se aproxime do eupráxico ela apresenta DA ligeiras, com sinais desviantes a vários níveis para a sua idade. O seu aspeto somático é endomórfico, caracterizado pelo aspeto arredondado do corpo. Não apresenta desvios posturais. Durante a avaliação a T.M. revelou desmotivação e desistência nalgumas tarefas, sobretudo nas mais estruturadas. Revelou alguns sinais de fadiga sem significado clínico.

Na generalidade, comparando o perfil psicomotor inicial e o final, constata-se evoluções positivas em todos os fatores psicomotores à exceção da lateralidade, sendo que aqueles cuja evolução se mostra mais significativa são a tonicidade, o equilíbrio e a praxia fina. No caso da T.M. em particular, atendendo à heterogeneidade do seu perfil, importa fazer uma análise mais qualitativa dentro de cada fator, tarefa a tarefa.

Ao nível da **tonicidade**, a T.M. mantém ainda sinais de contractibilidade e de resistência tónica, tendo melhorado sobretudo ao nível dos membros inferiores. No entanto, a amplitude de mobilização continua reduzida – hipoextensibilidade (característica das crianças com hiperatividade, instabilidade e impulsividade). Verifica-se uma dificuldade em aceder à passividade (relaxar voluntariamente os membros e as extremidades perante mobilizações induzidas pelo exterior) com paratonia, tendendo a continuar o movimento. Da primeira avaliação para a última extinguiram-se as manifestações emocionais atípicas (sorrisos, instabilidade, gesticulações). Apesar de

ainda se verificar alguma descoordenação na realização de movimentos antagônicos de pronação e supinação com ambas as mãos, observou-se uma melhoria na rapidez e regularidade dos movimentos, particularmente na mão direita. Das sincinésias bucais e contralaterais verificadas inicialmente, apenas se verificaram as últimas. Apesar de tudo, estes desvios tónicos, como refere Fonseca (2007) refletem-se na qualidade e quantidade de atividade da criança, influenciando a sua hiperatividade e impulsividade.

No que diz respeito ao **equilíbrio** observou-se uma melhoria significativa, quer ao nível do equilíbrio estático, quer dinâmico. Inicialmente, apresentava uma incapacidade de inibir voluntariamente o movimento durante um período de tempo, o que se agravava com os olhos fechados, com forte instabilidade, oscilações variadas e constantes reequilibrações, assim como sorrisos. Na avaliação final, apenas revelou ligeiras oscilações, pestanejar dos olhos, tendo cumprido a totalidade do tempo, à exceção do apoio unipedal e do apoio na ponta dos pés. Do mesmo modo, eram notórias as dificuldades em se orientar e deslocar no espaço de forma controlada, eumétrica e equilibrada. Na avaliação final, evidenciou-se uma evolução bastante positiva com maior controlo postural, somente com ligeiros desvios, reequilibrações e pausas. Como refere Fonseca (2007), as atividades posturais e motoras precedem as atividades mentais, daí a importância de perceber até que ponto a instabilidade postural é suscetível de bloquear grande parte das referências e, portanto, de limitar a aprendizagem. À luz da teoria de Wallon (1949, cit. in Fonseca, 2007), a vida emocional interage com as reações tónicas; emoção e motricidade influenciam-se intimamente em termos de desenvolvimento afetivo, daí que estes resultados possam relacionar-se com a imaturidade psicoafetiva e relacional desta criança.

Ao nível da **lateralidade** houve de facto um retrocesso, quer por imperceção inicial, quer por um processo desenvolvimental. Uma aparente boa capacidade de integração sensoriomotora dos dois lados do corpo, deu lugar, na avaliação final, a sinais desviantes, com permanente confusão, traduzindo discrepância entre lateralidade inata e adquirida. Apesar de predominar uma preferência dextra, constantemente se observam hesitações e alternâncias entre a utilização direita e esquerda, particularmente a nível auditivo e pedal. Assiste-se, assim, a uma inconsistência entre telerreceptores e proprioceptores.

Na **noção do corpo**, a T.M. mantém alguma dificuldade no reconhecimento tátil de pontos corporais localizados, nomeadamente, na sua localização direita e esquerda. Apesar de se observarem melhorias na localização contralateral (cruzamento da linha média), as dificuldades na localização reversível (localização no outro) mantêm-se. Este caso ilustra a relação frequente destes desvios com as DA. A dificuldade no que respeita à componente facial da noção do corpo, à integração proprioceptiva em relação ao eixo corporal no espaço envolvente imediato do corpo mantém-se, revelando uma lacuna ao nível da consciência tátilo-quinestésica (movimentos dismétricos e desvios significativos). Do mesmo modo, apresenta uma grande dificuldade em realizar a análise visual de gestos desenhados no espaço, interiorizá-los e proceder à sua representação motora bilateral, observando-se distorções da forma, proporção e angularidade, tanto na avaliação inicial, como na final. Tal como já observado no DAP, a representação simbólica do corpo sofreu evoluções notórias, apresentando-se mais organizada em forma e proporção e rica em pormenores anatómicos, refletindo melhoria na integração somatognósica e na experiência psicoafetiva.

De acordo com Fonseca (2007), a não integração completa do Eu pode contribuir para uma autoestima, autoconceito e autoconfiança vulneráveis, com repercussões ao nível do comportamento e da socialização e, portanto, da aprendizagem. Ainda segundo o mesmo autor, as novas aprendizagens simbólicas, como a leitura, escrita e matemática, têm que se basear nas aquisições já integradas, portanto não simbólicas, psicomotoras; se estas não se encontrarem adquiridas inviabilizar-se-ão ou dificultar-se-ão todas as

outras. A noção do corpo reflete as vivências emocionais de cada um e é o ponto de partida para a iniciação de qualquer movimento intencional (Fonseca, 2007).

A **estruturação espaço-temporal**, que emerge das relações integradas de todos os fatores psicomotores anteriores, é um dos fatores mais deficitários na T.M.. Na avaliação final, apesar de uma melhoria em termos de organização espacial, mantém-se a dificuldade no ajustamento dos planos motores e no cálculo mental. Em termos de estruturação dinâmica e rítmica notou-se uma fraca capacidade de memorização sequencial visual e auditiva, respetivamente. Na representação topográfica, denotou-se uma melhoria significativa desde a avaliação inicial, sobretudo pela melhor integração espacial global, sobretudo na execução do deslocamento, ainda que com dificuldade na transferência de dados espaciais agidos para dados espaciais representados. Como refere Fonseca (2007), este fator está intimamente relacionado com problemas de investimento motivacional e de flutuações emocionais e de ansiedade, daí que a sua integração seja fundamental para a aprendizagem, nomeadamente da leitura, escrita e cálculo, e conseqüente automatização.

Quanto à **praxia global**, também um dos fatores mais deficitários na T.M., mantém-se alguma dificuldade, primeiro, na organização da atividade consciente e voluntária (práxica) e, segundo, na sua planificação, regulação e verificação, com repercussões nítidas sobre a eficiência e realização motora. Salienta-se a dificuldade nomeadamente ao nível da coordenação óculo-manual, onde revelou dificuldade em coordenar os movimentos manuais com referências percetivo-visuais, por défice no planeamento motor, na consciencialização quinestésica do lançamento e na reprogramação de sequências motoras, enfiando somente um lançamento. Ao nível óculo-pedal registaram-se melhorias na execução. Relativamente à avaliação inicial, mantém-se a incapacidade de individualizar os vários segmentos corporais (superiores e inferiores bilaterais) recrutados na planificação e execução de um ou vários gestos intencionais sequencializados, verificando-se uma dissincronia e dismetria óbvias.

Citando Fonseca (2007), os défices na praxia global são frequentemente conotados com problemas de ajustamento social, de investimento lúdico e de aprendizagem, já que estas situações pressupõem um nível suficiente de controlo práxico e de integração sensorial e psicomotora. A realização de tarefas de praxia global revela o nível de atenção voluntário da criança, a sua capacidade de planificar e sequencializar ações perante situações novas e as suas funções cognitivas gerais que caracterizam o seu potencial de aprendizagem.

Ao nível da **praxia fina**, a T.M. apresenta uma adequada coordenação das mãos e dos dedos, sendo capaz de realizar a dissociação digital coordenando as suas capacidades visuoperceptivas em termos de precisão, no entanto, necessita de alguns minutos para realizar a tarefa; houve melhoria em relação à avaliação inicial, visto que a T.M. concluiu a tarefa sem desistência. No tamborilar obteve a cotação mais elevada da avaliação final, revelando uma realização perfeita, com movimentos finos e oponibilidade precisa, transição e inversão melódica e sequencializada, mesmo com ambas as mãos em simultâneo, aspeto que teve dificuldade num momento inicial. Numa primeira avaliação, observou-se alguma descoordenação práxica e visuo-gráfica ao nível da velocidade-precisão, manifestando dismetrias e algum descontrolo tónico-emocional, o que se atenuou na avaliação final, verificando-se uma menor distorção na forma dos elementos, bem como no cumprimento dos limites espaciais.

Comportamentos observados durante os momentos de avaliação

Ao longo dos dois momentos de avaliação, a T.M. manteve uma relação empática com as Técnicas, tolerando facilmente a proximidade corporal e afetiva. Com esta criança foi necessário introduzir a avaliação num contexto lúdico.

Sobretudo na avaliação inicial, observou-se uma grande impulsividade e dispersão do foco de atenção (mudanças frequentes de atividade, dirigindo-se para outros estímulos) e avidez de exploração. Foram também visíveis sinais de fadiga, desmotivação e desistência, particularmente em atividades motoras mais estruturadas, que envolviam repetição e cuja instrução era mais direcionada. Manifestou dificuldade em permanecer com os olhos fechados até ao fim das tarefas, quando solicitado, e, na maioria das vezes, não os fechando completamente. Em algumas tarefas apresentou dificuldade na compreensão das instruções, sendo necessário recorrer à demonstração. Na generalidade, a T.M. mostrou-se muito descoordenada e desarmoniosa. Manteve-se motivada sobretudo quando focada no objetivo das tarefas. De salientar que numa das sessões de avaliação não tinha tomado medicação.

No que respeita à avaliação final, alguns aspetos mantiveram-se, ainda que de forma menos acentuada (menos dispersão para outros estímulos, menor impulsividade, etc.). Apesar de numa primeira sessão praticamente não ter colaborado, nas seguintes mostrou-se bastante motivada e persistente, e com progressos evidentes nas várias tarefas. O reforço positivo e, por vezes, a demonstração constituíram facilitadores na participação da T.M.. Do mesmo modo, o registo fotográfico desta avaliação facilitou o seu desempenho. Surpreendentemente em algumas situações repetiu de forma espontânea as tarefas até alcançar o sucesso desejado. À semelhança do já observado, a sua prestação melhora substancialmente quando focalizada no objetivo, quando motivada e com a repetição sucessiva, o que demonstra o seu potencial evolutivo.

A dificuldade em focalizar a atenção durante um período de tempo verificada na T.M. é claramente um entrave no desenvolvimento das várias atividades.

3.5.6. Evolução terapêutica

A partir das avaliações efetuadas formal e informalmente e da observação transversal a todo o processo de intervenção, constata-se que a evolução da T.M. tem sido muito positiva a diversos níveis, tendo-se atingido a maioria dos objetivos delineados, de forma ainda muito ténue. Desde o primeiro dia que esta criança se mostrou amável, muito afetuosa, despoletando uma atitude empática mútua. Revelou-se uma menina carente de atenção e afeto na relação com o outro, apresentando uma grande instabilidade e avidez pelo espaço e os objetos que a incitavam a explorar num registo desorganizado e pouco focalizado, sem intencionalidade aparente.

Tendo em conta que, segundo Martins (2001a), a criança, obtendo o mínimo domínio de si pela ação controlada e organizada no espaço e no tempo, poderia restaurar os meios fundamentais para a aprendizagem (escolar), partiu-se deste mesmo ponto e no que se refere às **atividades realizadas**, optou-se por jogos de confiança e atividades de expressão corporal, promovendo vivências agradáveis e lúdicas e valorizando a atividade espontânea e mediada, utilizando frequentemente o reforço positivo, o recurso à demonstração, etc.. A T.M. colaborou extremamente bem neste sentido e, a nível psicoafetivo, revelou uma melhoria da autoconfiança, da confiança no outro e da autoestima, sendo mais esporádica a baixa tolerância à frustração (“não sei”, “não faço sozinha” sic T.M.). Além disso, dada a sua impulsividade, logo à partida se introduziu um momento final em cada sessão (designado por ela de “côcegas”), em que se preconizava para além de uma diminuição da agitação, um controlo da respiração e progressivo acesso consciente a estados de passividade tónico-emocional. De salientar que nos primeiros momentos a T.M. não permanecia mais do que 5 segundos na mesma posição e, atualmente, consegue cerca de 2 minutos. Por meio do toque mediado, da contenção física (primeiro introduzido pelas Técnicas e atualmente solicitado veemente por ela) e da escuta do corpo, esta técnica não só possibilitou um momento de relaxação, como facilitou a relação de confiança e segurança entre a criança e as Técnicas. O facto de conseguir controlar mais facilmente os seus impulsos e emoções, sendo capaz de

aguardar a sua vez, adiar gratificações (e.g.: “as cócegas ficam para o fim”, “primeiro será esta atividade e depois aquela”) tem servido de mote para o desenvolvimento de outro tipo de atividades, com maior estruturação e intencionalidade, nomeadamente gnoso-práticas. O processo de intervenção é um contínuo e, portanto, quando se refere uma melhoria, tal não invalida a ocorrência de um descontrolo emocional em determinadas situações, quer em resposta a exigências desadequadas (e.g.: quando a tarefa é mais estruturada, quando traz uma ideia pré-sessão do que fazer e surgem outras propostas, etc.), quer decorrente de situações contextuais (e.g.: agravamento do estado de doença do pai ou da irmã, etc.).

Relativamente ao **papel mediador do terapeuta**, numa primeira fase, procurou ser o “porto seguro” e disponível (diferente do que ela encontrava no quotidiano). Tendo em conta o seu historial, foram-lhe proporcionadas situações de afeto contendor, numa dinâmica de escuta permanente e ajuda disponível, promovendo a tomada de consciência das suas potencialidades. Ao valorizar a criança não só pelos seus êxitos, mas também pelas suas capacidades relacionais e criadoras, pela persistência e pelas suas qualidades, cresce o sentimento de autoeficácia, de confiança em si mesma, contribuindo para uma autonomia cada vez maior, quer em tarefas do quotidiano (e.g.: calçar, vestir, comer, etc.), quer na realização das atividades (e.g.: em que a ajuda fosse mínima).

Na perspetiva piagetiana, defendida por Martins (2001a), o pensamento nasce do movimento e nesta conceção, a psicomotricidade inscreve-se como contexto promotor do desenvolvimento da inteligência e do pensamento. Ou seja, agindo sobre o corpo indubitavelmente se age sobre o psiquismo, o cognitivo, o que se constatou no aumento do tempo de atenção/concentração e persistência nas tarefas e na melhor capacidade de representação do concreto. Inicialmente, a T.M. não planeava o que queria fazer, tinha imensa dificuldade em “pensar antes de agir”; aproximadamente a meio da intervenção começa a fazê-lo, a escolher as atividades, a compreender mais as suas ações/desejos/attitudes e os respetivos efeitos sobre si e os outros. Com esta securização, torna-se capaz de procurar estratégias mais apropriadas na realização das atividades. Apresenta uma boa linguagem recetiva e expressiva, apesar de esta ainda continuar infantilizada, ligeiramente menos que no início da intervenção. Estes progressos são, grosso modo, facilitados pela importância dada às suas áreas fortes, atendendo às suas motivações, ao espaço de escuta, às estratégias de autoinstrução e de ensino mútuo, à utilização das Técnicas como modelos sociais, ao recurso a jogos de cooperação, de role-playing. Além disso, a repetição das tarefas, ainda que variando as condições da prática, permite uma antecipação e previsibilidade promotoras de segurança e adequabilidade do comportamento.

No campo das competências psicomotoras, houve uma evolução significativa na capacidade de aceder à passividade, como já evidenciado. Ao nível do equilíbrio, tal como no início se verificava, há ainda bastante dificuldade necessitando, por vezes, de ajuda física. À semelhança daquilo que se observou nas primeiras sessões, nota-se que ainda é uma criança desorganizada e descoordenada, com falta de agilidade nos movimentos, sem dissociação harmónica dos membros. Apesar de inicialmente ter revelado indícios de uma lateralidade bem definida, recentemente tem-se verificado alguma hesitação nos movimentos, com discrepância entre lateralidade inata e adquirida. Ao nível da consciência corporal, há uma melhor integração propriocetiva dos segmentos corporais, visto que no início apresentava confusão na identificação e nomeação do joelho, cotovelo, queixo, etc.. Além disso, mantém-se alguma dificuldade no reconhecimento direita-esquerda reversível. Ao nível da estruturação espaço-temporal, a dificuldade prende-se sobretudo com a componente processológica e não tanto de execução motora, sendo que, no início, simplesmente desistia das tarefas ou tinha um desempenho muito aquém do esperado. Atualmente, as melhorias são ainda pouco significativas, mas a tarefa de memorização tem sido coadjuvada com o recurso a objetos

reais. No domínio da praxia fina os progressos situam-se de forma pouco evidente ao nível da pinça fina e do tamborilar, sendo o movimento micromotor mais controlado e preciso. O seu comportamento continua muito orientado em função do objetivo da tarefa.

A T.M. tem demonstrado cada vez mais uma boa capacidade de expressão corporal, prazer no contacto direto e mediado e na proximidade e contenção física. Além disso, é uma criança que espontaneamente propõe a inversão de papéis. Atualmente, tem assumido posições superiores de “rainha”, aquela que sabe, que ensina. Continua a observar-se algum evitamento sensorial, mas cuja estimulação já é muito mais facilmente tolerada e solicitada.

Ao longo de toda a intervenção privilegiou-se um clima agradável e contentor, onde a T.M. tivesse espaço para agir e para se expressar, por meio de atividades que despertassem prazer, valorizando sobretudo a sua iniciativa e aproveitando sempre que possível as suas ideias para introduzir atividades que fossem de encontro aos objetivos de sessão. Mesmo havendo situações em que não obtivesse sucesso, procurou mostrar-se sempre que havia aspetos importantes que tinha conseguido e isso era valorizado, bem como o incentivo a encontrar formas alternativas de o alcançar. A mediatização possibilitou a descoberta guiada, ajudando a clarificar o objetivo da situação, a analisar as condições de realização e de regulação da ação e a observar o resultado em função da planificação, acompanhado do respetivo reforço.

Este é efetivamente um daqueles casos em que as potencialidades motoras, mentais e emocionais estão em constante interação e o corpo é o local por excelência de manifestação de todo ser. De modo a perceber o que o corpo exprime, Martins (2001a) salienta que é necessário situá-lo no seu envolvimento ecológico, com o qual está em permanente interação. Nesta ótica, atendendo aos fatores familiares e contextuais que envolvem a T.M., pode dizer-se que têm ocorrido progressos ao nível da interação nuclear (estimulada em contexto de intervenção familiar com o pedopsiquiatra), visto que a T.M. refere que ultimamente tem brincado mais com a mãe, nomeadamente ao fim de semana (já relatando momentos de prazer em família). Além disso, está mais autónoma e sem alterações de comportamento, tanto em casa como na escola. Particularmente em termos de aprendizagens escolares ainda não alcançou os colegas, mas está a evoluir de acordo com o esperado, atendendo ao seu perfil de funcionamento e de aprendizagem.

Este caso despertou-me claramente para outros pontos de vista, para situações familiares à partida funcionais que camuflam uma série de adversidades... Como podem uns pais extremamente preocupados com a aprendizagem académica dos filhos desvalorizar o que precede essa aprendizagem (e.g.: o brincar, no ambiente da própria família). Foi também importante observar o quão complicado pode ser distribuir o tempo entre os vários filhos, quando um deles tem um *handicap*, com múltiplos comprometimentos; muitas vezes, o tempo esgota-se na prestação de cuidados a esse filho e o outro é “deixado” para segundo plano – e sem querer pode estar a originar-se outro *handicap*. Foi possível intervir com uma criança já crescida e autónoma, que assume frequentemente o papel de cuidadora, mas que manifesta realmente défices psicoafetivos que podem estar relacionados com falhas em ser “cuidada”. De facto, existem casos em que a situação exige que estejamos na sessão de “corpo e alma”. Este caso foi importante também ao nível da perceção dos benefícios da estimulação sensorial, sobretudo quando por parte da criança há um certo evitamento.

3.5.7. Recomendações para o projeto pedagógico-terapêutico

Apesar de todos os progressos verificados no caso da T.M., seria importante dar continuidade ao projeto pedagógico-terapêutico. Ao longo deste processo de intervenção verificaram-se modificações psicoafetivas, cognitivas e psicomotoras importantes, no entanto, ainda pouco significativas face às suas dificuldades.

A intervenção deverá manter-se nesta dinâmica sobretudo relacional, de modo a consolidar toda a componente de valorização, autoconfiança, securização, num espaço contendor e de escuta ativa e disponível favorável ao desbloqueamento dos processos que entravam neste momento a aprendizagem. Como refere Fonseca (1999), não adiantará resolver os problemas de aprendizagem, se os problemas da relação não forem superados. Segundo Martins (2001a) o psicomotricista, como mediatizador da relação da criança com o envolvimento, deverá agir em conformidade com as condicionantes que estão na origem da perturbação psicomotora da criança, já que foi a partir da sua história pessoal e clínica que se delineou todo o processo terapêutico.

Uma vez desenvolvida a experimentação sensoriomotora (envolvendo vivências que estimulem as sensações ligadas ao movimento, a integração tónico-postural, os processos de lateralidade e percepção do corpo, o domínio das condições espaço-temporais do envolvimento e a coordenação práxica de movimentos) é possível aceder à representação, à atividade gnoso-práxica, à atividade criadora e transformadora; consolidando a estruturação do pensamento, construir-se-á o pilar das aprendizagens académicas (Martins 2001a).

O mesmo autor salvaguarda que as atividades proporcionadas pelo terapeuta, bem como a sua atitude, não deverão desencadear o reviver de situações ou emoções que tenham sido responsáveis pelas dificuldades presentes no plano da ação ou da relação. Neste caso, deve prevalecer uma atitude permissiva, demarcada da atitude do seu contexto habitual de pressão, de encargos, de preocupação. Este deverá ser um espaço de contenção, onde a atenção recaia sobre a T.M., um espaço de confiança, tal como faz questão desde o primeiro dia. É necessário promover a evolução deste relacionamento fusional, pois ele representa uma etapa importante na evolução da comunicação e da relação afetiva, e permitir esta situação regressiva, que transparece carências precoces da relação com a mãe, manifestando uma ténue vinculação e uma profunda insegurança. O próximo passo será, de acordo com Vecchiato (1989), a busca do distanciamento fusional, com a ajuda de um objeto que interrompa a simbiose do relacionamento, porém que lhe garanta continuidade, com vista a alcançar a independência.

Favorecer a atividade espontânea deve manter-se como uma estratégia a adotar, visto que, como refere Vecchiato (1989), favorece a sua expressão autêntica, a sua maneira de ser e com isso todas as problemáticas que a acompanham. Analogamente se processa com o reforço positivo - a criança ao sentir-se valorizada, aumenta a autoconfiança, passando a agir com maior autonomização e conseqüente intencionalidade, estando motivada pelas suas potencialidades. Para além de fortalecer o sentimento de si, o autoconhecimento e a autoestima, favorece a diferenciação Eu/não-Eu, bem como a sua capacidade de expressão e de comunicação e de relação com o espaço e com o outro. Este último fator será determinante atendendo à sua dificuldade de relacionamento com os pares, associada a momentos de hetero-agressividade. De facto, os maiores progressos estiveram relacionados com a diminuição dos seus níveis de impulsividade, o que lhe permitiu aumentar o tempo de atenção e concentração e a capacidade de pensar antes de agir, prevendo as conseqüências de determinado comportamento. Contudo, há ainda um longo caminho a percorrer, com vista a estimular a generalização destas capacidades e a subseqüente transferência destas aprendizagens para o quotidiano (e.g.: em casa, na escola, etc.).

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 perspetiva 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, lentamente recuperar o atraso ao nível da aprendizagem escolar. Esta etapa constituirá um grande passo neste processo, visto que a T.M. não acede ainda muito bem a atividades de cariz estruturado, que escapem àquilo que “planeia para a sessão”. Com a T.M. 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 T.M., 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. É fundamental compreender que a “hipermaturidade” da T.M. tem subjacente uma lacuna psicoafetiva, que exige uma revivência de certas etapas do desenvolvimento, a fim de desbloquear os mecanismos facilitadores da aprendizagem. A interação lúdica intrafamiliar deve continuar a ser uma prática, que surtirá efeitos positivos na sua evolução terapêutica.

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 T.M. num grupo terapêutico, caso a sua evolução e os recursos do serviço assim o permitam.

3.6. Atividades complementares de formação

A formação complementar foi uma mais-valia na atividade de estágio, incluindo toda a atividade formativa inerente às reuniões do núcleo de estágio, que sustentou o processo de intervenção. Perante a panóplia de novos conceitos, desenvolveu-se um Glossário Psicomotor pessoal de consulta selecionada e portanto mais acessível.

3.6.1. Formação interna proporcionada no SPSMIA

- ✓ Participação em reuniões semanais de discussão de casos clínicos, com aprofundamento de algumas temáticas necessárias para a sua compreensão e análise;
- ✓ Participação em reuniões mensais com o Serviço de Neuropediatria do HSFX;
- ✓ Participação em reuniões mensais com o Serviço de Pediatria do Desenvolvimento do HSFX;
- ✓ Apresentações sobre temáticas relacionadas com a saúde mental, pelos diversos alunos de medicina que passaram pelo serviço: Perturbações do sono em Crianças com PHDA; Cólica Infantil; Depressão e Suicídio na Classe Médica; Perturbações da Ansiedade; Fobia e Ansiedade Social; Alcoolismo: Criança e Família; Perturbação Bipolar Pediátrica (critério diferencial da PHDA); Intervenção Familiar em Crianças e Adolescentes com Perturbações do Comportamento – Programas de Educação Parental – PEP (Incredible Years, Helping Noncompliant Child: a clinical guide to parenting training); Fatores Genéticos vs. Fatores Ambientais em Psicopatologia; Síndrome de Tourette e outras Perturbações de Tiques; Antipsicóticos; Psicopatia; Orientação Sexual e sua relação com a Saúde Mental;
- ✓ Comunicação sobre Droga e Toxicodependência, por um psiquiatra externo;
- ✓ Reuniões de articulação com escolas (na própria escola ou no SPSMIA);
- ✓ Assistência a consultas de pedopsiquiatria (inclusive primeiras consultas).

A partir desta formação tive oportunidade de conhecer de perto a dinâmica do serviço, ter acesso a uma discussão alargada sobre outros casos além dos que acompanhei, perceber a importância e a eficácia da articulação multidisciplinar. Além disso, possibilitou o contacto pontual com técnicos, nomeadamente de outros serviços, bem como o acesso a terminologias, sobretudo médicas, que me incitaram a pesquisas e portanto ao desenvolvimento da minha formação pessoal e profissional.

3.6.2. Formação externa proporcionada pelo SPSMIA e pelo HSFX

- ✓ Reuniões de articulação com escolas (no próprio equipamento educativo), quer para discussão de diversos casos em comum com o serviço, quer especificamente para definir o plano terapêutico conjunto para um caso particular;
- ✓ Ação de Formação “Negligência e Maus Tratos – da Criança ao Idoso”;
- ✓ Sessão de Formação sobre “Atualização em Saúde Mental Infantil” subordinada aos seguintes temas: exame do recém-nascido, sinais de alarme no recém-nascido e referência para núcleos de apoio a crianças e jovens em risco – Centro de Saúde/Hospital;
- ✓ Sessão de Formação sobre “Atualização em Saúde Mental Infantil” subordinada aos seguintes temas: desenvolvimento estaturó-ponderal no primeiro ano de vida – sinais de alarme, obesidade na criança e desenvolvimento psicomotor – sinais de alarme.

Porque é sempre uma mais-valia ampliar os contactos e diversificar conhecimentos e experiências, particularmente quando o contexto em que nos inserimos é multidisciplinar. A criança é muito mais do que aquilo que nos chega à sessão, existe todo um *background* de contextos e vivências que é necessário ir ao encontro para compreender a sua problemática. É essencial agir em prol das suas necessidades num trabalho conjunto, orientado para um fim comum, onde “todos remem no mesmo sentido para levar o barco a bom porto”.

3.6.3. Atividade formativa no âmbito do núcleo de estágio

- ✓ Apresentação sobre a temática da (In)Capacidade Parental, sob o olhar de Teresa Ferreira;
- ✓ Discussão de outras temáticas apresentadas pelos elementos do núcleo: Perturbação de Oposição e Desafio, Neurose Infantil, Psicose Infantil, Abordagem Neurobiológica da Depressão;
- ✓ Discussão e reflexão do artigo “Corpo e motricidade na construção da identidade”, da autoria do Prof. Doutor Rui Martins;
- ✓ Apresentação de uma aplicação clínica da GOC a um caso em acompanhamento co-terapêutico;
- ✓ Apresentação de uma sessão, com os respetivos objetivos, estratégias e caracterização das atitudes da criança e do terapeuta;
- ✓ Apresentação de um estudo de caso em acompanhamento terapêutico;
- ✓ Reformulação da forma e conteúdo da GOC, estruturação da ficha de apresentação, reformulação do sistema de cotação, em trabalho de núcleo;
- ✓ Colaboração na realização de uma Monografia do Brasil sobre questões concetuais, práticas e legais da situação atual da Psicomotricidade em Portugal;
- ✓ Mais toda a atividade (in)formativa ao longo das reuniões, como o descortinar de conceitos, explorar temáticas diversas como as estratégias de ensino, tipos de feedback, etc..

Indubitavelmente que numa fase de aprendizagem e de aquisição de conhecimentos e competências, uma orientação competente e metodológica é crucial. A atividade desenvolvida no núcleo de estágio, para além de possibilitar a partilha e a troca de experiências, atitudes e opções técnicas, fomentou uma capacidade crítica e reflexiva conduzindo as nossas próprias questões, às nossas próprias respostas. Muitas vezes, procuramos as respostas, as soluções, pelo caminho mais fácil; aqui encontramos as ferramentas que nos ajudaram a chegar até elas. O pensar sobre, o agir intencional são a especificidade da nossa área, que não é dada, nem prescrita, simplesmente se aprende, e aprende-se nomeadamente nestes momentos. Além disso, foi possível monitorizar todo o processo prático da atividade de estágio, com a discussão de situações específicas, de atitudes terapêuticas, de estudos de caso, etc.. Ao longo deste período foram abordados temas diversificados que sustentam a intervenção, fomentam novas aprendizagens e solidificam a nossa competência enquanto técnicos especializados.

3.6.4. Conferências e Congressos

- ✓ Encontro Crianças e Jovens em Risco – A Família no Centro da Intervenção;
- ✓ Fórum Gulbenkian de Saúde 2011 “Labirintos da Adolescência”;
- ✓ II Encontro de Educação Inclusiva: Modalidades Específicas de Educação;
- ✓ I Congresso Internacional de Parentalidade;
- ✓ O Mundo dos Sentidos: Uma perspetiva na Teoria de Integração Sensorial – ação de sensibilização no meio escolar;
- ✓ Conferência: Como arranjar emprego? Ir para fora ou ficar?”.

E porque o conhecimento não se esgota no aqui e no agora, houve necessidade de saber mais, de ir ao encontro de saberes complementares, de novas perspetivas e abordagens que, além de acrescentarem conhecimentos, podem abrir portas e horizontes profissionais.

Recentemente, surgiu ainda a possibilidade de avaliar um outro caso e elaborar o respetivo programa de intervenção, a pedido de uma interna de pedopsiquiatria; e a oportunidade de colaborar numa iniciativa da CPCJ de Oeiras “Dia aberto à Comunidade” e noutra no âmbito do projeto Alicerces “A Saúde vem à Creche”, em parceria com a enfermeira do serviço e com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Queijas.

3.7. Dificuldades e limitações

Desde logo, a maior dificuldade prendeu-se com a escolha da própria área de estágio. O conceito de saúde mental colocava alguns entraves, pelas problemáticas que poderiam surgir e pela dinâmica mais relacional da psicomotricidade, cuja experiência era ainda restrita. O que é facto é que estigmas, preconceitos e receios ultrapassados, esta área pôde ser encarada como extremamente interessante neste campo profissional.

No que concerne à atividade de estágio, certos aspetos constituíram entraves ao melhor desempenho pessoal, sobretudo numa fase inicial, alguma dificuldade em aplicar conceitos teóricos à prática e compreender/explicar certos comportamentos à luz de uma conceção mais psicodinâmica (predominante nesta equipa). Além disso, a lacuna residia, muitas vezes, no desconhecimento das características do desenvolvimento psicomotor, afetivo e cognitivo normal, bem como na adequação da linguagem e das instruções a cada faixa etária. Outra das dificuldades teve que ver com a flexibilidade e não planeamento estruturado das sessões, o que mobilizava uma forte capacidade de improvisação e criatividade, de agir no imediato a partir das motivações da criança, conduzindo as atividades para os objetivos do seu projeto terapêutico. Muitas vezes, não foi fácil ler os sinais da criança e responder-lhes eficazmente, talvez por inexperiência, por imaturidade profissional. Do mesmo modo, nem sempre foi óbvio ajustar o *timing* exato de mudança de uma tarefa para outra, ou seja, interpretar o ponto de saturação da criança e a zona de desenvolvimento proximal. O refletir acerca de cada sessão, sobre o que correu bem ou menos bem e como proceder numa próxima, foi essencial, no entanto, exige uma elevada capacidade crítico-reflexiva que é necessário desenvolver ao longo do tempo. Outra condicionante prendeu-se com o método efetivo de aferir a intervenção de modo a rentabilizar os recursos, tendo em consideração que em diversas situações os instrumentos de avaliação utilizados não se encontram estandardizados para a nossa população. A elaboração do relatório foi uma tarefa complexa, pela dificuldade em coordenar a atividade de estágio com o tempo disponível e a sua reduzida extensão.

O caso em acompanhamento terapêutico tratou-se claramente de uma limitação. A falta de assiduidade condicionou a adesão ao projeto de intervenção, restringindo-se este à avaliação inicial. A família constituiu, assim, um obstáculo, por indisponibilidade, falta de recursos financeiros e existência de psicopatologia, obrigando a um encaminhamento para instâncias superiores, visto estes fatores ultrapassarem as nossas competências. Para além de ser um caso que beneficiaria nitidamente desta intervenção, comprometeu a oportunidade de um desempenho mais independente, em que seria a Técnica de referência para a criança e poderia desenvolver, aperfeiçoar e aferir a minha experiência profissional, pelas competências que mobilizaria, distintamente do contexto co-terapêutico. Frequentemente, nesta especialidade a/os família/cuidadores constituem o foco problemático, sendo a criança somente um espelho daquilo que é a desorganização familiar. Apesar de ser um trabalho extremamente interessante e pertinente, o contacto com as famílias é sempre um desafio, ao colocar à prova as competências técnicas, ao solicitar estratégias que se confrontam, às vezes, com as suas competências parentais, ao procurar no terapeuta uma figura de escuta empática.

Não sendo uma limitação, o espaço da sala poderia ser maior e ter mais luz natural, bem como ter janelas para um arejamento mais eficaz. O ruído proveniente quer da sala de reuniões, quer da sala de espera constitui um entrave, ao perturbar a tranquilidade e privacidade da criança na sessão. Teria sido enriquecedora a possibilidade de acompanhar também adolescentes em psicomotricidade.

Esta é sem dúvida uma área de intervenção em que é fundamental sermos nós mesmos, genuínos e espontâneos, disponíveis para estar em relação, em relação corporal...foi uma dificuldade inicial, mas que no entretanto resultou numa grande aprendizagem graças às vivências, aos momentos lúdicos e à confiança conquistada de todas as crianças e adultos com quem tive a oportunidade privilegiada de partilhar.

4. Conclusão Reflexiva

Após terminar este estágio, conclui-se que foi realmente a experiência académica mais enriquecedora e que em mais contribuiu para a minha formação, quer pessoal, quer profissional. Por um lado, ao proporcionar a vivência efetiva daquilo que é a intervenção psicomotora, desde o momento inicial de observação e avaliação, até à consecução do projeto terapêutico, sua implementação e reavaliação; por outro, ao permitir integrar uma equipa multidisciplinar, com um funcionamento dinâmico e eficiente. Além disso, o facto de se enquadrar no âmbito da saúde mental foi extremamente benéfico, ao clarificar efetivamente o tipo de trabalho desenvolvido e me ensinar a olhar além do sintoma e a combater o estigma frequentemente associado a esta área. Tendo em conta que a minha experiência se situava maioritariamente ao nível da psicomotricidade instrumental, a sua componente mais relacional afigurava-se como um desafio. De facto, foi assim mesmo, cada dia era mais interessante que o outro, nenhuma sessão era igual, não havia um planeamento rígido das sessões e, portanto, inevitavelmente se procurava ir ao encontro das motivações da criança, desenvolvendo-se a partir daí atividades com intencionalidade, orientadas para os objetivos previamente delineados no respetivo projeto.

Quanto aos objetivos estruturados pelo RACP para este estágio, considera-se que foram alcançados praticamente na totalidade. Esta experiência despoletou um aprofundamento de conhecimentos, quer científicos, quer metodológicos, para melhor compreender a manifestação sintomática das problemáticas, assim como na procura de respostas técnicas mais eficazes em função do quadro psicopatológico. Além disso, desenvolveu a capacidade de planeamento e organização de uma intervenção individualizada em função do tempo disponível e dos objetivos pretendidos, bem como suscitou a descoberta de novas práticas e opções técnicas. A estrutura e funcionamento do serviço promoveram ao máximo uma competência reflexiva multidisciplinar, ao possibilitar a discussão semanal de casos em reunião de equipa, por meio da partilha de saberes técnicos, das diferentes conceções e perspetivas teóricas e dos paralelismos entre os vários casos atendidos.

A intervenção não se esgotou, porém, nas sessões de psicomotricidade, ampliando-se a todo o envolvimento, quer na relação com outros profissionais, quer com o envolvimento contextual de cada criança, implicando muitas vezes a articulação com a família, a escola, etc.. Preconizou-se um modelo de intervenção integrado que, para além de ser mais eficiente em termos de resultados, ofereceu uma panóplia diversificada de experiências. Pessoal e profissionalmente estas oportunidades possibilitam um conhecimento bastante abrangente sobre os diversos níveis de intervenção e alargam horizontes de atuação. Com isto verificou-se que a existência de mais e melhores recursos nomeadamente na escola asseguraria de modo mais eficaz a continuidade da intervenção realizada no *setting* terapêutico. A possibilidade de assistir a intervenções médicas permitiu-me observar de perto a diferente abordagem realizada e tirar algumas ilações relativamente à pertinência de uma gestão co-integrada. A componente de inovação inerente à implementação de novos projetos, concretizou-se sobretudo através da participação numa “Feira de Saúde”, num jardim de infância, onde foi dinamizada uma sessão grupal dirigida a auxiliares e educadoras (intitulada “Vem e Expressa-te”) e da participação no “Dia Aberto à Comunidade”, organizado pela CPCJ de Oeiras, para sensibilização da população e redução do estigma frequentemente associado à área da saúde mental infantil.

No que respeita à consecução do relatório, este mostrou-se uma mais-valia ao possibilitar um registo escrito e sintético que traduz aquilo que foi todo o percurso de estágio, não se restringindo a uma descrição massiva da observação e intervenção no local, mas ampliando-se a toda a atividade (in)formativa adjacente. Neste sentido, salienta-se a mais-valia de ter contactado com técnicos de diferentes áreas, de ter

participado em formações extracurriculares, que oferecem sempre uma visão multifacetada das possibilidades de intervenção, de ter tido uma supervisão deveras profissional que me ajudou a atuar com mais segurança, determinação e correção técnica, entre outras experiências.

Particularmente ao longo deste estágio são inúmeras as aprendizagens que resultam e se multiplicarão na prática profissional futura. Desde logo, referir a área infantil como crucial, visto que constitui um período crítico/sensível do desenvolvimento, facilitador da atualização de potenciais evolutivos ainda existentes. A intervenção terapêutica na infância funda-se na importância atribuída à compreensão dinâmica das vivências internas do indivíduo (a qual ultrapassa o simples diagnóstico) e à rede relacional da criança, intra e extrafamiliar. Ao mencionar o período da infância torna-se inevitável referir o quão determinante seria efetuar uma intervenção preventiva e profilática, pelo facto de, segundo Alves (2001), reduzir o número de casos em atendimento direto e desencadear um atendimento precoce e mais eficaz das situações problemáticas. Ao implicar os diferentes sistemas numa rápida superação do problema, contribuir-se-ia para a rentabilização e racionalização dos recursos, desenvolvendo capacidades por parte das famílias, técnicos e população em geral e impedindo que muitas destas situações chegassem tardiamente a serviços de última linha.

Os resultados que a criança alcança em termos de desenvolvimento e aprendizagem são fortemente dependentes dos padrões de interação familiares, bem como de aspetos relacionados com os cuidados básicos em termos de segurança e saúde. Por esta razão se mostra crucial averiguar os fatores desencadeadores/contextuais, de proteção e de risco, em cada caso, agindo em conformidade com essa informação e, se necessário, partir para uma sinalização fundamentada do caso, criando condições favoráveis ao normal desenvolvimento da criança. De facto, mesmo perante situações adversas algumas crianças são capazes de superar e de se desenvolver adequadamente graças a uma ótima capacidade de resiliência e de *insight*, no entanto, em certas ocasiões, o sofrimento surge tardiamente recalcado sob a forma de atitudes, comportamentos e hábitos desviantes.

Um conhecimento pormenorizado e preciso do desenvolvimento “normal” pode servir de base a uma compreensão mais profunda da evolução desviante e psicopatológica dos indivíduos e suas relações. Determinados comportamentos agressivos serão considerados patológicos ou não em função da idade em que ocorrem. Por vezes, a sua manifestação mostra que a criança não chegou a adquirir novos meios de reagir à angústia, ao medo, à frustração, ou seja, o seu ego é ainda imaturo e os processos defensivos não estão adaptados.

Outro aspeto importante apreendido foca-se no processo de vinculação (desenvolvimento afetivo precoce) e na sua importância quer nos estádios iniciais de interação com as figuras parentais, quer como mote para todo o desenvolvimento e aprendizagem subsequentemente. O contacto ocular, a intensidade do toque, a personalidade e muitos outros aspetos fundam-se na relação de proximidade e de responsividade que outrora foi desenvolvida com a criança. A psicomotricidade pode ajudar a despoletar e compensar esta carência psicoafetiva, pelas vivências de mediação corporal, por meio do jogo simbólico, entre outras atividades que possibilita. O estabelecimento de uma relação empática entre a criança e o terapeuta é um passo fundamental no desenrolar da intervenção terapêutica, na forma como ambos se entregam neste diálogo tónico-emocional, na aliança terapêutica conjunta.

O estágio foi também muito enriquecedor ao permitir o contacto com problemáticas distintas e com manifestações diferenciadas dentro da mesma problemática. Foi importante verificar que efetivamente o sucesso da intervenção só existe na individualização e que esta área exige uma grande flexibilidade e abertura do Técnico, estando disponível para cada comportamento da criança e para escutar aquilo que a família queira dizer. Acima de tudo faz-se psicomotricidade; ora mais relacional, ora

mais instrumental, procura abordar-se o indivíduo holisticamente. Existem duas capacidades essenciais do Psicomotricista: comunicar (*emovendo-se*) e agir com intencionalidade; o modo de as colocar em prática marcará toda a diferença e determinará o sucesso da intervenção. Muitas vezes, a comunicação pode passar pelo silêncio, pela via não-verbal desde que no *timing* apropriado. É importante saber ler os sinais da criança e responder-lhes adequadamente, perceber o seu ponto de saturação nas tarefas e agir em função disso. Outro aspeto determinante prende-se com adequar o nível de exigência à sua capacidade de resposta, não facilitando demasiado, gerando desmotivação, nem complicando além das suas competências gerando frustração, daí a importância de intervir na zona de desenvolvimento proximal. O registo diário de cada sessão tornou-se fundamental ao possibilitar uma reflexão crítica da atitude terapêutica, o que esteve certo e o que será necessário adequar numa próxima sessão.

Segundo Rodrigues et al. (2001), uma vez que o corpo é, por excelência, o veículo de expressão de todos os atrasos, carências vivenciais, comportamentais, emocionais e, ao mesmo tempo, será o veículo para corrigir e reeducar esses mesmos problemas, a Psicomotricidade constitui uma possibilidade de reorganização da imaturidade psicomotora. Neste sentido, na intervenção psicomotora desenvolve-se um espaço de observação e compreensão da problemática de cada criança, como veículo de expressão dos conflitos internos e como espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação de um desenvolvimento desarmonioso.

Em função daquilo que é a dinâmica de funcionamento do SPSMIA, considera-se que seria positiva a intervenção co-terapêutica com a família de modo mais estruturado, através da realização de sessões conjuntas, por exemplo. A criação de mais grupos terapêuticos mostrar-se-ia também vantajosa, visto que mais crianças beneficiariam da intervenção psicomotora, bem como poderiam tirar vantagem da intervenção em grupo por todos os benefícios que lhe são inerentes, nomeadamente ao nível da comunicação, da espontaneidade, da interação, etc.. Outro aspeto prende-se com a possibilidade de organizar uma “equipa local de intervenção”, a fim de atender os casos cujos cuidadores não podem assegurar a vinda das crianças ao hospital, como aconteceu com o P.M.. A inclusão de um terapeuta da fala nesta equipa mostra-se igualmente como uma necessidade, dada a quantidade de crianças que beneficiam dessa intervenção. Assim, a articulação entre técnicos seria mais facilitada, bem como mais acessível às famílias. Tendo em conta o desgaste psicoemocional inerente a este âmbito de intervenção, constituir um programa de relaxação e gestão de stress poderia ser uma mais-valia neste serviço. Num outro prisma, particularmente ao nível da psicomotricidade, dada a dificuldade de aferir a eficácia da intervenção poderia desenvolver-se um programa específico de intervenção para determinado caso, com sessões padronizadas, durante um *timing* definido e avaliar o seu impacto. A validação de instrumentos nesta área, para a população portuguesa, constitui uma necessidade imperiosa e urgente.

Pessoalmente superou as expectativas e profissionalmente além de superá-las, desenvolveu competências psicomotoras técnicas, assertivas e proativas, ao mesmo tempo que consolidou a importância da integração de um Psicomotricista nestas equipas, pelo significado da sua intervenção. Este estágio incitou o meu interesse pela área da saúde mental, a qual poderá desejavelmente constituir um futuro ramo de empregabilidade. Do mesmo modo, fomentou o interesse por áreas complementares, nomeadamente a intervenção familiar, o conhecimento mais aprofundado e prática de técnicas de relaxação, a massagem infantil, etc.. Além disso, todas as experiências ao longo do estágio me abriram horizontes, que serão fundamentais enquanto profissional, e me fizeram acreditar de um modo peculiar que esta é uma área propícia ao desenvolvimento de projetos empreendedores.

5. Referências Bibliográficas

- Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência [AACAP] (1999). *Mental health: A report of de surgeon general*. Nova Iorque: Nova Science Publishers.
- Ainsworth, M. D. S., Bleahar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: ERLBAUM.
- Ajuriaguerra, J. de (1978). Ontogenèse de la motricité. In H. Hecaen & M. Jeannerod (eds.), *Du contrôle moteur à l'organisation du geste* (pp. 225-260). Paris: Masson.
- Albaret, J. M. (1990). Trouble de l'attention et rééducation psychomotrice. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 38(8), 492-500.
- Almeida, B. C. (2005a). Abordagem da família: Grupos de pais. In M. J. Vidigal, *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 311-320). Lisboa: Trilhos Editora.
- Almeida, G. N. (2005b). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, G. N. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 11, 59-66.
- Almeida, J. G., Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M. (2005). Grupos psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento. In M. J. Vidigal, *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 237-266). Lisboa: Trilhos Editora.
- Alves, F. (2001). *Ação social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed). (texto revisto, J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association [APA] (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª Ed.). Washington: APAAPA.
- Aragón, M. B. Q. (2007). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2010). *Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses*. Lisboa: FMH.
- Aucouturier, B., Darrault, I., & Empinet, J. L. (1985). *La práctica psicomotriz: Reeducción y terapia*. Barcelona: Científico-Médica.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, M. (2003). *A criança e o sofrimento de separação* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergès J. (1995). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 385-391). Paris: PUF.
- Bergès, J., & Bounes, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Bettelheim, B. (2003). *Psicanálise dos contos de fadas*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Bion, W. R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue Française de Psychanalyse*, 28(1), 75-84.
- Blanchard, A. M., & Decherf, G. (2004). Transferência sobre o papel. In S. Decobert & F. Sacco, *O desenho no trabalho psicanalítico com a criança* (pp. 165-179). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bléandonu, G. (2003). *As consultas terapêuticas pais-filhos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Bourger, P. (2003). Problemas psicomotores e dinâmica familiar. *A Psicomotricidade*, 1(1), 24-30.
- Bowlby, J. (1978). *La séparation: Angoisse et colère*. Paris: PUF.
- Branco, M. E. C. (2010). *João dos Santos: Saúde mental e educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Bronfenbrenner, U. (1979). A teoria da ecologia do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner. In R. J. Krebs, (1995), *Desenvolvimento humano: Teorias e estudos* (pp. 103-115). Santa Maria: Casa Editorial.
- Cabral, P. (2006). Attention deficit disorders: are we barking up the wrong tree? *European Journal of Pediatric Neurology*, 10(2), 66-77.
- Carel, A. (1993). *Dépression et lien primaire au regard de la thérapie familiale psychanalytique*. Exposição no décimo congresso de terapia familiar psicanalítica. Grenoble.
- Chappaz-Pestelli, M. (1994). Des thérapies psychomotrices à la pratique psychomotrice. In Association Suisse des Thérapeutes de la Psychomotricité, *La psychomotricité - reflects des pratiques actuelles*. Geneva: Georg Éditeurs.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM] (2007). *Proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] (2008). *Resumo executivo do plano nacional de saúde mental 2007 - 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Corraze, J, & Albaret, J. M. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Paris: Expansion Scientifique Française.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C., & Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant: Réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 420-427.
- Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1(22), 55-64.
- Dale, N. (1996). *Working with families of children with special needs: Partnership and practice*. London: Routledge.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38, 1278-1291.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, Diário da República, 1ª Série - A, n.º 4.
- Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro. Diário da República, 1ª Série - A, n.º 30.
- Dinnebell, L. A. (1999). Defining parent education in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 161-164.
- Direção Geral da Saúde (DGS, 2004). *Rede de referência de psiquiatria e saúde mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (DGS, 2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor com perturbações mentais. *A Psicomotricidade*, 3, 67-76.
- Ferreira, C. A. M., & Thompson, R. (2002). *Imagem e esquema corporal: Uma visão transdisciplinar*. São Paulo: Editora Lovise.
- Ferreira, L. S. (2006). Patologias emergentes em pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 21, 45-56.

- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil: A criança e o analista, da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Fonseca, V. M. F. da (1978). Diagnóstico informal da linguagem escrita: Manual para o professor. *Estudos de Educação Especial*, 11(2). Lisboa: Centro de Documentação e Informação/Instituto A. A. Costa Ferreira.
- Fonseca, V. M. F. da (1981). *Contributo para o estudo da génese da psicomotricidade* (3ª Ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. M. F. da (1984). *Uma introdução às dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. M. F. da (1999). *Insucesso escolar: Abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem* (2ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. M. F. da (2001). Para uma epistemologia da psicomotricidade. In V. M. F. da Fonseca & R. F. R. Martins, *Progressos em psicomotricidade* (pp. 13-28). Lisboa: FMH Edições.
- Fonseca, V. M. F. da (2004). Psicomotricidade: Uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 19-31.
- Fonseca, V. M. F. da (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. M. F. da (2006). Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem. *A Psicomotricidade*, 8, 9-18.
- Fonseca, V. M. F. da (2007). *Manual de observação psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1227-1240.
- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A., & Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2(25), 229-239.
- Freud, A. (1968). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris: Gallimard.
- Frith, U. (1989). Autism and theory of mind. In C. Gillberg, *Diagnosis and treatment of autism* (pp. 33-52). New York: Plenum Press.
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 83-94.
- Gazon, V. (2006). De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 620-624.
- Girardot, A. M., Martino, S. de, Rey, V., & Poinso, F. (2009). Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57, 267-274.
- Gleason, M. (2009). Psychopharmacology in early childhood: Does it have a role? In C. H. Zeanah, *Handbook of infant mental health* (3ª Ed.) (pp. 516-530). New York: Guilford Press.
- Golse, B. (2006). *Desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'enfant*, 32(1), 269-309.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hanbury, M. (2005). *Educating pupils with autistic spectrum disorders: A practical guide*. London: Paul Chapman Publishing.

- Hodapp, R. M., Thornton-Wells, T. A., & Dykens, E. M. (2009). Intellectual disabilities. In C. H. Zeanah, *Handbook of infant mental health* (3ª Ed.) (pp. 332-344). New York: Guilford Press.
- Holter, G. (2004). Psicomotricidade e psicoterapia: Semelhanças e diferenças. *A Psicomotricidade*, 3, 105-114.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 73-86.
- Klein, M. (1975). *La psychanalyse des enfants* (4ª Ed.). Paris: PUF.
- Lam, Y. G., & Yeung, S. S. (2011). Cognitive deficits and symbolic play in preschoolers with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 560-564.
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1975). *La symbolique du mouvement*. Paris: ÉPI.
- Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963. Diário do Governo, 1ª Série, n.º 79.
- Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Diário da República, 1ª Série – A, n.º 169.
- Lesourd, S. (2009). Les conditions du travail psychothérapeutique avec l'enfant, l'adolescent et leur famille. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57, 44-49.
- Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. (2009). Autism. *Lancet*, 374, 1627-1638.
- Lièvre, B., & Staes, L. (1992). *La psychomotricité au service de l'enfant*. Paris: Belin.
- Lin, L. Y. (2011). Factors associated with caregiving burden and maternal pessimism in mothers of adolescents with an autism spectrum disorder in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 18, 96-105.
- Lombroso, P. J., & Leckman, J. F. (1996). Molecular basis of childhood psychiatric disorders. In M. E. Lewis, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3ª Ed.) (pp. 11-22). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lousada, A. J. (2004). X-frágil: Características e um modo de intervenção. *O Professor*, 87, 40-49.
- Mahler, M. (1973). *Psychose infantile, symbiose humaine et individuation*. Paris: Payot.
- Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., & Spiker, D. (1999). Parent education in early intervention: A call for a renewed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 147-149.
- Maia, G. (2011). O serviço de psiquiatria da infância e da adolescência no centro hospitalar de Lisboa ocidental. *Jornal do Centro*, 60, 4-5.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings, *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, (pp. 161-184). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings, *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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.
- Marques, C. (1998). Autismo: Modelos teóricos e intervenção terapêutica na 1ª infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, número especial, 7-13.
- Marques, C. F. F. C., & Arruda, S. L. S. (2007). Infantile autism and therapeutic process. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 115-124.

- 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* (pp. 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* (pp. 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* (pp. 179-214). Lisboa: Trilhos Editora.
- Matos, A. A. M. C. de (2002). *O desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. M. C. de (1997). Introdução à psicofarmacoterapia em psiquiatria da infância e da adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 12, 17-28.
- Mostofsky, S. H., Dubey, P., Jerath, V. K., Jansiewicz, E. M., Goldberg, M. C., & Denckla, M. B. (2006). Developmental dyspraxia is not limited to imitation in children with autism spectrum disorders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 314-326.
- Naglieri, J. A. (1988). Manual of DAP - *Draw a Person: A quantitative scoring system (DAP)*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich.
- National Institute of Mental Health [NIMH] (2008). Autism spectrum disorders: *Pervasive developmental disorders*. Retirado em 6 de Janeiro, 2012, de <http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>
- Neto, C. A. F. (2004). Jogo na criança & desenvolvimento psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 138-157.
- Onofre, P. S. F. (2004). *A criança e a sua psicomotricidade: Uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Ozonoff, S., Rogers S. J., & Hendren, R. L. (2003). *Perturbações do espectro do autismo: Perspetivas da investigação atual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Ramos, F., Silvério, I., & Strecht, P. (2005). A casa da praia: Uma experiência de 30 anos. In C. Castilho & E. Salgueiro, *O segredo do homem é a própria infância: Centro Doutor João dos Santos - casa da praia, 30 anos depois* (pp. 96-120). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Reid, H. M., & Norvilitis, J. M. (2000). Evidence for anomalous lateralisation across domain in ADHD children as well as adults identified with the Wender Utah rating scale. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 311-316.
- Rodrigues, A. N., & Marta, F. (1994). Motricidade terapêutica em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2, 75-86.
- 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. N., Horta, J., & Santos, R. (1999). A família e os problemas de comportamento: Estudo de um grupo de crianças do centro Doutor João dos Santos – casa da praia. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6(2), 49-57.
- Roncon, P. (2003). Abordagens familiares face ao autismo. *Análise Psicológica*, 1(21), 53-57.
- Roskam, I., Kinoo, P., & Nassogne, M. C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: Approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 204-213.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus de transitionnalité. *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, 35, 1-144.
- Saint-Exupéry, A. (2002). *O principzinho* (21ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Salgueiro, E. E. G. (1996). *Crianças irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Salgueiro, E. E. G. (2004). Revisitando a hiperatividade. *A Psicomotricidade*, 3, 123-132.
- Salgueiro, E. E. G., Vila-Lobos, M., Pena, B., Simões, L., Fornelos, M., Gonçalves, M. J., Vidigal, M. J., Cepêda, T., & Ferreira, T. (1994). A saúde mental na infância e na adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 7, 49-64.
- Santos, J. dos (1988). *A casa da praia: O psicanalista na escola*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Schopler, E., Lansing, M., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2004). *Psychoeducational profile third edition: TEACCH individualized psychoeducational assessment for children with autism spectrum disorders*. Austin: Pro-ed.
- Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole: La première année de la vie*. Paris: PUF.
- Vayer, P. (1971). *Le dialogue corporel*. Paris: Doin.
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade relacional e terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Vidigal, M. J. (2005a). *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. J., & Guapo, M. T. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*, 2(15), 207-219.
- Vygotsky, L. S. (1993). The collected works. In R. W. Rieber & A. S. Carton (eds.), *The fundamentals of defectology*. Nova Iorque: Plenum Press.
- Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent*. Paris: Alcan.
- Wallon, H. (1963). *Les origines de la pensée chez l'enfant* (3ª Ed.). Paris: PUF.
- Wallon, H. (1969). *Do ato ao pensamento*. Lisboa: Portugalia.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- World Health Organization [WHO] (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization [WHO] (2003). *Investing in mental health*. Genebra.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2009). Attachment disorders. In C. H. Zeanah, *Handbook of infant mental health* (3ª Ed.) (pp. 421-434). New York: Guilford Press.

ANEXO A. Lista de material da sala polivalente.

Material diverso

- ✓ 1 Bola terapêutica
- ✓ 4 Espumas grandes
- ✓ Bolas de espuma
- ✓ Cordas
- ✓ Caixa azul (brinquedos diversos)
- ✓ Caixa vermelha (bolas diversas e cubos, com texturas diferentes)
- ✓ Saco com bolas (cores diferentes)
- ✓ Espelho
- ✓ 1 Quadro negro
- ✓ Rádio
- ✓ 2 Mesas
- ✓ Plataforma de equilíbrio
- ✓ Giz
- ✓ 40 Blocos de construção
- ✓ 1 Colchão
- ✓ 10 Bastões
- ✓ 10 Arcos
- ✓ 3 Cones grandes, 6 cones pequenos
- ✓ Puzzle de espuma com letras e números
- ✓ Jogo de bowling
- ✓ Peluches (fantoques)
- ✓ Papel de cenário
- ✓ Cubo grande de cartão
- ✓ Cubo pequeno de esponja e tecido
- ✓ Guardanapos
- ✓ Água
- ✓ Tábuas (trave)
- ✓ Puzzle plastificado
- ✓ Letras do abecedário plastificadas



Armário 1 (grande)

- ✓ 6 Almofadas
- ✓ 5 Panos
- ✓ 10 Cubos com números
- ✓ 4 Colchões de espuma finos
- ✓ 4 Rolos de espuma (2 grandes e 2 pequenos)
- ✓ Cd's
- ✓ Bolas de sabão
- ✓ Caixas de tamanhos variados que se encaixam umas dentro de outras



Jogos

- ✓ “Eu gosto e trato ... da natureza” (5/7 anos)
- ✓ “Um dia com Rui.” (+ 7 anos)
- ✓ “Jogamos a ... conhecer os animais?” (4/5 anos)
- ✓ “Jogamos a ... descobrir os contrários?” (3/4 anos)
- ✓ “Teatrinho – fantoches” (+4 anos)
- ✓ “O Sabichão – pergunta que eu respondo.” (+7 anos)
- ✓ “Contornos e cores.” (2/4 anos)
- ✓ “Lotto de figuras” (+3 anos)
- ✓ “Lotto de leitura” (5/7 anos)
- ✓ “Jogo das formas” (2/5 anos)
- ✓ “Jogo da glória” (2/6 anos)
- ✓ “4 em linha” (+4 anos)
- ✓ “Batalha naval” (+4 anos)
- ✓ “Construções tridimensionais – vira e revira” (+5 anos)
- ✓ “1^{as} contas – peças de enfiamento” (+5 anos)
- ✓ “Jogo de vestir roupa com enfiamentos” (+5 anos)
- ✓ 3 Placas de encaixe em madeira (números, meios de transporte, personagens)
- ✓ 1 Placa de encaixe em plástico (meios de transporte, elementos da natureza)
- ✓ “Do um ao dez – comboio com números” (3/7 anos)

- ✓ “Os dias da semana” (4/6 anos)
- ✓ “Comparar e ordenar” (+ 3 anos)
- ✓ “Dominó infantil” (3/6 anos)
- ✓ “Mikado”
- ✓ Clips
- ✓ Cubos tipo lego
- ✓ Caixas com brinquedos
- ✓ 2 Jogos de encaixe



Puzzles

- ✓ Puzzle 45 peças, 100 peças
- ✓ Puzzle com cubos (+3 anos)
- ✓ Puzzles Mickey (+3 anos)
- ✓ Puzzle de espumas grandes com animais
- ✓ Puzzle de madeira com animais (quinta e selva)

Livros

- ✓ “Os cavaleiros salvam a donzela.”
- ✓ “A grande corrida.”
- ✓ “O grande livro de Tom e Léa.”
- ✓ “O meu grande livro – relógio.”
- ✓ “Ali babá e os 40 ladrões.”
- ✓ “1,2,3, vamos contar.”
- ✓ “Leopoldina e o mundo encantado dos brinquedos.”
- ✓ “Contar animais”
- ✓ “Alice no país das maravilhas.”
- ✓ “Primeiras palavras.”
- ✓ “O meu 1º livro dos animais.”
- ✓ “365 Piadas.”
- ✓ “Os números.”
- ✓ “Ver o mar.”
- ✓ “João e o pé de feijão.”
- ✓ “Os amigos”
- ✓ “O tempo.”
- ✓ “A casa do bebé.”
- ✓ “O que está dentro da arca dos brinquedos.”

Armário 2 (pequeno)

- ✓ Livro Piano
- ✓ 2 Puzzles de espuma (vaca e leão)
- ✓ Cadernos de atividades
- ✓ Carimbos
- ✓ Jogo da memória
- ✓ Digitintas
- ✓ Aguarelas
- ✓ Clips
- ✓ Cubos tipo lego
- ✓ Marcadores para espelho
- ✓ Caixas com brinquedos
- ✓ 2 Jogos de encaixe
- ✓ Barro branco
- ✓ Balões
- ✓ Pratos e talheres de plástico
- ✓ Telefone de plástico
- ✓ 2 Relógios
- ✓ 1 Banheira pequena de plástico
- ✓ Caixas e garrafas com diferentes materiais (feijão, grão, massas, arroz, pedras, água, ...)
- ✓ Instrumentos musicais (xilofone, flauta, castanholas, guizo, pandeireta)
- ✓ 1 Saco com carrinhos de tamanhos diversos
- ✓ Fios e contas de enfiar

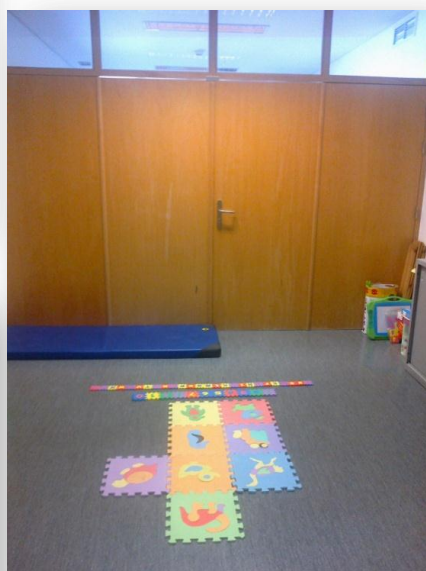
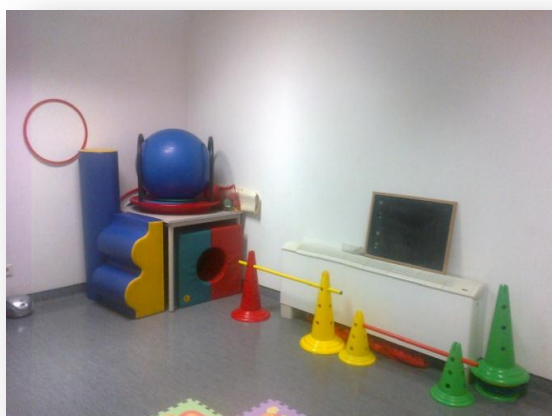


Mesa

- ✓ Lápis de cor e de cera
- ✓ Pincéis
- ✓ Canetas, Marcadores
- ✓ Folhas brancas
- ✓ Canetas-pincéis
- ✓ Lápis de carvão
- ✓ Borrachas
- ✓ 2 Cadeiras
- ✓ Plasticina



Vista geral da sala e utilizações do material



ANEXO B. Evolução terapêutica dos casos em acompanhamento e aprendizagem inerente.

1. Caso - P.G.

Evolução terapêutica

A evolução foi mais oscilante do que progressiva ou regressiva. O P.G. continua a recusar a ida à escola. Houve um agudizar de momentos de hetero-agressividade e revolta, com desrespeito pelo adulto. Persiste um sentimento de onipotência. Houve, no entanto, progressos ao nível cognitivo (planeamento, memória, aumento do tempo de atenção, resolução de problemas e organização mental) e psicoemocional (autocontrolo da impulsividade, aumento da tolerância à frustração, desenvolvimento da criatividade, maior autoconfiança e maior facilidade em acatar regras e limites). Não adere muito bem à troca de papéis. Em termos psicomotores, a melhoria foi visível sobretudo na praxia global e fina (maior destreza manual; o P.G. começou a escrever em letra manuscrita, com automatização do movimento em algumas letras, e na letra de imprensa respeita a escrita por cima da linha e o espaço de separação entre as palavras, tornando-a mais legível; para estas tarefas necessita de uma grande motivação e reforço) e no equilíbrio. Apesar disto continua ainda descoordenado e desorganizado em termos espaciais. Em relação a aspetos de autonomia, o P.G. ora avança, ora recua, mas demonstra já maior eficácia na realização de determinadas tarefas do quotidiano, tais como vestir, comer, no banho, etc..

A mãe continua ainda muito ambivalente, com receio da incapacidade do P.G. para agir autonomamente. Trata-se de uma mãe muito centrada nas limitações do filho, colocando, frequentemente, a culpa no exterior; em resposta a isto, o P.G. adota, por vezes, uma atitude manipuladora.

Aprendizagem inerente ao caso

Foi importante para reforçar o quão importante são as questões da autonomia e as implicações do seu desenvolvimento tardio. Além disso, possibilitou perceber de que forma isso pode ser trabalhado na intervenção psicomotora. Outro aspeto foi entender até que ponto a personalidade e a “psicopatologia familiar” pode influenciar a atitude e o comportamento da criança e condicionar a sua aprendizagem. Permitiu ter consciência que, por vezes, é necessário detalhar as estratégias de atuação familiar ao ínfimo ponto para que sejam aplicáveis. De salientar ainda que aprendi como adequar o nível de linguagem e a atitude terapêutica a uma criança que tem dificuldades, mas que no fundo dispõe de um ótimo potencial de aprendizagem e um bom nível cognitivo.

2. Caso - A.S.

Evolução terapêutica

Ao longo da intervenção verificou-se uma evolução positiva em diversas áreas, nomeadamente na linguagem (recetiva e expressiva, apesar de ligeiras trocas nos pronomes pessoais), no controlo das estereotipias (que ainda não desapareceram), na instabilidade psicomotora e impulsividade. Apesar de alguma melhoria, por vezes, ainda testa limites com o seu comportamento de oposição e desafio e pela baixa tolerância à frustração. O A.S. adere muito bem ao jogo simbólico, solicitando-o espontaneamente via corporal. Propõe facilmente a inversão de papéis em situações diversas. Nota-se uma melhoria significativa ao nível da representação (através do desenho) das suas ideias.

Por vezes, ainda revela dificuldade em permanecer nas tarefas até ao fim. A nível psicomotor, os progressos são visíveis sobretudo na praxia global (coordenação), no acesso à passividade e na noção do corpo. Pontualmente ainda manifesta sincinésias. A nível cognitivo, salienta-se a melhoria no desenvolvimento de ideais e a expansão do vocabulário, bem como a ótima capacidade de memória a longo prazo.

A irregularidade na vinda às sessões reflete-se de imediato na quebra de relação de confiança com as técnicas. Recentemente foi introduzida medicação (metilfenidato) a fim de estabilizar um pouco mais o seu comportamento e aumentar o tempo de atenção nas tarefas, preparando-o também para a entrada no 1º ano no próximo ano letivo.

Aprendizagem inerente ao caso

A reversibilidade de um quadro com características semelhantes ao autismo, cuja estimulação e intervenção pode ser determinante e provocar sérias modificações positivas. Além disso, dizer que a participação ativa e parceira da família influencia significativamente o impacto da intervenção realizada nas sessões. Neste caso, a terapia da fala, aliada a todos os apoios de que usufrui e usufruiu no passado (psicomotricidade em meio aquático, terapia ocupacional e educação especial), tem-se mostrado fundamental, pois, além da limitação ao nível da linguagem inerente ao diagnóstico, a língua materna desta criança não era o português. A necessidade de uma intervenção precoce e intensiva é imperativa, fazendo toda a diferença, particularmente nestes casos. O A.S. situa-se numa idade de transição em que o brincar já não pode ser uma prioridade, urge começar a estimular-se cada vez mais os pré-requisitos académicos.

3. Caso - D.R.

Evolução terapêutica

Atendeu-se a uma evolução muito positiva do D.R. Ao nível da linguagem são notórios progressos, com o aumento do vocabulário e melhoria no desenvolvimento de ideias, ainda com alguma dificuldade na articulação (particularmente na sílaba inicial) e confusão/troca de letras. Por vezes ainda apresenta ecolália. O seu atraso verificou-se durante muito tempo também ao nível do tipo de brincadeiras escolhidas. Com a progressiva evolução ao nível do jogo, nomeadamente o simbólico, começou a conseguir expressar vivências/carências afetivas muito precoces. Surgem então brincadeiras com conteúdos muito regressivos (e.g.: querer usar fralda no faz-de-conta, adotar a posição fetal, ser cuidado/alimentado com biberão, etc.) projetados quer em si, quer no outro. No entanto, ainda não consegue transferir estas aprendizagens do jogo simbólico para o quotidiano.

Apesar de ser notória toda esta evolução, persiste ainda um atraso psicomotor global, incidente em todos os fatores. Salienta-se uma melhoria em termos psicoafetivos (autocontrolo da impulsividade, menos comportamentos de oposição e de desafio). Além disso, é capaz de permanecer durante mais tempo nas tarefas e realizá-las de forma mais autónoma. No entanto, mantém ainda uma fraca capacidade de representação. Tem demonstrado alguns medos relacionados com ruídos novos/estranhos, autoclismo, etc.. Está a aderir melhor ao jogo de regras, respeitando instruções, limites e acordos. Há uma diminuição dos comportamentos rotineiros e uma grande facilidade em fazer a inversão de papéis. Mesmo assim, ainda age muito por imitação. O D.R. apresenta claramente dificuldade ao nível dos pré-requisitos académicos – contagem, quantificação, seriação, categorização, nomeação, identificação e associação de elementos, de semelhanças e diferenças, alguma confusão na nomeação e identificação das cores.

Aprendizagem inerente ao caso

Foi uma mais-valia na compreensão efetiva da perspectiva psicodinâmica relativamente à regressão, como tal se projeta no comportamento da criança e como intervir nesse sentido a partir, por exemplo, do jogo simbólico, resolvendo e preenchendo essas lacunas. Além disso, ajudou a perceber a importância que esta família alargada tem no desenvolvimento do D.R. e até que ponto o défice no desenvolvimento pode traduzir o percurso antecedente desajustado. Foi possível compreender claramente a passagem de uma fase mais relacional do projeto de intervenção a uma intervenção mais instrumental, onde se procura estimular a aquisição de outras competências. Foi uma mais-valia poder acompanhar indiretamente um processo de adoção que está em curso.

4. Caso - D.C.

Evolução terapêutica

Apesar de o D.C. já se encontrar em acompanhamento há bastante tempo em psicomotricidade, de facto, as áreas de intervenção têm sido diferentes e a evolução tem sido notória. O D.C. revela uma evolução comportamental muito positiva e ajustada à idade atual. Em termos psicoafetivos está cada vez mais motivado, esforçado e persistente no desempenho das tarefas. A par de uma insistência no reforço por parte das Técnicas, procura sempre fazer um autorreforço. Em relação à parte cognitiva, apresenta bastante dificuldade no planeamento e na memória de curto prazo, tendo conseqüentemente dificuldade no cumprimento de instruções complexas e sequencializadas. O tempo de atenção nas tarefas está mais prolongado. Por vezes, é necessário recorrer à demonstração das mesmas, para que as compreenda e execute. A nível psicomotor, tem feito sem dúvida progressos, nomeadamente no reconhecimento direita-esquerda, no equilíbrio (sobretudo dinâmico), na praxia global e fina (com utilização bimanual, maior destreza digital, etc.). Ao nível da estruturação espaço-temporal e da consciência corporal propriocetiva (limites corporais) revela ainda bastante atraso, bem como no controlo dos movimentos em geral. Demonstra uma grande dificuldade na representação, quer partindo do concreto, quer do representado. Em termos de linguagem, observa-se uma melhoria no discurso espontâneo, apesar de este ser repetitivo e nem sempre encadeado ou lógico. Na generalidade, verifica-se uma diminuição da impulsividade e aumento da segurança, iniciativa e autoconfiança, com a repetição das tarefas. Atualmente está mais autónomo e apresenta maior tolerância à frustração.

Com o D.C., devido ao seu “perfil cognitivo”, com imensas dificuldades na generalização das competências, há a necessidade de se trabalhar ainda tarefa a tarefa. Dada a sua idade, isto torna-se especialmente importante na seleção daquilo que lhe poderá ser mais útil na conquista de maior autonomia e melhor participação social. Neste sentido é fundamental aplicar o princípio da variabilidade das condições de prática nas diferentes tarefas, de modo a facilitar a generalização e a transferência das competências para situações do quotidiano.

Aprendizagem inerente ao caso

Realmente há casos que permanecem em acompanhamento durante um longo período de tempo precisamente porque a evolução é lenta, mas os objetivos de intervenção vão sendo diferentes em função da fase do desenvolvimento em que a criança se situa. Existem condicionamentos orgânicos que comprometem as capacidades psicomotoras, daí que as evoluções terapêuticas são, muitas vezes, mínimas. Além disso, ajudou a compreender a importância de pensar e programar objetivos a longo

prazo em parceria com a família, indo de encontro ao projeto de vida para a criança, atendendo às suas limitações e idade.

Pelas suas características poder-se-ia questionar uma intervenção psicoterapêutica, no entanto, pelo seu déficit cognitivo, pelo nível de desenvolvimento psicoafetivo e pela reduzida capacidade de *insight*, tal não seria viável.

5. Caso - D.S.

Evolução terapêutica

O D.S. é 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. Mantém, de facto, as alterações do comportamento, com períodos de oposição, birra, baixa tolerância à frustração e hetero-agressividade, sobretudo quando contrariado. Continua a apresentar um sentimento de onnipotência e autocentração nas tarefas. Apesar de ter evoluído ligeiramente, manifesta um comportamento obsessivo e inflexibilidade de pensamento, procurando rotinizar as atividades e a forma como ocorrem. Mostra-se muito competitivo e não admite perder. Receia tudo o que seja novo; apresenta algum medo de experimentar (baixa segurança e autoconfiança). A nível psicomotor manifesta fraca consciencialização corporal (tátil, propriocetiva e representativa); confusões na lateralidade; dificuldade na execução controlada dos movimentos; na praxia global, no equilíbrio e na estruturação espaço-temporal. Contudo, vai acedendo à passividade. A linguagem é pobre, com dificuldade na morfossintaxe, na semântica e na construção frásica, e a capacidade imaginativa é fraca. Mantém dificuldades em competências básicas (contagem, nomeação, identificação e nomeação de cores, formas, sons, etc.). Têm-se verificado progressos ao nível do traçado, estando atualmente adequado para a sua idade. Cada vez mais propõe a troca de papéis nas atividades. Há períodos em que se desorganiza emocional e psiquicamente. Não acede muito bem ao jogo simbólico, parecendo não distinguir a realidade da fantasia. Demonstra muita dificuldade na partilha de espaços e materiais. Aceita bem a estimulação sensorial, através do toque mediado por objetos. Manifesta alguma dificuldade na expressão corporal.

Apesar de tudo, já respeita muito mais o não e demonstra agrado pelos reforços sociais. Tem melhorado em termos de autonomia. 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 afetuoso e adequado. Constantemente é 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 do D.S. diz respeito à confiança que vai demonstrando nas Técnicas, na procura destas para obter afeto e na sua capacidade de brincar que, mesmo desadequada à idade, antes não existia.

Aprendizagem inerente ao caso

Muitas vezes, quando há tendência para comportamentos obsessivos e fixados, a atitude terapêutica pode passar simplesmente por descentrar a atenção desses mesmos estímulos. Este caso veio confirmar que a falta de regra e limite está em muito relacionada com o modo como os cuidadores são assertivos na educação das crianças. Além disso, mostrou que, a determinada altura, é necessário passar do brincar à aquisição de competências adequadas à idade. Esta criança apresenta, por vezes, alguns traços psicóticos.

6. Caso - T.S.

Evolução terapêutica

Na generalidade, o T.S. fez uma evolução muito positiva, apesar de haver momentos de algum retrocesso e descontrolo, em que tenta testar limites. O T.S. mantém a agitação, no entanto, atualmente já consegue controlar-se mais facilmente. Por vezes, surgem momentos de alguma instabilidade emocional e hetero-agressividade. Está cada vez mais persistente nas atividades para as quais está motivado. Mantém o seu comportamento de onipotência. Apesar disso, é uma criança com ótima capacidade cognitiva, aprendendo muito facilmente; o grande entrave situa-se realmente ao nível do controlo da força e das atitudes de oposição e contrariedade que apresenta. Reage muito bem quando é reforçado e valorizado pelas suas capacidades e atitudes, mas tem alguma dificuldade em generalizar o bom comportamento (mesmo fazendo uma autoinstrução correta). Continua com uma forte preferência pela bola, em jogos individuais, tendo uma grande habilidade e cadência para estas atividades. A previsibilidade e a antecipação têm sido estratégias ótimas para um funcionamento mais ajustado do T.S.. Tem reagido bastante bem quando assume o papel de uma personagem, quando “não é o T.S., sendo”.

Durante as sessões, o T.S. demonstra um lado genuíno que não se verifica noutros contextos: aparenta ser o menino bom, o “sabichão” que é valorizado e ensina os outros, retirando prazer disso. Tem sido capaz de planejar mais as tarefas, antes de as executar. Apesar de realizar ainda um desenho imaturo, com pobreza de pormenores e desproporção, recentemente tem-se mostrado mais motivado e participativo quando solicitado, o que a par do seu bom potencial de aprendizagem, nos faz pensar que rapidamente se verificará uma evolução neste domínio. Por vezes, manifesta sincinésias bucais e tem dificuldade em aceder à passividade, revelando paratónias, falta de confiança, receios, etc.. Mais recentemente, o T.S. tem manifestado diversos medos (de dormir sozinho, de ir ao WC sozinho, etc., quer de dia, quer durante a noite) – que parecem, segundo Marcelli (2005), projeções de impulsos agressivos, motivados por carências afetivas. No jogo simbólico espontaneamente propõe temas de devorar, de morte, culminando, no entanto, geralmente, num movimento reparador em que tudo termina bem – segundo o mesmo autor, estes temas surgem habitualmente com a angústia de morte, de destruição, com uma angústia de perda, que vem despertar uma “lacuna afetiva”.

Aprendizagem inerente ao caso

Acima de tudo mencionar que nas sessões, o comportamento das crianças é nitidamente modulado em função da atitude e do estado emocional do Técnico e pelo sentido que este atribui aos sinais da criança. A intervenção co-terapêutica em parceria com a família é determinante no sucesso terapêutico de todos os casos, mas de alguns em particular. Não adianta intervir com o T.S. durante 45/50 minutos se em casa a família não está a agir em conformidade. Neste sentido é fundamental saber ouvir, dar estratégias práticas e específicas para cada situação. Este caso mostrou também como é determinante ler eficazmente os sinais (pulsões) que a criança traz e atribuir-lhes um significado, ainda que seja no contexto lúdico, simbólico.

Além de tudo isto, foi um caso cuja problemática se mostrou desafiadora pela sua manifestação ao longo do tempo, implicando uma pesquisa adicional e bastante reflexiva. Ou seja, um menino que na sessão, apesar de toda a agitação e instabilidade comportamental, era capaz de mostrar o seu lado bom e protetor e que a mãe dizia aplicar em casa todas as estratégias aconselhadas e agir da forma mais adequada possível, e, mesmo assim, noutros contextos (na escola, em casa da avó, etc.) continuava insuportável, levou a pensar se haveria algo mais além do atual diagnóstico.

Em consonância com Marcelli (2005), esta agitação (“não fica no lugar”, “está sempre a mexer-se”, “enerva-se com tudo”), a instabilidade, os momentos de oposição em que “recusa tudo, diz sempre que não” e os comportamentos auto e hetero-agressivos, bem como a perda de autoestima e a desvalorização (“não sei, não consigo”, “ninguém gosta de mim”, “sou mau”), o individualismo nos jogos (“não quer jogar com outras crianças”) o sono agitado, os medos frequentes, períodos de enurese e indícios de obesidade, constituem alguns traços depressivos na criança nesta faixa etária. Por esta razão, considera-se pertinente realizar um novo estudo da anamnese, com enfoque sobre a história familiar (antecedentes psicopatológicos dos pais, existência de algum episódio desencadeador destas reações, incompreensão entre pais e filho), perceber um pouco mais se se trata de um reativar de etapas desenvolvimentais precedentes, de preencher um vazio, etc. e em função disso adequar as diretivas de intervenção – trata-se acima de tudo de atuar na origem do sintoma, ir ao cerne do problema.

7. Caso - A.P.

Evolução terapêutica

A evolução do A.P. tem sido muito positiva, sobretudo ao nível da interação, tendo em conta que ainda se trata de uma fase muito precoce da intervenção. O A.P. apresenta geralmente uma agitação inicial, que tem vindo a diminuir no tempo e na intensidade. Com isto revela um tempo de atenção mais prolongado, maior persistência nas tarefas, diminuição da impulsividade e agressividade e maior autocontrolo. Atualmente, já consegue manter contacto ocular intencional, quer para o adulto, quer para um alvo, etc. (ainda que muito ténue). Apresenta inúmeras sincínias bucais (linguais) e grandes dificuldades ao nível do equilíbrio, consciência corporal (limites do próprio corpo e dificuldade de expressão corporal), reconhecimento direita-esquerda e na organização espacial; em termos rítmicos, apresenta uma propensão particular. Ao nível da representação observa-se ainda imaturidade. A capacidade de escrita está ainda muito deficitária, restrita ao seu nome e algumas outras palavras, sendo soletradas. É notória uma limitação na linguagem expressiva e, por vezes, recetiva. Tem também dificuldade no que respeita à contagem, apesar de já se verificarem melhorias. Já é capaz de respeitar mais as instruções dadas, tendo um comportamento mais organizado. Por vezes, os seus movimentos não são executados de forma controlada. Inicialmente muito centrado na fantasia (criava diálogos, muitas vezes, impercetíveis, com as personagens), consegue agora separar melhor estes dois mundos. Tem funcionado muito bem com o planeamento e a antecipação das tarefas a realizar; mais uma vez se nota que a previsibilidade gera segurança, apesar de ele próprio ter dificuldade no planeamento motor das tarefas, bem como na memória de trabalho. Permite e sugere alternância de papéis. No geral, é uma criança que aprende muito facilmente e demonstra prazer no contacto corporal mediado. Está melhor ao nível do cumprimento de regras sociais.

Aprendizagem inerente ao caso

Tive oportunidade de observar o contacto diferenciado com pais separados e o estado emocional da criança consoante o cuidador que a acompanhava. Foi possível observar de perto que o comportamento de uma criança medicada se altera completamente quando a medicação não lhe é dada e isso reflete-se na sua prestação na sessão. Foi importante vivenciar a evolução passo a passo na simples relação e interação, visto ser um caso que acompanhei desde o início da intervenção em psicomotricidade no serviço.

8. Caso - R.T.

Evolução terapêutica

Apesar de o tempo de intervenção ser muito reduzido, o R.T. tem apresentado uma evolução positiva. Passou a aceitar bem a separação, sendo capaz de permanecer na sessão sem qualquer ansiedade, menos agitado e mais centrado nas tarefas (aumento do tempo de atenção, de permanência e persistência). Aceita muito bem o contacto corporal, demonstrando prazer em ser cuidado e contido. Isto tem sido em muito facilitado pelas atividades de cariz sensoriomotor, visto que o R.T. fica mais confiante, sendo mais autónomo nas tarefas que realiza. Ao nível da linguagem expressiva, o seu discurso situa-se ainda num estadio elementar, pobre, reduzido a áreas específicas. Tem dificuldade em conceitos básicos (cores, formas) e na capacidade de contagem e de identificação da própria representação algorítmica e de categorização. Em contrapartida, manifesta uma boa linguagem recetiva. Ao nível psicomotor, é visível alguma dificuldade sobretudo no que refere à praxia global e estruturação espaço-temporal, sendo descoordenado e descontrolado nos movimentos. Nota-se também alguma dificuldade na consciência tátil e propriocetiva do corpo. O desenho reduz-se a garatujas. Tem mantido cada vez mais o contacto ocular. Aceite muito bem a momentos de passividade e mobilização. Parece ter ainda dificuldade em aceder ao plano simbólico, revelando medos. Aceita bem a troca de papéis. Segue instruções simples.

Há de facto um atraso global no desenvolvimento, mas que necessita de ser estimulado, pois há realmente potencial de aprendizagem, sendo esta a altura crucial (período crítico do desenvolvimento) para que este emerja. Atualmente pondera-se entre o adiamento da entrada para o 1º ciclo, a integração numa instituição de ensino estruturado ou num colégio de ensino especial. O R.T. já consegue explorar o espaço e os materiais de forma mais organizada e intencional. No geral, houve um aumento da tolerância à frustração, ainda que, por vezes, adote um comportamento provocatório e desafiador. Nota-se uma diminuição das birras e da agitação.

Aprendizagem inerente ao caso

O ambiente familiar pode prejudicar todo o desenvolvimento de um potencial de aprendizagem, quer pela sua situação precária, quer pela falta de competência maternal. Mesmo sendo uma criança apoiada desde muito precocemente, a atitude defensiva, manipuladora e crítica da mãe, tem impedido certas progressões da criança; a estimulação não é continuada em casa. Foi importante perceber que o foco problemático, muitas vezes, se centra na família e não somente na criança, o que leva a pensar que é necessário alterar o ambiente para que esta criança possa crescer de forma equilibrada e saudável. Foi um caso que mobilizou uma articulação constante entre os vários técnicos intervenientes e a mãe.

9. Caso - C.P.

Evolução terapêutica

Este é um caso ainda muito recente, daí que a evolução não seja tão evidente. No entanto, é de salientar que há um grande atraso no desenvolvimento motor, psicoafetivo e cognitivo (na linguagem). O C.P. faz uma exploração ávida e desorganizada do espaço, não permanecendo nas tarefas. Explora espontaneamente, mas demonstra pouco interesse. A sua linguagem é praticamente ininteligível, à exceção de quatro ou cinco palavras. Compreende instruções simples. Revela uma boa comunicação não-verbal, expressando emoções e demonstrando empatia pelo outro. Apresenta um contacto mais

diferenciado com o adulto e aceita atividades sensoriomotoras, de confiança, respondendo com prazer. Demonstra afetividade e satisfação no contacto e proximidade corporal, nos momentos de contenção. Além disso, é uma criança com grande potencial de aprendizagem e que aprende extremamente bem por imitação. A nível psicomotor, tem dificuldade nos movimentos globais e finos, não revelando controlo nos mesmos. Fraca organização espaço-temporal. A lateralidade parece bem definida. Quando contrariado continua a fazer birra, a apresentar baixa tolerância à frustração e hetero-agressividade. O desenho é imaturo, reduzido a linhas horizontais e formas circulares. Tem imensas sincinésias bucais e contralaterais. Espontaneamente já vai propondo a troca de papéis (corpo agido e corpo ator).

Nota-se que é uma criança ávida de estimulação, entregue a si própria, no sentido em que não tem regra nem limite e pouquíssimo estimulado em termos de autonomia. O trabalho continua muito centrado na atenção e concentração e na linguagem.

Aprendizagem inerente ao caso

Com este caso foi possível consolidar a ideia do quão importante é a estimulação precoce nas fases iniciais do desenvolvimento, com a própria família e o quanto isso é determinante na aprendizagem. O facto de a mãe ser a pessoa com quem o C.P. passa a maior parte do tempo e de esta se encontrar deprimida, aumenta o risco de transmitir indiretamente esta incompetência ao filho, na medida em que os cuidados passam a ser muito funcionais, ficando a outra face do desenvolvimento aquém do esperado.

Outro aspeto que distingue este caso, prende-se com o facto de se encontrar num período sensível/crítico do desenvolvimento e a necessidade de o estimular ao máximo – se fosse possível esta intervenção deveria ser mais intensiva. Foi essencial reforçar e devolver a ideia de que a entrada no jardim de infância deve ser uma preocupação urgente. Foi uma mais-valia acompanhar todo este percurso desde o início, pois para além de ser o caso mais recentemente encaminhado para a psicomotricidade, encontra-se ainda numa fase pré-diagnóstico.

10. Caso - F.B.

Evolução terapêutica

A evolução do F.B. tem sido muito positiva e progressiva. No entanto esta é uma criança que oscila constantemente, quer entre sessões, quer durante a própria sessão. De facto, ao nível das competências psicoafetivas houve progressos sobretudo na capacidade de iniciativa, espontaneidade e criatividade. O F.B. adquiriu uma melhor autoconfiança e segurança no desenrolar das atividades, bem como uma diminuição da impulsividade. Progressivamente, os tiques foram diminuindo de intensidade ao envolvê-lo em atividades ativas e passivas (e.g.: relaxação). Ao nível cognitivo, conseguiu-se prolongar o tempo de atenção (alguma dificuldade ainda na atenção seletiva) e concentração, persistindo nas tarefas até ao fim. Já se mostra capaz de organizar melhor o pensamento (desenvolvimento de ideias) e a execução das ações. O planeamento ainda não ocorre espontaneamente de modo eficiente. A capacidade de memorização (memória de trabalho) é ainda bastante elementar e muito inconsistente. A linguagem expressiva é desorganizada e muito repetitiva (com ecolália, por vezes, e distorção da sintaxe). Quanto à linguagem recetiva, em algumas situações, necessita de uma demonstração complementar (verbal ou física). Tem dificuldade em adotar estratégias na resolução de problemas. Ao nível das competências académicas verifica-se um grande atraso (consciência fonológica e fonémica, pré-grafismos., etc. – processos ainda não automatizados). Tem demonstrado progressos na nomeação e identificação de letras/sílabas, na síntese de palavras, na quantificação e na representação algorítmica.

Em termos psicomotores houve uma evolução nítida na consciência corporal tátil e na capacidade de aceder à passividade e manter o estado tónico. Em relação à estruturação espaço-temporal, permanece uma grande desorganização, com ligeiras melhorias a nível espacial. Dificuldade em conceitos espaciais básicos (cima, baixo, frente, trás, etc.). Ao nível da representação, ainda se verifica alguma desproporção e pobreza de pormenores. Tem também dificuldade em passar da representação ao concreto. Apresenta uma ótima motivação em atividades motoras. Quanto à praxia global verifica-se descoordenação, com fraca capacidade de programar, antecipar e resolver problemas. Revela dificuldade no equilíbrio estático e dinâmico. O F.B. nem sempre se apercebe do seu insucesso. Tem estado muito entusiasmado com o jogo simbólico, o que fomentou uma melhoria no pensamento divergente. Verifica-se também melhoria ao nível da motricidade fina, com maior controlo e precisão. Ainda persistem algumas sincinésias. Apesar de ter feito progressos, às vezes apresenta uma ligeira dificuldade no reconhecimento direita-esquerda.

Aprendizagem inerente ao caso

Um forma de lidar com os tiques pode ser agindo sobre eles indiretamente, criando atividades que os extingam ou através da relaxação. Por vezes, as DA de algumas crianças são específicas ao ponto de exigir de nós técnicos também conhecimentos específicos nesse domínio. Além disso, permitiu perceber como o atraso e défice psicomotor influenciam claramente a aprendizagem escolar, visto que os pré-requisitos ainda não se encontram adquiridos.

Foi importante observar também que a melhoria verificada ao nível da participação, motivação e empenho, nível de atenção, iniciativa, autoestima, segurança, auto-competência e autonomia, entre outros aspetos, se deveu não só à intervenção realizada, mas sobretudo à estabilização do ambiente familiar, incluindo os contactos regulares atuais com a mãe (ao fim de semana).

11. Caso - M.B.

Evolução terapêutica

A evolução deste caso descreve-se como positiva. Primeiro, porque em termos psicoafetivos todos os objetivos foram alcançados, assim como os cognitivos. Atualmente, o M.B. já é capaz de entrar na sala sem qualquer ansiedade de separação, participa de forma mais organizada nas tarefas e consegue focalizar a atenção durante mais tempo. Por vezes, ainda se verificam alguns comportamentos de oposição, com baixa tolerância à frustração, que facilmente são contornados. A exploração sensoriomotora e a estimulação sensorial foram sem dúvida facilitadoras no estabelecimento de uma relação de confiança e segurança que permitiu todo o desenrolar das competências posteriores. Atualmente, mantém muito mais o contacto ocular. Apresenta muito boa capacidade de imitação, ao ponto de o discurso ser em ecolália. Nota-se uma evolução na linguagem recetiva e expressiva, tendo em conta que já profere frases simples, tem expressões sociais adequadas e um leque mais vasto de vocabulário. Apresenta uma ótima capacidade de associação palavra-imagem. A nível psicomotor, tem boa capacidade de pinça fina, faz empilhamento de cubos, com controlo dos movimentos; alguma indecisão ao nível da lateralidade; ligeiras sincinésias bucais e contralaterais. Adere bem ao jogo funcional e simbólico e à troca de papéis. Melhor ao nível da consciencialização corporal tátil. Demonstra prazer na contenção e mobilização. O desenho espontâneo resume-se a rabiscos; por imitação, alarga-se a traços verticais e a formas geométricas simples. Revela prazer face a estímulos sonoros. Reconhece

expressões e emoções no outro, reagindo adequadamente. Há uma grande necessidade de estimular a sua autonomia (e.g.: vestir, calçar, comer, etc.).

Aprendizagem inerente ao caso

Foi importante observar como trabalhar a questão da ansiedade de separação, tendo permitido, por vezes, a entrada da família na sessão (ao longo de toda a sessão ou em parte da mesma). Além disso, que atividades podem ser mais adequadas para combater esta ansiedade. Outro aspeto prendeu-se com a passagem do jogo funcional ao simbólico, pela sua evolução e tolerância. Foi também uma mais-valia verificar a necessidade da estimulação precoce no desenvolvimento de certas competências determinantes na aprendizagem. O facto de persistir uma assiduidade irregular interrompeu parcialmente o elo de confiança conquistado. Este caso mostrou também o quão essencial é a intervenção em parceria com a família no desenvolvimento de competências pré-académicas promotoras de aprendizagem.

12. Caso - P.M.

Evolução terapêutica

A evolução restringiu-se ao estabelecimento de uma relação empática entre o P.M. e a Técnica. Notou-se que é de facto uma criança instável e desorganizada do ponto de vista psicoafetivo, com falta de regras e limites, e que necessita claramente de apoio terapêutico. Todo este condicionamento comportamental compromete a aprendizagem nos vários domínios.

Aprendizagem inerente ao caso

Na realidade, nem todos os casos aderem ao projeto terapêutico, como seria desejável, e que, por muito que o Técnico planeie um trabalho excecional, a falta de assiduidade pode declinar tudo. Este caso mostrou claramente como a família pode ser um fator de risco na intervenção com uma criança. Neste caso, a disfuncionalidade, a psicopatologia, a indisponibilidade, são condições precárias que ultrapassam largamente a nossa capacidade de atuação e, portanto, é indispensável a intervenção de instâncias superiores. Ajudou a perceber a importância de cativar, num contacto direto, a família para a intervenção, mostrando a importância da mesma. Acima de tudo foi uma mais-valia a experiência de ser a figura de referência na sessão, o facto de ter maior autonomia e espontaneidade na intervenção, de delegar em mim a capacidade de decidir, de improvisar, etc.. Para além de ter realizado o primeiro contacto, a observação e a avaliação inicial, fui autónoma na consecução do projeto pedagógico-terapêutico, programando cada sessão, semanalmente (de entre as poucas que aconteceram).

ANEXO C. Plano terapêutico delineado pela equipa multidisciplinar para cada caso.

Casos em acompanhamento	Plano terapêutico
Caso 1 - P.G.	Psicofarmacologia Consultas terapêuticas familiares Consulta de desenvolvimento Acompanhamento psiquiátrico (mãe) Articulação com a escola Psicomotricidade
Caso 2 - A.S.	Psicofarmacologia Acompanhamento psiquiátrico (mãe) Articulação com a escola Ensino especial Terapia da fala Psicomotricidade
Caso 3 - D.R.	Articulação com os avós (questões legais relacionadas com a adoção) Terapia da fala Psicomotricidade
Caso 4 - D.C.	Psicofarmacologia Consulta de desenvolvimento Consulta de neuropediatria Consultas terapêuticas familiares Natação Terapia ocupacional Terapia da fala Psicomotricidade
Caso 5 - D.S.	Consultas terapêuticas (mãe) Articulação com a escola Psicomotricidade
Caso 6 - T.S.	Psicofarmacologia Consultas terapêuticas familiares Psicomotricidade
Caso 7 - A.P.	Psicofarmacologia Consultas terapêuticas familiares Psicologia Psicomotricidade
Caso 8 - R.T.	Psicofarmacologia Consultas terapêuticas familiares Psicologia (mãe) Articulação com a escola, com a CPCJ e com outras subespecialidades do hospital Psicomotricidade
Caso 9 - C.P.	Consultas terapêuticas familiares Acompanhamento psiquiátrico (mãe) Consulta de desenvolvimento Psicologia Articulação com equipamentos educativos (jardim de infância) Psicomotricidade

Caso 10 - F.B.	Psicofarmacologia Articulação com a escola e com a CPCJ Psicomotricidade
Caso 11 - M.B.	Consultas terapêuticas (mãe) Articulação com a escola Ensino especial Terapia da fala Psicomotricidade
Caso 12 - P.M.	Psicofarmacologia Consultas terapêuticas (avô) Articulação com a escola e com a CPCJ Psicomotricidade
Caso 13 - T.M.	Psicofarmacologia Consultas terapêuticas familiares Psicoterapia Articulação com a escola Ensino especial Psicologia Natação Psicomotricidade