



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

Prática Psicomotora em Saúde Mental Infantil

Beatriz Isabel Sezões Grilo

Orientação: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida (Universidade de Évora)

Orientação: Doutor Alberto Manuel Fernandes de Magalhães (Hospital do Espírito Santo de Évora)

Local de Estágio: Hospital do Espírito Santo de Évora

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

Évora, 2018

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

Prática Psicomotora em Saúde Mental Infantil

Beatriz Isabel Sezões Grilo

Orientação: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida
(Universidade de Évora)

Orientação: Doutor Alberto Manuel Fernandes de Magalhães
(Hospital do Espírito Santo de Évora)

Local de Estágio: Hospital do Espírito Santo de Évora

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Constituição do Júri:

Presidente do Júri: Professora Doutora Maria Graça Santos

Orientador: Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida

Arguente: Professora Doutora Guida Veiga Moutinho

“Somos as experiências que vivemos e é o que levamos delas que nos faz pessoas únicas.” (Lima, 2018)

RESUMO

Prática Psicomotora em Saúde Mental Infantil

O Relatório de Estágio compreende a descrição das tarefas e experiências adquiridas durante o Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade, que decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora.

Os objetivos correspondem à contextualização da prática psicomotora num serviço de Saúde Mental, investigação e descrição dos casos encaminhados para a Psicomotricidade, análise e contextualização da intervenção psicomotora e investigação dos resultados de uma intervenção psicomotora em dois Estudos de Caso com experimentação individual, com enquadramento na perturbação de personalidade borderline e perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

A fundamentação da prática psicomotora permitiu identificar os ganhos, através dos instrumentos de avaliação, Draw a Person (DAP), Teste de Cópia de Figuras Complexas, Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky e Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por), da intervenção psicomotora e refletir sobre a pertinência da Psicomotricidade no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, em contexto hospitalar.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Infância; Hiperatividade; Comportamento.

ABSTRACT

Psychomotor practice in mental health in childhood

The Internship Report includes the description of the tasks and experiences acquired during the Curricular Internship of the Master in Psychomotricity which took place in the Department of Psychiatry and Mental Health of the Hospital do Espírito Santo in Évora.

The objectives correspond to the contextualization of the psychomotor practice in a Mental Health service, investigation and description of the cases forwarded to Psychomotricity, analysis and contextualization of psychomotor intervention and investigation of the earnings of a psychomotor intervention in two case studies with individual experimentation, framed in a borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder.

The basis of the psychomotricity allowed to identify the results, through the evaluation instruments, Draw a Person (DAP), Rey Complex Figure Test, Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), of the psychomotor intervention and to consider on the pertinence of Psychomotricity in the Department of Psychiatry and Mental Health, in hospital context.

Keywords: Psychomotricity; childhood; hyperactivity; behavior.

AGRADECIMENTOS

Este Relatório de Estágio foi concluído com o esforço, empenho e amor por uma profissão, envolvendo instituições, mas especialmente Pessoas, e só assim seria possível adquirir estes conhecimentos. Para essas Pessoas tenho que expressar um enorme AGRADECIMENTO!

O primeiro agradecimento é dirigido à minha família, aos pilares da minha vida, não só pelos objetivos que consegui alcançar, mas por me ensinarem o que é querer cuidar e proteger alguém com todos os seus defeitos e qualidades e lutarem pelos meus sonhos como se fossem os seus.

Agradeço à minha orientadora Professora Gabriela Almeida pela disponibilidade e orientação demonstrada durante este percurso enquanto aluna do Mestrado em Psicomotricidade. Numa das reuniões em que deveria descrever um dos casos acompanhados colocou uma questão que determinou a perspetiva que adotei sobre a Psicomotricidade, ao pedir que explicasse o que sentia perante os comportamentos demonstrados pela criança. Desta forma consegui compreender que a Intervenção Psicomotora envolve o trabalho, a investigação e os fundamentos teóricos, mas também uma enorme disponibilidade emocional e corporal para aceitar e compreender a pessoa com quem estamos a intervir.

Ao Doutor Alberto Magalhães por me orientar no local de estágio, ao aceitar uma área que ainda precisa de provar a sua importância, e esclarecer as dúvidas colocadas ao longo destes meses.

À Equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora pela disponibilidade demonstrada e por me ensinarem a importância do trabalho multidisciplinar. Com um especial agradecimento às Educadoras, Lena e Cesso, por me receberem nos grupos e transmitirem a sua experiência num serviço de saúde mental.

Aos meninos e meninas que conheci durante o Estágio por confiarem em mim, só com eles seria possível crescer pessoal e profissionalmente através das inseguranças e dúvidas que me provocaram.

Ao Departamento de Desporto e Saúde, em particular aos Professores da Licenciatura em Reabilitação Psicomotora e do Mestrado em Psicomotricidade “Relacional”, por todos os ensinamentos adquiridos durante o meu percurso académico na Universidade.

À Tradição Académica que existe na Universidade de Évora, por me permitir perceber que para além dos Códigos, Graus Académicos, Regulamentos e Regras inerentes, existem Pessoas e serão sempre elas que a mantêm e preservam. Foi esta Tradição que colocou inúmeras pessoas importantes no meu percurso e na minha vida, e por isso serei eternamente grata.

Ao Curso de Reabilitação Psicomotora por me receber de braços abertos em 2013 e ensinar “qual é o melhor”, que “somos o Curso do Futuro” e que “a União faz a Força”.

Ao Núcleo de Estudantes de Reabilitação Psicomotora e à Associação Académica da Universidade de Évora por me fazer acreditar que as aprendizagens e os ensinamentos dos Estudantes resultam de lutas, motivações e esforços conjuntos.

À Ana Ramalho, não só pelos conhecimentos que adquirimos juntas em todos os trabalhos de grupo realizados durante estes anos, mas pelos sentimentos de confiança, segurança e amor que transmite.

À minha Família Académica, desde os preferidos às ovelhas negras, e a tantos outros, pela amizade e carinho demonstrado, só assim consegui crescer e continuar a querer sempre alguém melhor.

Um especial agradecimento a todas as Pessoas que me ajudaram durante as inseguranças durante o Estágio e que me motivaram a nunca desistir. Em especial à Joana Margarida pela disponibilidade para responder a todas as minhas questões sobre os casos. Às minhas meninas por todas as dúvidas esclarecidas enquanto elaborava o relatório. Ao Miguel Luís por se assegurar que nunca duvidada das minhas capacidades.

O meu agradecimento será sempre pequeno em comparação com o significado que têm na minha vida!

ÍNDICE

RESUMO.....	I
ABSTRACT	II
AGRADECIMENTOS	III
ÍNDICE.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	X
1 – INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	4
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	4
2.1 – PSICOMOTRICIDADE	4
2.2 – SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	5
2.3 – PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL.....	6
2.3.1 – METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO.....	7
2.4 – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	8
3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	11
3.1 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	11
3.1.1 – CALENDARIZAÇÃO E HORÁRIO	11
3.1.2 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO INDIVIDUAL.....	13
3.1.3 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO DE GRUPO	19
3.2 – ETAPAS DE INTERVENÇÃO	21
3.3 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	22
3.3.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)	22
3.3.2 – DRAW A PERSON	23
3.3.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS	24
3.3.4 – TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY	25
3.3.5 – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES	26
CAPÍTULO II	28
4 – REVISÃO TEÓRICA DE SUPORTE AOS ESTUDOS DE CASO	28
4.1 – DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E SOCIAL TÍPICO	28
4.2 – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO	29
4.3 – FUNCIONAMENTO BORDERLINE	31
5 – ESTUDO DE CASO - BEN	35

5.1 – IDENTIFICAÇÃO.....	35
5.2 – AVALIAÇÃO INICIAL.....	37
5.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)	37
5.2.2 – DRAW A PERSON.....	38
5.2.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS	39
5.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO.....	40
5.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS.....	41
5.5 – PERFIL.....	46
5.5.1 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL	46
5.5.2 – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	46
5.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO	47
5.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	47
5.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS	50
5.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES	51
5.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA	52
5.7.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)	52
5.7.2 – DRAW A PERSON.....	53
5.7.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS	54
5.8 – DISCUSSÃO	55
6 – ESTUDO DE CASO - TEN	58
6.1 – IDENTIFICAÇÃO.....	58
6.2 – AVALIAÇÃO INICIAL.....	60
6.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)	60
6.2.2 – DRAW A PERSON.....	61
6.2.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS	62
6.2.4 – TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY	63
6.2.5 – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES	64
6.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO.....	65
6.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS.....	65
6.5 – PERFIL.....	68
6.5.1 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL	68
6.5.2 – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	70
6.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO	71

6.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	71
6.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS	72
6.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES	73
6.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA.....	74
6.7.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)	74
6.7.2 – DRAW A PERSON.....	75
6.7.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS	76
6.7.4 – TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY	77
6.7.5 – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES	78
6.8 – DISCUSSÃO.....	79
CAPÍTULO III	82
7 – CONCLUSÃO.....	82
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
9 – ANEXOS	XI
ANEXO A – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)	XII
ANEXO B – ESTUDO DE CASO – BEN.....	XV
ANEXO B.1 – AVALIAÇÃO INICIAL	XV
ANEXO B.1.1 – DRAW A PERSON	XV
ANEXO B.1.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS.....	XVI
ANEXO B.2 – AVALIAÇÃO FINAL	XVII
ANEXO B.2.1 – DRAW A PERSON	XVII
ANEXO B.2.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS.....	XVIII
ANEXO B.3 – PLANEAMENTOS E RELATÓRIOS DE SESSÃO.....	XIX
ANEXO B.3.1 – EXEMPLO 1	XIX
ANEXO B.3.2 – EXEMPLO 2.....	XX
ANEXO C – ESTUDO DE CASO – TEN.....	XXII
ANEXO C.1 – AVALIAÇÃO INICIAL	XXII
ANEXO C.1.1 – DRAW A PERSON	XXII
ANEXO C.1.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS.....	XXIII
ANEXO C.2 – AVALIAÇÃO FINAL	XXIV
ANEXO C.2.1 – DRAW A PERSON	XXIV
ANEXO C.2.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS.....	XXV
ANEXO C.3 – PLANEAMENTOS E RELATÓRIOS DE SESSÃO.....	XXVI

ANEXO C.3.1 – EJEMPLO 1	XXVI
ANEXO C.3.2 – EJEMPLO 2.....	XXVII

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Organograma do DPSM do HES.....	9
FIGURA 2. Fotografia panorâmica da Sala dos Grupos Terapêuticos	12
FIGURA 3. Fotografia panorâmica da Sala da Terapia Ocupacional	12
FIGURA 4. Genograma do Estudo de Caso - Ben	35
FIGURA 5. Resultados iniciais do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ben.....	40
FIGURA 6. Comparação dos resultados do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ben...55	
FIGURA 7. Genograma do Estudo de Caso - Ten	58
FIGURA 8. Resultados iniciais do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ten.....	62
FIGURA 9. Resultados iniciais do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – Ten	63
FIGURA 10. Comparação dos resultados do Teste de Cópia de Figuras Complexas – Ten....	77
FIGURA 11. Comparação dos resultados do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – Ten	78

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. Calendarização de Estágio	11
TABELA 2. Horário de Estágio	12
TABELA 3. Descrição das Intervenções Individuais.....	15
TABELA 4. Descrição da Intervenção Individual I.....	18
TABELA 5. Descrição dos Grupos Acompanhados	19
TABELA 6. Objetivos Terapêuticos dos Grupos.....	20
TABELA 7. Itens de Avaliação do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky ..25	
TABELA 8. Categorização do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky	26
TABELA 9. Dimensões do SDQ-Por.....	27
TABELA 10. Resultados iniciais do DAP - Ben.....	39
TABELA 11. Perfil Intra-Individual - Ben	46
TABELA 12. Objetivos Terapêuticos - Ben	47
TABELA 13. Etapas da Intervenção - Ben	52
TABELA 14. Comparação dos resultados do DAP - Ben.....	54
TABELA 15. Resultados iniciais do DAP - Ten	62
TABELA 16. Resultados iniciais do SDQ-Por - Ten	64
TABELA 17. Perfil Intra-Individual - Ten.....	69
TABELA 18. Objetivos Terapêuticos - Ten.....	70
TABELA 19. Etapas da Intervenção - Ten.....	74
TABELA 20. Comparação dos resultados do DAP - Ten	75
TABELA 21. Comparação dos resultados do SDQ-Por - Ten	79ORI

CAPÍTULO I

1 – INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem-estar e conforto, em que o indivíduo utiliza as suas capacidades para gerir situações de tensão e conflitos adequadamente, enfatizando a existência de contributo positivo para a sociedade (WHO, 2004). As investigações apresentadas pelo Ministério da Saúde (2007) sobre a saúde mental dos indivíduos demonstram uma preocupação sobre a existência de terapias direcionadas para as perturbações mentais, ao nível da reabilitação psíquica e social, associadas ao desenvolvimento das competências sociais, da dinâmica familiar e da integração social.

Deste modo, Monteiro (2014^a) considera fundamental a integração de terapeutas nas equipas de saúde mental e psiquiatria, com competências direcionadas para a intervenção do domínio emocional e comportamental. Corroborando a intervenção psicomotora, no âmbito clínico e terapêutico, que segue uma abordagem baseada na componente relacional e psicoafectiva (Costa, 2008; Vidigal, 2005). Em psiquiatria incluem-se as técnicas expressivas e os métodos de relaxação, com adaptações às especificidades de cada sujeito (Maximiano, 2004).

O presente Relatório de Estágio visa a descrição das experiências vivenciadas e adquiridas durante o Estágio Curricular, enquadrado no Mestrado em Psicomotricidade, que decorreu na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, integrado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora. Este Relatório inclui como objetivos a contextualização e enquadramento da prática psicomotora num serviço de Saúde Mental, investigação e descrição dos casos encaminhados para a Psicomotricidade, análise e contextualização da intervenção psicomotora e investigação dos resultados de uma intervenção psicomotora em dois Estudos de Casos individuais com experimentação individual, que se enquadram na perturbação de personalidade borderline e perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

A consecução dos objetivos decorreu através da revisão e fundamentação das etapas da intervenção psicomotora no contexto institucional em que decorreu o Estágio, juntamente com a investigação dos seus resultados através dos instrumentos de avaliação utilizados, correspondendo à Grelha de Observação Psicomotora (adaptada), ao Draw a

Person (DAP), ao Teste de Cópia de Figuras Complexas, ao Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky e ao Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por).

Os Estudos de Caso compreendem a identificação dos casos, incluindo a informação anamnésica e o motivo de encaminhamento para a Psicomotricidade, bem como os resultados da avaliação inicial, permitindo a identificação dos elementos critério. O delineamento do projeto pedagógico-terapêutico estabeleceu-se com as hipóteses explicativas, visando relacionar teoricamente as diversas informações recolhidas.

O primeiro caso incluiu a investigação da intervenção psicomotora em contexto individual e em grupo, enquadrado na perturbação de personalidade borderline. Esta perturbação compreende as dificuldades escolares, ao nível das aprendizagens ou da adaptação (Vidigal, 2005), a instabilidade emocional e comportamental, as dificuldades no controlo emocional e da frustração e, a ansiedade de separação, revelando-se através da falta de autonomia, a depreciação da própria imagem, a fragilidade da identidade (Coimbra de Matos, 2002; Strecht, 2003; Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004; Vidigal, 2005; Afonso, 2015), a insatisfação por regras e limites (Strecht, 2003) e as dificuldades na capacidade de simbolização e pensamento (Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004). A intervenção psicomotora justifica-se pela indicação de Houzel, Emmanuelli e Moggio (2004) de terapias em contexto individual e de grupo para crianças com personalidade borderline. Quando estas são orientadas para as experiências promovem a regulação emocional, a resistência à frustração, o controlo dos impulsos, as competências sociais e a autoestima através da consciencialização das vivências (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010).

A intervenção psicomotora do segundo caso decorreu em contexto individual, relacionado com a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). A perturbação caracteriza-se por excesso de atividade, ao evidenciar uma desorganização e desajustamento em determinados contextos, alterações na capacidade de atenção e no controlo dos impulsos (Lopes, 2000; Vidigal, 2005; Marques, & Cepêda, 2009; Costa, & Fernandes, 2012; Barrias, 2014; Costa, 2017) e irritabilidade (APA, 2014), com repercussões no domínio relacional (Lopes, 2000; Barrias, 2014). A Psicomotricidade é indicada para a intervenção na PHDA (Berger, 2001; Marcelli, 2005; Silva, & Santos, 2014), recomendando-se a terapia individual para crianças que apresentam desorganização motora e dificuldades em mentalizar e representar as suas ações (Berger,

2001), ao incidir sobre as práticas parentais e o desenvolvimento de capacidades sociais e adaptativas (Moreira, & Melo, 2005; Costa, 2017).

O Relatório de Estágio contextualiza a aplicação da metodologia descrita sobre a prática psicomotora, durante o Estágio Curricular, permitindo identificar os resultados associados à intervenção psicomotora e justificar a pertinência da Psicomotricidade no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, em contexto hospitalar.

Em suma, o Relatório organiza-se com um primeiro capítulo que inclui um enquadramento teórico da prática profissional em Saúde Mental mediante a descrição da metodologia e etapas de intervenção, dos instrumentos de avaliação, bem como das atividades desenvolvidas durante o Estágio. Seguido do segundo capítulo que compreende a revisão teórica de suporte aos Estudos de Caso e a respetiva análise e discussão. Para terminar descrevem-se as conclusões obtidas através das vivências teóricas e práticas adquiridas durante o percurso de Estágio.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1 – PSICOMOTRICIDADE

A evolução do conceito de psicomotricidade relaciona-se com o significado que o corpo adquiriu ao longo do tempo, começando por Aristóteles ao enfatizar a importância do espírito em relação ao corpo (Fonseca, 2010^a). Fonseca (2005) refere que a Pedagogia e a Psicomotricidade surgiram simultaneamente nos centros de reeducação em França, durante o período após a guerra e ocupação nazi. A contribuição de Pick, Vayer, Aucouturier e Lapierre foram cruciais na evolução da psicomotricidade, devido à compreensão da motricidade em conjunto com a afetividade e a cognição.

A Psicomotricidade, dirigida para crianças, surgiu através das ideias de vários autores, entre eles destacam-se Wallon, Ajourriaguerra, Berges e Stambak, incluídas na Pedagogia, Psicologia e Psiquiatria, fundamentada sob a perspetiva psicanalítica da díade mente-corpo (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010).

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011) descreve no Regulamento do Exercício Profissional da Psicomotricidade que a Psicomotricidade é uma área transdisciplinar por incluir os estudos sobre as relações entre o psiquismo e a motricidade, considerando a complexidade do ser humano (capacidades cognitivas, motoras, sociais e simbólicas).

Esta terapia considera os fundamentos da psicanálise (Fonseca, 2001) que enfatizam a afetividade, através da expressão das memórias, das ideias, dos desejos e dos sentimentos (Bowlby, 1988), e psicoterapia, incluindo as práticas psicossomáticas, de expressão, de relaxação e lúdicas (Fonseca, 2012). Estas práticas consideram o significado do movimento e da expressão motora com base na relação da pessoa com os objetos e com os outros (Fonseca, 2012), e das organizações somáticas, afetivas e cognitivas (Giromini, Albaret, & Scialmom, 2015), incluindo uma visão holística e complexa sobre o indivíduo (Fonseca, 2012; Giromini, Albaret, & Scialmom, 2015). A contribuição de Lapierre e Aucouturier permitiu a mudança de posição do terapeuta, ao nível do conhecimento e da compreensão de cada indivíduo, assim como da adoção de uma atitude mais terapêutica e utilização da atividade espontânea, proporcionando oportunidades de exploração (Costa, 2008).

A intervenção psicomotora decorre através de medição corporal (Maximiano, 2004; Fernandes, 2012), utilizando o corpo enquanto instrumento de estudo e de investimento (Fernandes, 2015), através das vivências corporais (Boscaini, 2012), ao

permitir a sua expressão livre (Vidigal, 2005) e a gestão de conflitos externos e internos (Boscaini, 2012). Estas vivências consideram a expressão dos sonhos e afetos manifestados no corpo (Gatecel, 2009), favorecendo a construção da identidade pessoal (Boscaini, 2012) e a estruturação do funcionamento psíquico (Fernandes, 2012) através da percepção das emoções e pensamentos (Maximiano, 2004).

Na terapia, o Psicomotricista é utilizado como suporte, responsabilizando-se pela promoção do desenvolvimento das competências motoras através da função simbólica (Gatecel, 2009). Enquanto a criança desenvolve através da ação (Aucouturier, 2007), o terapeuta deve atribuir um significado funcional, simbólico e afetivo aos comportamentos e ações (Fernandes, 2015), mediante a utilização da palavra (Maximiano, 2004).

2.2 – SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

A saúde mental corresponde a um estado de bem-estar e conforto, em que o indivíduo utiliza as suas capacidades para gerir situações de tensão e conflitos adequadamente (WHO, 2004), crucial no desenvolvimento da racionalidade (Branco, 2010). A OMS, em conjunto com organizações internacionais, estabeleceu que os princípios dos serviços especializados em saúde mental deveriam permitir o acesso de qualquer indivíduo com esses mesmos problemas, certificando a inclusão de valências e programas que assegurem as suas necessidades com a integração da família e da comunidade (Ministério da Saúde, 2007; Coimbra de Matos, 2012), enquanto os cuidados diferenciados aos indivíduos até aos 18 anos ficam ao encargo dos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Marques, Torrado, Natário, & Proença, 2011; Goldschmidt, Marques, & Xavier, 2018).

As causas determinantes da saúde mental ou perturbação mental relacionam-se com fatores biológicos, psicológicos e ambientais (WHO, 2004; Marques, Torrado, Natário, & Proença, 2011). Dentro das causas individuais existem as competências emocionais, os comportamentos e as relações interpessoais, nas causas relacionadas com o contexto consideram-se as ambientais, culturais e sociais através de situações de negligência, pobreza, uso de substâncias ou conflitos familiares (WHO, 2013). Estas determinantes relacionam-se e interagem, influenciando-se mutuamente (WHO, 2004).

Os estudos permitiram calcular que a prevalência das perturbações emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes corresponde entre 10 e 20% (Marques, &

Cepêda, 2009; Marques, Torrado, Natário, & Proença, 2011), abrangendo 90% dos casos em idades escolares (Marques, & Cepêda, 2009).

As investigações compreendem que as terapias direcionadas para as perturbações mentais deveriam incidir sobre a reabilitação psíquica e social através do desenvolvimento das competências sociais, da dinâmica familiar e da integração social, adotando uma visão multidisciplinar e holística dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2007). Esta perspetiva corrobora com o Decreto Lei de Saúde Mental, nº 36/98, ao descrever que a saúde mental se promove através da recuperação do domínio psíquico, visando o estabelecimento da personalidade e da inclusão social.

O número de primeiras consultas externas nos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Alentejo correspondeu a um total de 419 em 2009 (Marques, Torrado, Natário, & Proenças, 2011), aumentando para 609 em 2013 (Goldschmidt, Marques e Xavier, 2018).

2.3 – PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL

As unidades de saúde mental infantojuvenil devem ter por base o trabalho multidisciplinar (Vidigal, 2005), sendo fundamental a integração de terapeutas, nas equipas de saúde mental e psiquiatria, com competências direcionadas para o domínio emocional e comportamental (Monteiro, 2014^a). Qualquer programa eficaz na área da saúde inclui uma perspetiva global do problema do indivíduo (Coimbra de Matos, 2012).

As práticas psicomotoras diferem nos seus contextos de ação pelo historial e características do indivíduo, pelo local institucional e pelas características pessoais e profissionais do terapeuta (Costa, 2015; Vidigal, 2005). Deste modo, Fernandes (2015) considera que apesar da existência de diferentes práticas, estas não devem seguir uma metodologia rígida e linear, em vez disso, a intervenção deve ser baseada nos diferentes fundamentos teóricos, consoante as características e necessidades da criança, jovem ou paciente com que se irá intervir.

O modelo de saúde e de doença holística tem por base a visão total dos indivíduos e do seu contexto (Lima, & Moreira, 2005; Monteiro, 2014^a), em que o terapeuta promove e cria oportunidades para que estes desenvolvam a sua autonomia no pensamento, nos sentimentos e nos comportamentos (Lima, & Moreira, 2005). Este modelo corrobora a intervenção psicomotora em pedopsiquiatria através da ênfase sobre o desenvolvimento das capacidades da criança e dos adolescentes, visando a sua adaptação na sociedade

(Costa, 2008), sendo fulcral a relação estabelecida entre o terapeuta e o indivíduo (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010) para que este expresse as emoções na sua plenitude (Maximiano, 2004).

2.3.1 – METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

Na prática psicomotora em contexto clínico destacam-se as problemáticas a nível psíquico e motor, enfatizando-se a importância entre os movimentos e pensamentos sob uma perspectiva neuro-funcional (Fonseca, 2010^b). As crianças e os jovens adotam uma atitude ativa durante a intervenção através da criação de oportunidades para manifestarem os seus desejos, intenções e vontades, assim como do estabelecimento de uma relação com o Psicomotricista (Costa, 2008).

A terapia psicomotora direcionada para crianças tem por base as experiências corporais através de **métodos de relaxação, expressividade, criatividade e consciência corporal, considerando como primordial a utilização do jogo**, favorecendo o processo terapêutico e permitindo o desenvolvimento psicossocial. Os princípios gerais desta intervenção são a aceitação corporal, a participação nas atividades, a auto percepção, o autocontrole, o desempenho motor e a interação com os pares (Emck, & Bosscher, 2010), pressupondo o desenvolvimento da imagem do corpo e personalidade (Branco, 2010). Durante o estágio a metodologia de intervenção utilizada incluiu os métodos de relaxação e o jogo espontâneo.

A **relaxação**, inclui uma variedade de métodos, visando a regulação das funções fisiológicas e psicológicas do indivíduo, considerando-se uma técnica psicocorporal que promove a organização tónica com influência sobre o estado de consciência (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015). Esta técnica possibilita a unificação e liberdade do sujeito, diminuindo os estados de tensão e conflitos existentes (Costa, 2008). O método de mindfulness ou atenção plena relaciona-se com a observação consciente dos pensamentos e das emoções para que o indivíduo consiga transpor essas experiências para o seu quotidiano. Quando a intervenção é dirigida para crianças considera a consciência corporal, incluindo a percepção e representação do corpo (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015). Enquanto o método de Schultz tem por base a descontração fisiológica, possibilitando o relaxamento mental (Costa, 2008).

O **jogo espontâneo** permite que a criança adquira competências sensoriais, psicocorporais e cognitivas, enquanto desenvolve capacidades de regulação emocional

(Heurre, 2001; Giromini, Albaret, & Scialom, 2015) e social (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015). O jogo incluiu-se na vida do bebé desde a sua vida no útero (Fernandes, Filho, & Rezende, 2015). A sua utilização permite que a criança diminua as inibições (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015), sendo que a criatividade possibilita a descoberta de si e do outro (Potel, 2009), associada à exploração sem repressões (Neto, 2007) com a manifestação das suas pulsões e fantasmas (Heurre, 2001), incluídas na vida real da criança (Miljkovitch, 2004).

2.4 – CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) apesar dos diversos testemunhos considera-se que foi construído no ano de 1945 (Leal, 1996). No final do século XV começou a ser estabelecida importância aos doze hospitais existentes na cidade, uma vez que lhe foram atribuídos administradores por D. Afonso V (Leal, 1996; Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018). A união das rendas dos hospitais decorreu a pedido de D. João II, sendo mais tarde criado por D. Manuel com a denominação de Hospital Real do Espírito Santo (Leal, 1996). Este após a administração dos Cónegos de São João Evangelistas até 1567 ficou a cargo da Santa Casa da Misericórdia de Évora durante 409 anos (Leal, 1996). Em 1975, o HESE ficou ao encargo do Estado, verificando-se a construção de um novo edifício, o aumento dos serviços e das especialidades disponíveis, a melhoria da qualidade e avanço tecnológico e do número de técnicos (Leal, 1996; Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018).

A denominação do hospital sofreu alterações desde Hospital Real do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia, Hospital Distrital de Évora e Hospital do Espírito Santo como é atualmente denominado, sendo considerado uma Entidade Pública Empresarial classificado como Hospital Central (Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018).

O HESE está inserido na rede de Serviço Nacional de Saúde do Alentejo, visando não só a prestação de cuidados de saúde diferenciados como o desenvolvimento profissional dos funcionários. Os valores primordiais que regem esta instituição são o respeito pelos direitos dos cidadãos, a qualidade do funcionamento (técnico, ambiental e de gestão), a ética e o trabalho em equipa (Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018).

Entre 1945 e 1963 a Assistência em Saúde Mental decorria através de serviços móveis que se deslocavam até às zonas periféricas, com maior densidade populacional, para realizar consultas. Aquando a publicação da Lei da Saúde Mental, 1978, criou-se o

Centro de Saúde Mental de Évora, sendo extinto, nos anos 90, após reaparecer o ideal de contrariar a Psiquiatria Social e de ser divulgada uma nova Lei (Sousa, 1996).

Por essa razão segundo Sousa (1996) o serviço passou a integrar o hospital sendo denominado de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), fundado em 1992 e sendo atualmente uma das especialidades do HESE (Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018). Este departamento tem a responsabilidade de atuar sob as várias formas de prevenção (primária, secundária e terciária) no âmbito da saúde mental em todo o Alentejo Central. Os serviços em destaque que o constituem são o de Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço Social, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Internamento. Relativamente aos recursos humanos, este departamento é constituído por uma equipa multidisciplinar como demonstra a Figura 1 (Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018).

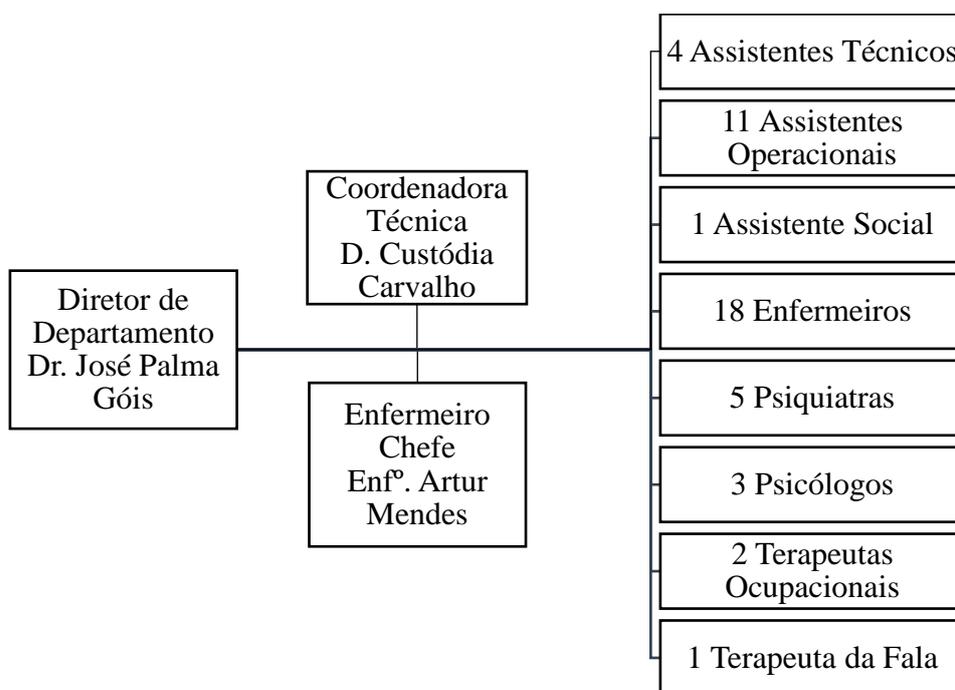


Figura 1. Organograma do DPSM do HES

O Estágio Curricular foi desenvolvido na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência localizado no 2.º piso do HESE. Este serviço de ambulatório integra uma equipa multidisciplinar incidindo sobre a Psicologia, a Terapia Ocupacional, a Educação, a Enfermagem, a Terapia da Fala e o Serviço Social (Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018). Os recursos materiais disponíveis são um guiché de atendimento (receção), duas salas de espera (uma destinada a adultos e outra para as crianças e acompanhantes), um gabinete polivalente (sala de reuniões), dezasseis gabinetes designados para cada

especialidade do serviço e o edifício dos Grupos Terapêuticos (com um escritório e duas salas terapêuticas).

A equipa tem como responsabilidade realizar a triagem de casos clínicos iniciando-se com o acolhimento dos utentes, que chegam ao DPSM através de pedidos ou encaminhamentos para marcação de consultas e seguida pela discussão dos casos clínicos na reunião de equipa de cariz semanal. As reuniões servem para determinar o respetivo encaminhamento no serviço e área de atuação mais adequada para cada caso (Hospital Espírito Santo E.P.E., 2018).

3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

3.1 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

3.1.1 – CALENDARIZAÇÃO E HORÁRIO

O Estágio Curricular decorreu na Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental Infantil durante 6 meses, entre janeiro e julho de 2018, estabelecendo-se um planeamento com os objetivos mensais (ver Tabela 1).

Tabela 1. Calendarização de Estágio

Tarefa	Mês						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
1ª Fase							
Estágio Curricular							
Seleção dos Estudos de Caso							
Intervenção Psicomotora (Individual e Grupos Terapêuticos)							
2ª Fase							
Avaliação Inicial							
Elaboração do Projeto Terapêutico							
Intervenção Psicomotora							
Avaliação Final							
Interpretação dos Resultados							

O Horário de Estágio (ver Tabela 2) foi estabelecido com base na organização do serviço, nomeadamente do funcionamento dos Grupos Terapêuticos, orientados pelas Educadoras, e das Reuniões de Equipa. No seguimento organizaram-se as intervenções em contexto individual encaminhadas para a Psicomotricidade, estas sessões realizaram-se mediante a disponibilidade das salas, decorrendo com maior frequência na sala dos grupos terapêuticos (ver Figura 2) e da terapia ocupacional (ver Figura 3). Os horários e

os casos acompanhados individualmente foram sofrendo alterações, associados ao abandono dos serviços prestados pelo serviço, a situações de mudança de residência, a encaminhamentos para outras terapias e à disponibilidade dos espaços.

Tabela 2. Horário de Estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9h30 – 12h30	Manhã livre	Grupo 1 e 2	Reunião de Equipa	Observação de Consultas de Psicologia	Observação do grupo terapêutico
12h30 – 14h00	Pausa	Pausa	Pausa	Pausa	Pausa
14h00 – 14h30		Grupo 1 e 2			
14h30 – 15h00	Estudo de Caso – Tem	Estudo de Caso - Ben	Observação quinzenal do grupo terapêutico	Grupo 3	Observação quinzenal do grupo de adolescentes
15h00 – 15h30					
15h30 – 16h00					
16h00 – 16h30	Intervenção individual I				
16h30 – 17h00					



Figura 2. Fotografia panorâmica da Sala dos Grupos Terapêuticos



Figura 3. Fotografia panorâmica da Sala da Terapia Ocupacional

No geral, as atividades desenvolvidas durante o Estágio decorreram com base na descrição apresentada no Horário. Deste modo o trabalho desenvolvido incluiu:

- Integração das Reuniões de Equipa, com todos os técnicos da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Psicólogos, Psiquiatra, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Educadoras e Estagiárias de Psicologia), envolvendo a exposição dos acolhimentos realizados por um dos técnicos, seguida de discussão e encaminhamento para a especialidade adequada ao caso. Durante a pausa dos Grupos Terapêuticos nos últimos dois meses de estágio, a Psicomotricista realizou 6 acolhimentos no serviço. Esta atividade compreendeu a realização de entrevistas familiares em casos com idades compreendidas desde a infância à adolescência, com apresentação e discussão na Reunião. Durante o estágio foram realizadas três exposições teóricas pelas estagiárias de Psicologia;
- Participação ativa nos Grupos Terapêuticos existentes no serviço, com as Educadoras, a Psicóloga, a Terapeuta Ocupacional e a Terapeuta da fala. Estes grupos são formados de acordo com a idade e as características e problemáticas das crianças. O envolvimento nos grupos incluiu a realização de uma reunião quinzenal com os técnicos que os integram, visando a partilha de informações relevantes sobre cada caso.
- Observação das primeiras consultas da especialidade de Psicologia realizadas pelo Orientador Local;
- Intervenção dos casos encaminhados para a Psicomotricidade, em contexto individual;
- Intervenção psicomotora com os Grupos Terapêuticos existentes no serviço, durante as sessões orientados pelas Educadoras.

3.1.2 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO INDIVIDUAL

A intervenção psicomotora em contexto individual incluiu encaminhamentos de diferentes especialidades do DPSM, nomeadamente da Psicologia, das Educadoras responsáveis pelos Grupos Terapêuticos e da Psiquiatria, compreendendo casos desde a infância à adolescência com problemáticas variadas.

Determinados casos acompanhados individualmente em Psicomotricidade, durante o Estágio, incluíram uma intervenção com um número reduzido de sessões. Esta

situação relacionou-se com diversos motivos, de modo que a Tabela 4 contextualiza e analisa cada um desses casos, incluindo a identificação, a apresentação dos resultados, através da aplicação de instrumentos de avaliação, e do motivo de interrupção da terapia.

Tabela 3. Descrição das Intervenções Individuais

Identificação	Avaliação Inicial	Motivo da Interrupção
<p>Género: Masculino; Idade: 4 anos e 11 meses; Motivo: Falta de atenção e concentração, hiperatividade, impulsividade e birras; Nº de sessões: 1.</p>	<p>A avaliação decorreu através da anamnese com a mãe da criança e a técnica de apoio pedagógico da casa abrigo em que reside com a mãe desde os 4 anos e 7 meses. Na história familiar destaca-se a separação dos pais associado à violência doméstica pelo pai. No período pré e pós-parto destacou-se os 3 internamentos da mãe durante a gravidez, associados à ansiedade vivida durante este período e ao atraso do desenvolvimento do bebé. Apesar do termo da gravidez ter decorrido às 35 semanas, a criança nasceu com 3,150 kg e um Índice de Apgar de 9/10. A mãe descreveu a criança como um bebé agitado e irritável, com dificuldades ao nível da alimentação, na adaptação aos alimentos sólidos, e na higiene do sono. Segundo a mãe, a habitação na casa abrigo alterou o nível de autonomia e os comportamentos desajustados, uma vez que aumentou a frequência e a intensidade das birras para impor a sua vontade e revela muita dependência da figura materna, na alimentação e para se vestir. As competências sociais da criança foram caracterizadas, segundo a mãe e técnica de apoio pedagógico, pelas dificuldades na comunicação e pelos comportamentos agressivos com os pares. A observação psicomotora caracterizou-se pela agitação, a birra, manifestada pelo choro e chamadas de atenção, uma dependência da mãe e a comunicação verbal imatura.</p>	<p>Após ter sido estabelecido contacto, um dos técnicos da casa abrigo referiu que a criança e a mãe voltaram para a cidade onde residiam com o pai da criança.</p>
<p>Género: Feminino; Idade: 3 anos e 5 meses; Motivo: Atraso do desenvolvimento psicomotor Nº de sessões: 1</p>	<p>A avaliação decorreu através dos parâmetros do Currículo Carolina para bebés e crianças pequenas com necessidades especiais. No desenvolvimento pessoal-social observou-se, ao nível da autorregulação e responsabilidade, que a criança não tem noção dos perigos, uma vez que a Psicomotricista teve que segurar enquanto andava de baloiço. Nas competências interpessoais os pais relataram que está integrada entre os pares e que estes a ajudam nas tarefas. Sobre o autoconceito verificou-se que não adequa as atividades consoantes as suas capacidades. Na higiene destacou-se que não existe o controlo dos esfíncteres noturnos e a incapacidade em controlar a saliva, pelo que ainda utiliza babete, sendo necessário lembrar que deve limpar a boca. No domínio cognitivo contactou-se que distingue mais de 4 cores, através da nomeação e identificação, constrói torres com</p>	<p>A criança era acompanhada em Psicomotricidade no setor privado, por esse motivo considerou-se fundamental complementar a intervenção com terapia ocupacional.</p>

blocos e emparelha os círculos de diferentes cores e tamanhos, no entanto apresentou dificuldades em permanecer nas atividades de maior exigência, desistindo das mesmas. Na noção do corpo a criança identificou as partes do corpo em si mesma e na Psicomotricista, reconhecendo a sua imagem no espelho. Por último, no desenvolvimento da motricidade global constataram-se dificuldades ao nível da postura e locomoção, uma vez que não sobe nem desce escadas da forma que seria de esperar para a sua faixa etária, e equilíbrio através da observação de oscilações gravitacionais acentuadas.

Género: Feminino;
Idade: 17 anos;
Motivo: Internamento psiquiátrico por ideação suicida, comportamento agressivos e impulsividade
Nº de sessões: 5.

A avaliação decorreu através da anamnese com a Psicóloga responsável da casa de acolhimento, do SDQ-Por, do Teste de Cópia de Figuras Complexas e da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca. Estes instrumentos e a observação psicomotora comprovaram a existência de problemas de comportamento, dificuldades com os pares, baixa autoestima, dificuldade em memorizar e identificar detalhes, falta de interesse nas atividades quotidianas, a hipertonia generalizada e as dificuldades no equilíbrio. No geral, a história pessoal caracterizou-se pela institucionalização entre os 2 e os 5 anos, devido ao abandono da mãe e dificuldades nos cuidados prestados pelo pai, seguida da residência com os tios até aos 7 anos. Entre os 7 e os 14 anos residiu com a mãe, marcada pela violência doméstica do padrasto com a mãe. Desde os 14 anos até ao início da intervenção alterou a sua residência entre os centros de acolhimento e a habitação com a mãe, destacando-se dois episódios de internamento psiquiátrico compulsivo aos 15 e aos 17 anos, associados a ideação suicida e comportamentos agressivos. Deste modo no início do acompanhamento os elementos critério definidos caracterizavam-se pela ideação suicida, através da desvalorização pessoal acentuada e desinvestimento, pelos estados ansiosos e os sintomas depressivos. A intervenção psicomotora decorreu durante 2 sessões, sustentada em métodos de relaxação.

Durante a intervenção ocorrem situações de conflito com colegas da casa de acolhimento, sendo esta uma habitação provisória, foi colocada noutra instituição.

Por último, descreve-se a intervenção do acompanhamento (ver Tabela 4), identificado no Horário apresentado como Intervenção Individual I. Esta intervenção envolveu todas as etapas da intervenção, decorrendo durante 4 meses, entre abril e julho de 2018, com sessões semanais na sala dos grupos terapêuticos.

Tabela 4. Descrição da Intervenção Individual I

Identificação	<p>Género: Masculino; Idade: 5 anos e 5 meses; Frequenta a pré-escola; Motivo de encaminhamento para o serviço: dificuldades de atenção, inquietação, birras frequentes, impulsividade.</p>
Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Dados anamnésicos: A criança reside com os pais e irmã (7 anos), em que os pais referiram adotar um estilo educativo permissivo, enfatizando que ele não sabe lidar com a frustração. O desenvolvimento caracterizou-se por uma gravidez e um parto sem complicações, marcado pela aquisição da marcha aos 11 meses e por dificuldades na alimentação até aos 4 meses, enquanto no domínio da comunicação os pais destacaram a sua infantilidade. O controlo dos esfíncteres noturnos e diurnos foram adquiridos aos 3 anos. As características mencionadas, pelos pais, para descrever a criança incluíram a hiperatividade, infantilidade, impulsividade, teimosia, timidez e o ciúme; - DAP: A classificação total do teste correspondeu a valores médios, correspondendo a um desempenho adequado para a faixa etária. Neste instrumento destacou-se a cotação mais elevada no desenho do próprio, sendo observado um maior investimento e cuidado; - Teste de Proficiência Motora: O desempenho demonstrado no teste foi categorizado como médio, adequando-se à faixa etária da criança. As áreas em que obteve uma cotação mais baixa compreendeu a precisão motora fina, destreza manual, força e agilidade, coordenação dos membros superiores e força; - Teste de Cópia de Figuras Complexas: A avaliação quantitativa obtida correspondeu a um percentil de 30 e 60 na reprodução de cópia e de memória, respetivamente. Associado a estes resultados observou-se desinteresse, falta de atenção e concentração, intolerância à frustração e desistência da tarefa. - SDQ-Por: No geral os parâmetros avaliados foram classificados como normais, excetuando os problemas com os pares e de comportamento em que obteve uma categorização <i>borderline</i>.
Intervenção	<p>Os objetivos terapêuticos delineados para a intervenção incidiram sobre as competências cognitivas (criatividade e imaginação), a autoestima, a regulação emocional, a coordenação motora e a expressão verbal. Estes objetivos foram promovidos através da utilização do jogo espontâneo, sustentado na relação terapêutica e na metodologia semiestruturada. A progressão terapêutica decorreu através da observação psicomotora, uma vez que os instrumentos de avaliação não foram replicados. Esta caracterizou-se pela maior resistência à frustração e reconhecimento das regras e limites existentes, uma vez que a criança diminuiu a frequência de birras e os comportamentos de imposição das suas ideias. Para além disso verificou-se uma diminuição das chamadas de atenção através dos comportamentos desajustados, relacionando-se com a capacidade de regulação emocional e com a autoestima.</p>

3.1.3 – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO DE GRUPO

A intervenção psicomotora em contexto de grupo integrou-se nas sessões dos Grupos Terapêuticos, decorrendo através da dinamização de atividades psicomotoras baseada nos métodos de relaxação. A descrição dos grupos (ver Tabela 5) é estabelecida através da identificação de cada grupo e da respetiva observação psicomotora.

Tabela 5. Descrição dos Grupos Acompanhados

Identificação do Grupo	Observação Psicomotora
Grupo 1	
O grupo 1 é constituído por 7 elementos, com idades compreendidas entres os 7 e os 10 anos. Este grupo tem sessões desde as 9h30 e as 16h30.	Com base na observação, das sessões do grupo, e informação recolhida destacou-se a predominância, na maioria dos elementos, de estados ansiosos e da presença de dificuldades na autorregulação e tonicidade. Para além destes, existem outros comportamentos evidenciados por alguns dos elementos, como a intolerância à frustração, a agitação, a impulsividade, a falta de iniciativa, a inibição e as dificuldades ao nível da atenção e concentração.
Grupo 2	
O grupo 2 é composto por 5 elementos, 2 dos quais são do género masculino, desde os 6 até aos 8 anos. As sessões deste grupo decorrem semanalmente entre as 9h30 e as 16h30.	No geral, a observação psicomotora deste grupo caracterizou-se por dificuldades na fala e nas aprendizagens escolares, baixa autoestima, agitação psicomotora e estados ansiosos. Destacou-se ainda as individualidades nos comportamentos das crianças, em que existem elementos com dificuldades em controlar a frustração e querem impor as suas vontades, enquanto outros revelam uma atitude inibida e submissa.
Grupo 3	
O grupo 3 é formado por 10 crianças, com idades compreendidas entre os 12 e os 13 anos. Estas sessões decorrem semanalmente entre as 12h30 e as 16h30.	A observação psicomotora permitiu identificar uma heterogeneidade das dificuldades e capacidades manifestadas neste grupo, contudo existe uma prevalência das dificuldades no relacionamento com os pares. No entanto, destacou-se ainda a presença de estados ansiosos e de inibição, face à impulsividade e agitação psicomotora manifestada por outros elementos.

De acordo com a observação psicomotora e o conhecimento do trabalho desenvolvido pelas Educadoras, em cada um dos grupos mencionados, delinear-se os objetivos terapêuticos (ver Tabela 6), consoante as necessidades e especificidades evidenciadas em cada um.

Tabela 6. Objetivos Terapêuticos dos Grupos

Grupo	Objetivos Terapêuticos
1	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Adequar a tonicidade (estado tónico, relaxação muscular)
	Promover a regulação emocional (consciência dos estados emocionais e das alterações fisiológicas)
	Promover as competências cognitivas (criatividade e espontaneidade)
	Estimular a expressividade
	Aumentar as competências de interação social (cooperação e partilha de opiniões)
2	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Promover a regulação emocional (consciência dos estados emocionais e das alterações fisiológicas)
	Aumentar as competências de interação social (cooperação e partilha de opiniões)
3	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Promover a regulação emocional (consciência dos estados emocionais e das alterações fisiológicas)
	Promover a autoestima (valorização pessoal)
	Aumentar as competências de interação social (cooperação, partilha de opiniões e integração no grupo)

3.2 – ETAPAS DE INTERVENÇÃO

A elaboração do projeto terapêutico tem como objetivo definir uma intervenção específica para cada caso, visando a diminuição dos sintomas e a adaptação do sujeito (Albaret, 1991 cit. in Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015). O estabelecimento das estratégias e dos objetivos (Maximiano, 2004) permite uma melhor planificação e progressão da intervenção (Fonseca, 2007). Este processo decorre por meio de várias etapas em momentos distintos.

A intervenção deve começar por uma fase destinada à recolha de informação sobre a criança, incluindo o conhecimento do motivo de encaminhamento para a área, com os pais ou prestadores de cuidados e a criança, por esse motivo o técnico deve estar disponível para ouvir os relatos da família, não sendo aconselhado a fazer intervenções para não influenciar o discurso espontâneo dos intervenientes (Freitas, & Malpique, 2014; Costa, 2008), seguindo-se a avaliação à criança recorrendo a instrumentos e à observação do jogo psicomotor espontâneo.

O diagnóstico em Psicomotricidade estabelece-se através de métodos objetivos e subjetivos para compreender o problema (Boscaini, 2012) correspondendo a entrevistas, a observações e a testes (Albaret, 1991 cit. in Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015). A compreensão dos sintomas tem por base uma perspetiva psicodinâmica uma vez que se relaciona com a expressão de um problema relacional, desenvolvimental ou simbólico entre a criança e o ambiente (Malpique, & Freitas, 2014) que se forma essencialmente através das emoções vivenciadas com os pais (Salgueiro, 1996).

Para terminar o projeto terapêutico deve ser realizada uma reunião com todos os profissionais que intervêm com a criança com objetivo de se determinar os objetivos e intervenção mais adequada incluindo a opinião dos pais neste processo (Costa, 2008).

A intervenção para além dos métodos específicos concordantes com as características da perturbação diagnosticada deve seguir os princípios gerais da aprendizagem correspondendo às estratégias de orientação dos comportamentos motores, aos processos de imitação e ao reforço positivo (Albaret, 1991 cit. in Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015). Contudo é fundamental considerar as características individuais da criança, seguindo uma visão holística (Pires, & Monteiro, 2005; Monteiro, 2014^a) e da família (Silva, 2014). Por este motivo sustenta-se na motivação de cada criança para permitir o aumento da autoestima através da consciência das suas competências (Costa, 2017).

Por último é efetuada uma reavaliação da intervenção e do projeto terapêutico através da aplicação dos instrumentos utilizados na primeira fase em que Fonseca (2007) e Albaret (1991 cit. in Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015) referem permitir reconhecer a qualidade da intervenção ou a necessidade de fazer reajustes, tendo sempre em consideração as necessidades e características específicas da criança.

3.3 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

3.3.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)

A grelha de observação psicomotora (ver Anexo A) foi estabelecida pela terapeuta através da análise dos domínios e áreas considerados pertinentes em saúde mental infantil incluindo como parâmetros a expressão motora, a orientação espaciotemporal, a relação com os objetos, as competências sociais e emocionais, o pensamento e linguagem e a atenção.

A observação da expressividade motora permite conhecer o desenvolvimento e maturação da criança uma vez que reflete as suas competências motoras, afetivas e cognitivas. Essa expressividade pode ser analisada através da observação do domínio neuro-motor, afetivo e cognitivo durante o jogo espontâneo (Sánchez, & Martínez, 2000) a fim de orientar a elaboração dos objetivos terapêuticos (Sánchez, & Martínez, 2000; Probst, 2017). Os gestos, a postura e os movimentos permitem o conhecer o estado de consciência, os estados emocionais e a forma como o indivíduo se relaciona com o meio envolvente (Scharfetter, 2002). Com a observação do tónus verifica-se o conhecimento da vida instintiva e afetiva dos indivíduos devido à influência sobre a relação e comunicação em que a qualidade do tónus se relaciona com o estado de tensão muscular observado (Sánchez, & Martínez, 2000).

Relativamente à orientação espaciotemporal investiga-se a relação entre as vivências do Eu, dado que a existência de continuidade e sequência permite construir a identidade e a intencionalidade das ações com manifestações no discurso do indivíduo (Scharfetter, 2002).

O parâmetro da relação com os objetos reflete a maturidade da criança uma vez que a observação do conhecimento sobre os objetos, considerando as qualidades perceptivas (cor, o tamanho e a forma), e do tipo de utilização individual e para se relacionar com os outros permite conhecer o seu desenvolvimento (Sánchez, & Martínez, 2000).

As relações interpessoais desempenham um papel fundamental sobre o desenvolvimento humano em que muitos dos problemas do comportamento podem estar relacionados com as vivências corporais (Sánchez, & Martínez, 2000). Este domínio irá incluir a observação da atitude perante os outros através da comunicação verbal e não-verbal, dos tipos de jogo (Sánchez, & Martínez, 2000), da regulação emocional e o cumprimento de regras (Probst, 2017) e da afetividade pela representação do estado de humor refletindo o sentimento do próprio ou em relação aos outros (Scharfetter, 2002).

O pensamento e a linguagem encontram-se no mesmo parâmetro uma vez que Scharfetter (2002) refere que enquanto o primeiro se relaciona com a capacidade para organizar as realidades existentes, a linguagem representa a expressão do pensamento. Durante a observação do diálogo e comportamento considera-se a situação envolvente uma vez que contextualiza o conteúdo, as ligações, a objetividade e a forma do pensamento e da linguagem (Scharfetter, 2002).

O último parâmetro relaciona-se com a descrição da observação da atenção e concentração para conhecer a capacidade da criança ao nível da apreensão das informações do meio ambiente e da perceção de si mesma. Esta pode ser influenciada por diferentes determinantes internas e externas como o estado de consciência ou o contexto (Scharfetter, 2002).

3.3.2 – DRAW A PERSON

O instrumento de avaliação Draw a Person (DAP) surgiu após a revisão de Harris, em 1963, do Draw a Man Test de Goodenough, em que para além do desenho do homem, acrescentou o desenho da mulher e do próprio, englobando uma maior faixa etária no grupo normativo. Esta alteração relacionou-se com a necessidade de criar um instrumento modernizado com uma pontuação objetiva, eficiente e com maior fiabilidade na avaliação do desenho da figura humana das crianças e adolescentes (Naglieri, 1988).

O objetivo do DAP é a obtenção de uma estimativa do nível de desenvolvimento cognitivo, com pouca influência da capacidade verbal sobre o desenho das figuras humanas. Os resultados apresentados nos estudos de Jesen, em 1980, permitem perceber que os resultados obtidos na prova não estão dependentes da coordenação motora, especialmente no domínio da motricidade fina, nem da qualidade do desenho. No entanto, como a maioria dos instrumentos, deve ser utilizado em conjunto com outros, permitindo a obtenção de um perfil mais completo (Naglieri, 1988).

Este instrumento está validado para as crianças da população Americana com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos. Neste instrumento é solicitada a realização de três desenhos, nomeadamente do Homem, da Mulher e do Próprio, num tempo máximo de cinco minutos em cada uma das provas. A cotação destes é realizada através da consideração de quatro categorias (presença, detalhe, proporção e bónus) para cada um dos parâmetros ou características específicas do desenho, em que cada categoria faz corresponder um ponto ao resultado final. Desta forma, o número de itens corresponde a 64 que representa o score máximo para cada desenho e de 192 no score total (Naglieri, 1988).

Primeiramente obtém-se os valores brutos para cada um dos desenhos e um score total que serão convertidos em valores standard e em percentil através da consulta das tabelas normativas, classificando-se como muito superior, superior, superior à média, na média, inferior à média, no limite ou deficiente. Contudo esta classificação deve ser utilizada para perceber o desempenho da criança durante a realização dos desenhos e não como uma forma de diagnóstico válido (Naglieri, 1988).

Apesar do instrumento não estar validado para a população portuguesa, a sua aplicação contribui para a análise dos casos através uma avaliação quantitativa (comparação dos resultados obtidos numa fase inicial e final da intervenção) e qualitativa (observação do desenvolvimento psicomotor, da atenção e do empenho).

3.3.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

O Teste de Cópia de Figuras Complexas foi desenvolvido por Rey, em 1942, compreendendo a cópia e a reprodução de uma figura com elementos geométricos com complexidade para exigir competências analíticas e de organização sem significado aparente. Sendo aferida e adaptada para a população portuguesa por Rocha e Coelho (Rey, 2002).

A prova diferencia-se pela utilização da figura consoante a idade do indivíduo, existindo a figura A utilizada em crianças a partir dos 7 anos, e a figura B que compreende idades entre os 4 e os 7 anos (Rey, 2002).

Este teste tem como objetivo avaliar a perceção e a memória visual através da cópia e reprodução de uma das figuras contidas na prova. A aplicação considera a cronometragem do tempo utilizado para a cópia, assim como da utilização de lápis de

diferentes cores a fim de anotar a ordem de construção das figuras de cópia e reprodução (Rey, 2002).

Os resultados são obtidos através da interpretação das tabelas de percentis, baseado na análise de cinco parâmetros. O tipo de construção da cópia e reprodução de memória relaciona-se com a ordem com que o indivíduo representa os elementos gráficos da figura, na riqueza e exatidão atribui-se uma pontuação à prova de cópia e de reprodução com base na presença, posicionamento e semelhança de cada unidade considerada na figura, com uma pontuação máxima de 36, e o tempo de cópia. A cada um destes parâmetros corresponderá a um percentil consoante a faixa etária (Rey, 2002).

3.3.4 – TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky foi utilizado na sua versão reduzida, compreendendo a avaliação em indivíduos com idades entre os 4 e os 21 anos. Esta versão permite avaliar as competências motoras nas áreas do controlo manual fino (precisão e integração motora fina), da coordenação manual (dextralidade manual e coordenação dos membros superiores), da coordenação corporal (coordenação bilateral e equilíbrio) e da força e agilidade (velocidade/agilidade e força) através da administração de 12 itens como demonstra a Tabela 7 (Bruininks, & Bruninks, 2010).

Tabela 7. Itens de Avaliação do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

DOMÍNIO	ITEM
Precisão Motora Fina	1. Colorir a estrela 2. Traçar o caminho
Integração Motora Fina	3. Copiar círculos 4. Copiar diamante
Dextralidade Manual	5. Enfiar blocos
Coordenação Bilateral	6. Tocar no nariz 7. Rodar os dedos
Equilíbrio	8. Andar sobre a linha
Velocidade e Agilidade	9. Saltar em apoio unipedal
Coordenação dos membros superiores	10. Apanhar a bola 11. Driblar a bola
Força	12. Flexões (completas ou de joelhos)

Neste teste motor obtém-se uma categoria descritiva, disponível na Tabela 8, após a cotação detalhada de cada um dos itens e da conversão, nas tabelas normativas, do somatório dos point score em standard score, segundo a idade cronológica do indivíduo (Bruininks, & Bruninks, 2010).

Tabela 8. Categorização do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

CATEGORIA DESCRITIVA	STANDARD SCORE	PERCENTILE
Muito acima da média	≤ 70	≤ 98
Acima da média	60 – 69	84 – 97
Média	41 – 59	18 – 83
Abaixo da média	31 – 40	3 – 17
Muito abaixo da média	≥ 30	≥ 2

3.3.5 – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES

O Questionário de Capacidade e de Dificuldades (SDQ-Por), na versão extensa, é constituído por um questionário e por um suplemento de impacto (Goodman, 1999). O questionário tem como objetivo estabelecer uma triagem comportamental com base nos 25 itens que refletem características psicológicas positivas e negativas, sendo atribuído uma pontuação de 0, 1 e 2 consoante a resposta indicada entre as opções, sendo elas a não é verdade, é um pouco verdade e é muito verdade (Goodman, 1997).

Esses itens estão divididos em 5 escalas, correspondendo a sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com os pares e comportamento pró-social (Goodman, 1997). O suplemento de impacto permite analisar a saúde mental devido à utilização de questões que permitem a análise do prejuízo das dificuldades no contexto e nas atividades diárias, diferindo nas opções de resposta entre pouco, muito e muitíssimo. Ao valor obtido em cada escala irá corresponder uma categoria específica como demonstrado na Tabela 9 (Goodman, 1999).

Tabela 9. Dimensões do SDQ-For

Escalas	Categoria		
	Normal	Borderline	Anormal
Total de Dificuldades	0-13	14-16	17-40
Sintomas Emocionais	0-3	4	5-10
Problemas de Comportamento	0-2	3	4-10
Hiperatividade	0-5	6	7-10
Problemas com os Pares	0-2	3	4-10
Comportamento pró-social	6-10	5	0-4
Impacto	0	1	2-10

CAPÍTULO II

4 – REVISÃO TEÓRICA DE SUPORTE AOS ESTUDOS DE CASO

4.1 – DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E SOCIAL TÍPICO

O desenvolvimento resulta das relações recíprocas entre os fatores neurobiológicos e sociais (Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2015), como por exemplo através da influência dos processos de imitação na aquisição da linguagem, das competências motoras e da comunicação (Costa, 2008). Outra determinante corresponde à inibição dos impulsos, relacionando-se com os movimentos, as emoções e as escolhas da criança (Maccoby, 1980 cit. in Cole, & Cole, 2001).

Os bebês, desde idades precoces, revelam interesse sobre a comunicação e em estabelecer relações, tendo competências para distinguir determinadas emoções básicas, como alegria, tristeza e medo (Silva, 2014). Por este motivo, a regulação emocional e comportamental é estabelecida desde o primeiro mês de vida, desenvolvendo-se através das respostas ao seu choro e sorriso (Papalia, Olds, & Feldman, 2009; Costa, 2017).

As relações estabelecidas com as pessoas e o meio são aprendidas com o corpo (Salgueiro, 1996; Costa, 2008; Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2015), experienciando situações de comunicação (Meurs, & Cluckers, 1999). A continuidade das vivências estabelecidas com a criança promove o seu desenvolvimento através dos estados de regulação das angústias, proporcionando sensações de conforto e segurança (Silva, 2014).

A identidade da criança é constituída com base nas relações que estabelece, como demonstra a Teoria da Vinculação ao determinar que quando a figura de vinculação não corresponde às necessidades e exigências da criança esta desenvolve angústias, estados ansiosos e mecanismos de defesa que expressam insegurança, desconfiança e estados de hipervigilância (Bowlby, 1988).

O vínculo afetivo tem influência sobre a estruturação cognitiva da criança, ao nível da descoberta de si e do exterior, dependendo da interiorização das experiências, contudo as disfunções na regulação do sono podem prejudicar essa interiorização (Silva, 2014). Por outro lado, as disfunções das respostas maternas às angústias da criança podem dar origem a dificuldades afetivas (Rodríguez, & Cabrero, 2015), manifestadas através de insatisfação e mal-estar originando o afastamento do outro (Salgueiro, 1996). Um dos prejuízos relaciona-se com a dissociação do sistema linguístico, uma vez que pode existir

um comprometimento da expressão dos afetos mediante a utilização da verbalização, verificando-se uma expressão psicossomática (Meurs, & Cluckers, 1999).

As competências emocionais resultam da consciência e da regulação emocional, influenciando positivamente o domínio social, o desempenho escolar e a saúde mental da criança (Veiga, & Rieffe, 2015). Segundo Silva (2014), estas competências começam a ser adquiridas desde o nascimento até aos 3 meses ao regular as suas emoções através da sensação de segurança, seguida do desenvolvimento de relações próximas entre os 2 e os 7 meses, e da intenção de comunicar mediante as expressões e imitações durante os 3 e os 10 meses. O autor refere ainda que entre os 9 e os 18 meses adquire a capacidade de resolução de problemas baseado na identificação de sentimentos, enquanto a capacidade de elaboração de ideias decorre a partir dos 18 até aos 30 meses. Por último, entre os 30 e os 42 meses, as competências são adquiridas com a capacidade para relacionar ideias e de refletir sobre as relações estabelecidas.

As experiências corporais afetivas são organizadas através do diálogo tónico-emocional (Maximiano, 2004), possibilitando a aquisição das competências adaptativas da criança (Prista, 2015), sendo as estratégias de coping relacionadas com a forma como se adapta às situações vivenciadas, permitindo resolver problemas e diminuir as tensões emocionais (Pires, & Moreira, 2005).

As relações com os pares são um fator determinante no desenvolvimento da autoestima e das capacidades interpessoais (Pires, & Moreira, 2005). Quando estas interações decorrem em idades precoces promovem o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas durante as relações (Papalia, Olds, & Feldman, 2009), dependendo da imaginação e do simbolismo (Monteiro, 2014^a).

As determinantes que influenciam as aprendizagens sociais, através da observação, são a disponibilidade do meio envolvente, a capacidade de atenção, a memória, a repetição motora e a motivação da criança (Bandura, 1996 cit. in Cole, & Cole, 2001). As dificuldades relacionais têm origem nas relações evolutivas do indivíduo, criando mecanismos de defesa que compensem as angústias (Rodríguez, & Cabrero, 2015).

4.2 – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

Os desacordos nas práticas educativas, as dificuldades económicas, as famílias numerosas, a criminalidade parental, as perturbações mentais da figura materna e a falta

de investimento familiar podem ser considerados fatores de risco no desenvolvimento da PHDA (Bierdman et al., 1995 cit. in Albaret, 2015), assim como os fatores genéticos e o temperamento da criança (APA, 2014) ao influenciar o comportamento adaptativo da criança (Lopes, 2000).

A PHDA caracteriza-se pelos comportamentos de hiperatividade e impulsividade, com manifestações de agitação excessiva e dificuldades em aceder às regras e aos limites impostos (Marcelli, 2005; Marquet-Doléac, 2015), ou seja, existem alterações na regulação dos comportamentos, resultando nas dificuldades em perceber as consequências dessas ações (Gueniche, 2005).

Estas crianças revelam excesso de atividade ao evidenciar uma desorganização e desajustamento em determinados contextos, alterações na capacidade de atenção e controlo dos impulsos (Lopes, 2000; Vidigal, 2005; Marques, & Cepêda, 2009; Costa, & Fernandes, 2012; Barrias, 2014; Costa, 2017) e irritabilidade (APA, 2014), com repercussões no domínio relacional (Lopes, 2000; Barrias, 2014).

A Classificação Francesa de Perturbações Mentais da Infância e Adolescência (CFPMIA) inclui a hiperatividade e défice de atenção na categoria das perturbações da conduta e do comportamento (Misès, 2012), enquanto o DSM-V enquadra nas perturbações do neurodesenvolvimento (APA, 2014).

A primeira classificação descreve que o quadro sintomático abrange as alterações psíquicas relacionadas com as dificuldades de atenção, do controlo dos impulsos e da organização do planeamento e no domínio motor compreende a agitação motora. Engloba também as dificuldades no relacionamento interpessoal e no desenvolvimento da autoestima (Misès, 2012).

Para além da sintomatologia característica existem outros sinais resultantes desses comportamentos, como as dificuldades na estruturação espaciotemporal e rítmica, o insucesso escolar, a instabilidade emocional, as dificuldades nas relações sociais e as alterações na praxia fina (Marcelli, 2005; Marquet-Doléac, 2015). Pode existir um prejuízo do controlo motor, das competências verbais e do funcionamento cognitivo (Marquet-Doléac, 2015).

Para terminar, é importante referir que os critérios de diagnóstico apresentados no DSM-V (2014) para esta perturbação, incluem a persistência de pelo menos seis sintomas relacionados com a desatenção e/ou a hiperatividade-impulsividade, durante um período mínimo de seis meses, com interferências na vida do indivíduo. As manifestações

características da desatenção correspondem a dificuldades em prestar atenção aos detalhes, durante as tarefas mais exaustivas, e na organização e planeamento das atividades. Na descrição da hiperatividade e impulsividade incluem a atividade excessiva, a dificuldade para desfrutar em atividades tranquilamente, a incapacidade para esperar a sua vez e a desadequação do comportamento social ao interromper conversas. Estes sintomas surgem antes dos 12 anos e interferem significativamente em vários contextos da vida do indivíduo. Esta classificação permite especificar qual a predominância da perturbação entre os sintomas com a apresentação combinada, a predominância de hiperatividade e impulsividade ou predominância de desatenção, juntamente com a gravidade entre ligeira, moderada ou grave (APA, 2014).

4.3 – FUNCIONAMENTO BORDERLINE

O desenvolvimento dos sintomas incluídos na perturbação de personalidade borderline ou patologia limite resultam da relação entre a componente genética com o fator ambiental em idades precoces do indivíduo (Beck, et al., 1990 cit. in Lawrence, Allen, & Chanen, 2011). No entanto, a divergência existente na literatura comprova a heterogeneidade das características e sintomas de diagnóstico desta patologia (Lawrence, Allen, & Chanen, 2011), tanto na sua manifestação como evolução (Misès, 2012), sendo importante juntar as várias componentes existentes para obter uma caracterização mais completa do indivíduo (Lawrence, Allen e Chanen, 2011).

Apesar disso, a investigação de Lawrence, Allen, & Chanen (2011) permitiu constatar que os critérios mais frequentes se relacionam com a labilidade afetiva, a impulsividade e as dificuldades interpessoais, enquanto os sentimentos correspondem à solidão, à desconfiança e ao descontrolo.

No geral, a perturbação de personalidade borderline corresponde a uma organização entre a neurose e o funcionamento psicótico, incluída na categoria das perturbações de personalidade (Misès, 2012; APA, 2014).

O diagnóstico clínico estabelecido para a perturbação borderline, segundo Sá (2003), distingue a sintomatologia típica, os mecanismos de defesa, as fraquezas do Eu e os modelos somáticos associados a este funcionamento. Os sintomas típicos compreendem a ansiedade de separação ou abandono, a ansiedade latente, os estados neuróticos relacionados com as fobias específicas e comportamentos obsessivos-compulsivos, a instabilidade emocional, os comportamentos sexuais perversos e as

dificuldades em reconhecer a motivação nos outros (Sá, 2003). Deste modo, caracteriza-se pela instabilidade emocional, pelas vivências dissociativas e pelos comportamentos de auto e hetero-agressão e sexualizados (Bach, & Farrel, 2018), ou seja, existe uma interferência nas relações, na noção do corpo, na afetividade e no controlo dos impulsos (APA, 2014).

Os mecanismos de defesa caracterizantes desta personalidade são a identificação projetiva, a negação, a idealização e a clivagem, impedindo o desenvolvimento de uma identidade estruturada com os limites do Eu definidos e a integração total de um objeto ao clivar as características positivas e negativas (Sá, 2003).

Nos modelos somáticos incluem-se os sintomas gastrointestinais (diarreia, gastrite e cólon irritável), vasomotores (dermatose psicossomática e rubor), das funções vitais (insónias, sonolência diurna, alterações da regulação respiratória e neuroses cardíacas), estando fortemente relacionados com estados de angústia (Sá, 2003).

Na personalidade borderline, em crianças, destacam-se os sintomas sob diversas formas, como as dificuldades escolares, ao nível das aprendizagens ou da adaptação (Vidigal, 2005), a instabilidade emocional e comportamental, as dificuldades no controlo da frustração e emocional, a ansiedade de separação, revelando falta de autonomia, a depreciação da própria imagem, a pobreza de competências simbólicas, a fragilidade da identidade (Coimbra de Matos, 2002; Strecht, 2003; Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004; Vidigal, 2005; Afonso, 2015), a insatisfação por regras e limites (Strecht, 2003) e às dificuldades na capacidade de pensamento (Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004).

Os quadros da perturbação assemelham-se pela dificuldade narcísica, manifestando-se pela desvalorização pessoal, culpabilidade e necessidade de auxílio para gerir conflitos (Gueniche, 2005; Afonso, 2015). As principais características são a instabilidade, a angústia, manifestando-se pela alteração do humor desde manifestações de excitação até à inibição (Coimbra de Matos, 2002; Costa, 2008), e a existência de sintomas depressivos, uma vez que estas crianças apresentam dificuldades na expressão das suas ideias devido aos pensamentos de incapacidade e de imaturidade, podendo ser expressos através de comportamentos agressivos reativos à frustração (Gueniche, 2005). A tolerância à frustração desenvolve-se através da interiorização das angústias, permitindo o desenvolvimento e o crescimento psíquico (Sá, 2003).

De acordo com uma perspetiva psicodinâmica verifica-se uma descontinuidade na relação mãe-bebé em idades precoces, na medida em que a criança sentiu que as suas

necessidades não foram asseguradas, prejudicando o desenvolvimento psíquico (Gueniche, 2005). Esta inconstância ou inexistência do objeto materno tranquilizante (Martinez, & Martin, 2015) pode originar alterações nas competências de interiorização, ou seja, dificulta o controlo dos comportamentos (Gueniche, 2005) e a estabilidade dos relacionamentos associado à angústia de abandono (Winter, Koplin, & Lis, 2015).

A sintomatologia descrita corresponde às falhas no desenvolvimento da personalidade, em que a criança cria um falso self, devido à disfunção precoce no processo de vinculação e suporte afetivo e, conseqüentemente, na capacidade de mentalização. Esta disfunção origina falhas narcísicas que influenciam o desenvolvimento de sentimentos de segurança em relação aos outros e ao meio, pelo que estas crianças são descritas com um funcionamento depressivo e a dominância da expressão corporal (Misès, 2012).

As categorias são estabelecidas na CFPMIA, segundo Misès (2012), mediante a sintomatologia predominante no indivíduo, correspondendo à desarmonia evolutiva, predominância de perturbações de personalidade, predominância esquizotípica, predominância comportamental e depressão associada. A primeira categoria relaciona-se com um desenvolvimento desarmónico que se manifesta em idades precoces através das alterações no desenvolvimento da linguagem, psicomotor e cognitivo, juntamente com a inadequação do investimento. Por outro lado, a patologia limite com predominância das perturbações de personalidade inclui os estados depressivos com recusa de ajuda, sentimentos de inferioridade e desvalorização pessoal, insegurança e imaturidade. Existe a predominância esquizotípica caracterizada pela inconstância do pensamento e dos afetos, da pobreza de contato e dos comportamentos autossuficientes. Quando relacionado com o comportamento verificam-se dificuldades no autocontrolo, na imaturidade emocional, baixa autoestima e recusa das regras sociais. Enquanto a associação da depressão com a perturbação apenas se utiliza quando o primeiro estado clínico é mais predominante.

Por último, para ser estabelecido o diagnóstico de Perturbação Estado-Limite (Borderline) da Personalidade, segundo o DSM-V (APA, 2014), através de uma perspectiva descritiva é necessário que estejam presentes no mínimo cinco dos sintomas apresentados, como a instabilidade nos relacionamentos interpessoais, as manifestações de desvalorização e sentimentos de inferioridade associados a perturbações de identidade, a dificuldade no controlo dos impulsos, a labilidade afetiva e do humor com episódios explosivos de raiva ou ansiedade e idealização paranoide reativa a situações de stress

intenso. Contudo este manual de classificação apresenta um modelo alternativo que distingue sintomas relacionados com o funcionamento da personalidade, como a identidade, a autodireção, a capacidade empática e a intimidade, e com os traços marcantes de personalidade patológicos incluindo a labilidade emocional, os estados ansiosos, as angústias de separação, os estados depressivos, a impulsividade, a incidência de comportamentos de risco e a hostilidade.

5 – ESTUDO DE CASO – BEN

5.1 – IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício: Ben
- Género: Masculino
- Idade: 10 anos
- Escolaridade: 4.º ano

A história do Ben foi elaborada através da informação recolhida durante a entrevista familiar, aquando o acolhimento para o serviço de psiquiatria e saúde mental, aos 7 anos, e dos dados fornecidos pela psicóloga responsável pelo caso e pela educadora que o acompanha no grupo terapêutico.

O motivo de encaminhamento para o serviço e as preocupações evidenciadas pelos pais, aquando da realização do acolhimento, incidiam sobre os comportamentos manipuladores com os pais e de autopunição, a crítica negativa exagerada e a agitação.

Os dados familiares e as relações estabelecidas são revelados no genograma (ver Figura 4), destacando-se a união de facto dos pais há 16 anos que constituem o agregado familiar da criança, juntamente com o irmão de 14 anos, este foi também acompanhado em psicologia durante a sua infância. Devido aos horários dos pais, por turnos rotativos, a avó materna e o companheiro desempenham um papel ativo nos cuidados prestados à criança. Nas práticas educativas os pais referiram, durante o acolhimento, que adotavam um estilo educativo permissivo e que, apesar das divergências existentes, conseguem estabelecer acordos na ausência dos filhos.

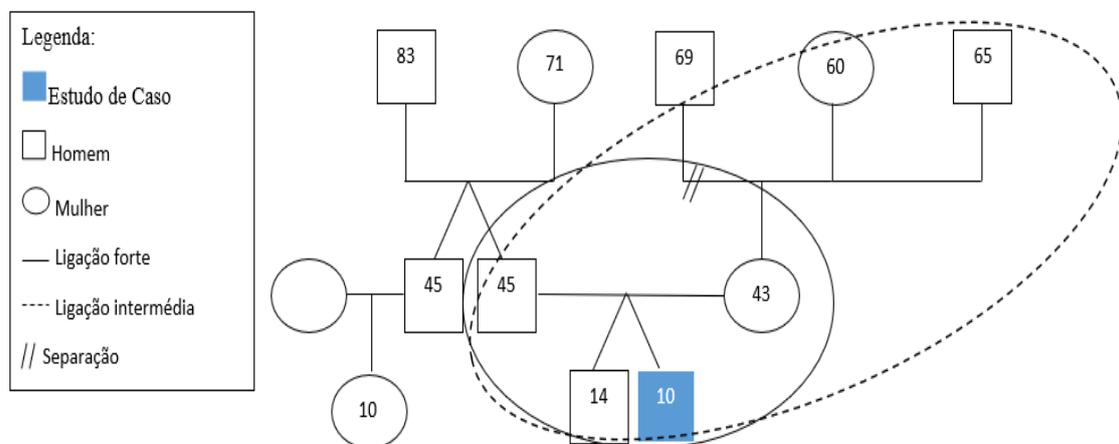


Figura 4. Genograma do Estudo de Caso – Ben

Sobre o desenvolvimento pré e pós-natal salienta-se que o nascimento da criança decorreu de uma gravidez planeada e desejada pelos pais, tendo sido recomendado repouso ao 5º mês de gestação pelo atraso de desenvolvimento do bebé. O parto decorreu às 42 semanas sem complicações, nascendo com 3570 kg e um Índice de Apgar de 9/10. Segundo os pais, o menino apresentava um temperamento muito agitado e irritável, com choro fácil e birras frequentes. No desenvolvimento psicomotor destaca-se a aquisição da marcha aos 14 meses e o controlo dos esfíncteres diurnos e noturnos aos 2 anos. Apesar do controlo o menino queria continuar a utilizar a fralda.

Na progressão escolar refere-se que o Ben frequentou a creche entre os 4 meses e os 2 anos, ocorrendo o aparecimento de alergias aquando a integração. No acolhimento os pais referiram que aos 3 anos ingressou no jardim-de-infância, onde se verificaram dificuldades de adaptação, associadas à existência de birras e recusa em participar nas atividades, sendo infantilizado pelos técnicos. O acesso ao 1.º ciclo caracterizou-se por uma diminuição das birras, menos dificuldades de separação e mais interesse sobre as tarefas escolares. Apesar da aquisição das aprendizagens escolares, este ciclo caracterizou-se pela intensificação das dificuldades na relação com os pares, relacionadas com um maior isolamento social e agressividade para com os colegas, sendo encaminhado para os grupos terapêuticos quando tinha 8 anos.

Aquando o acolhimento foi referido pelos pais que, apesar da autonomia na alimentação e na higiene pessoal, o Ben se distraía com facilidade e adotava um comportamento agitado. No entanto, quando integrou os grupos terapêuticos as educadoras observaram que não sabia utilizar os talheres, sendo um dos objetivos desenvolvidos durante o primeiro ano.

Desde o jardim-de-infância que prefere brincar sozinho isolando-se dos pares, tendo maior facilidade na relação com os adultos. Esta intensificação relaciona-se com o aumento da agressividade e a diminuição das competências de autorregulação na relação com os colegas, em que os pais referiram um comportamento agitado e irrequieto como chamadas de atenção.

Os acompanhamentos prestados pela Unidade ao Ben incluem a psicologia e os grupos terapêuticos. O encaminhamento para a psicomotricidade foi feito pela psicóloga, associado à hipertonidade generalizada, às dificuldades na autorregulação e à intolerância à frustração. Contudo, com base nas informações recolhidas pela educadora, verifica-se uma ambivalência entre os comportamentos infantis face à linguagem e ao

pensamento, evidenciando questões maduras relacionadas com as preocupações exageradas, uma obsessão e lógica nos comportamentos e ideias e um descontrole durante as atividades espontâneas.

5.2 – AVALIAÇÃO INICIAL

5.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)

A observação psicomotora decorreu em contexto de grupo, aquando a integração no grupo terapêutico do Ben, e nas duas primeiras sessões individuais, correspondendo a uma idade cronológica de 10 anos e 5 meses.

No parâmetro da expressão motora observou-se que o Ben evidenciou uma hipertonicidade generalizada, relacionada com o estado de hipervigilância, este estado caracteriza-se por uma postura vertical e rígida. A sua expressividade é também influenciada pelo estado vígil em que se encontra, revelando desconfiança e inquietação em relação ao meio envolvente. Na qualidade dos gestos refere-se que não se observou um controlo harmónico dos movimentos, uma vez que a expressão através de movimentos mecânicos e robotizados influencia a sua coordenação motora.

O Ben apresentou uma orientação temporal adequada à sua faixa etária, com uma necessidade exagerada em organizar e conhecer os acontecimentos antecipadamente, ao questionar com frequência a Psicomotricista sobre que atividade iria realizar antes de encerrar uma tarefa. Na estruturação espacial conheceu o espaço físico em que decorrem as sessões, deslocando-se autonomamente entre os edifícios. Contudo revelou uma preferência no espaço que utiliza na sala dos grupos terapêuticos, acabando por não usufruir da totalidade do espaço disponível.

Na relação com os objetos, durante o jogo espontâneo nas sessões do grupo terapêutico, demonstra uma preferência marcada pela utilização dos tecidos e de desenhos de figuras e representações animadas, optando por jogos individuais.

As competências sociais e emocionais do Ben foram observadas durante as sessões do grupo terapêutico, caracterizando-se por afetividade negativa, uma vez que evidencia uma variedade de emoções negativas (ansiedade, preocupação e culpabilização) e revelou dependência da educadora na resolução de problemas, assim como labilidade emocional com explosões temperamentais difíceis de acalmar marcadas por episódios de raiva, gritos e descontrole. Estes comportamentos relacionam-se com a dificuldade em controlar e regular as emoções e os impulsos, influenciando a sua

capacidade de adaptação social. Contudo reconheceu as regras estabelecidas e respeitou as figuras adultas.

A expressão dos pensamentos e a linguagem permitiu relacionar alguns dos seus comportamentos, uma vez que o menino revelou uma rigidez e intolerância aos erros do próprio e dos outros, uma preocupação exagerada com os julgamentos dos outros e idealização paranoide relacionada com os pensamentos de que é alvo de apreciações negativas. O Ben utilizou uma linguagem adesiva a personagens animadas tanto na componente verbal ao utilizar variadas expressões e tons similares, como não-verbal, evidenciado na descrição da sua expressão motora.

Para terminar, constatou-se que os níveis de atenção e concentração do Ben oscilam com muita frequência, uma vez que não demonstrou interesse pelos pares distraía-se quando estes comunicavam. No entanto, durante as atividades, revelou competências para as realizar até ao fim com longos períodos de atenção.

5.2.2 – DRAW A PERSON

O Draw a Person foi aplicado na quarta sessão com o Ben, no dia 24 de abril de 2018, num dos gabinetes do serviço, correspondendo a uma idade cronológica de 10 anos e 6 meses. Quando solicitado, o Ben revela entusiasmo em ir para a sessão, contudo questionou a terapeuta para saber o que vai ser realizado, relacionado com a obsessão no controlo e necessidade de organização.

Os resultados obtidos, com base nos desenhos realizados pela criança (incluídos no Anexo B.1.1), permitem concluir que na avaliação quantitativa (ver Tabela 10) atribuiu-se uma classificação total do teste na média, com um valor standard de 99, correspondendo a um desempenho adequado para a sua faixa etária. Em relação aos desenhos individuais, constatou-se um aumento progressivo no número de detalhes presentes do primeiro até ao terceiro desenho, sendo que a cotação mais elevada corresponde ao desenho do próprio. No entanto, esta última execução foi influenciada pela existência de um espelho na sala, uma vez que observava a sua figura para acrescentar detalhes.

Tabela 10. Resultados iniciais do DAP - Ben

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Total (H + M + P)
Valor Bruto	39	43	49	131
Valor Standard	91	98	109	99
Percentil	27	45	73	47
Classificação do Teste: Average (média)				

Em relação à avaliação qualitativa, destaca-se o comportamento observado durante a execução do desenho do Homem, uma vez que, após ter estabelecido uma semelhança com a realidade, o Ben revelou frustração e agitação porque o seu desenho não correspondia à realidade, citando “só imaginei, não é ninguém verdadeiro”. Sendo necessário que a Psicomotricista fornecesse novamente as instruções da prova com o objetivo de acalmar e direcionar o foco de atenção para a tarefa. Para além disso, apesar do empenho e interesse demonstrado quando executava cada um dos desenhos, verificou-se uma necessidade de organização, questionando a Psicomotricista sobre o que deveria fazer sempre que terminava um dos desenhos.

5.2.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

O Teste de Cópia de Figuras Complexas foi aplicado no dia 24 abril de 2018, quando o Ben tinha 10 anos e 6 meses. Durante a execução da prova revelou uma obsessão pelo controlo e organização das atividades que iria realizar, questionando a Psicomotricista sobre o que estava a realizar ou iria ser proposto de seguida.

Nos resultados obtidos (ver Figura 5), através das reproduções realizadas pela criança (incluídas no Anexo B.1.2), enfatiza-se a pontuação elevada na riqueza e exatidão da reprodução de memória comparativamente ao desempenho demonstrado nesse mesmo parâmetro para a cópia. No geral, o Ben realizou a prova adequadamente para a sua faixa etária, revelando consistência no tipo de construção evidenciado nas duas execuções, correspondendo à justaposição de detalhes sem um traço-base.

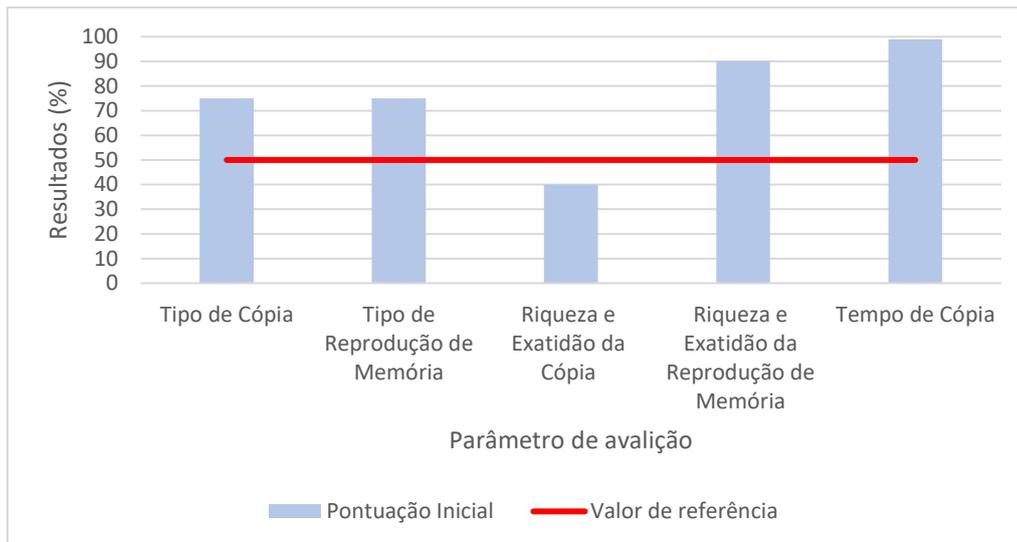


Figura 5. Resultados iniciais do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ben

Por último, a pontuação obtida no parâmetro da riqueza e exatidão pode ser justificada pela precisão e racionalidade na estruturação visuo-espacial. No caso do Ben verificou-se um maior investimento na memória, enquanto o desempenho na cópia se caracterizou pela manifestação de ansiedade. Estes resultados podem ser relacionados com a preocupação excessiva com os erros e falhas, evidenciada através da desvalorização das competências pessoais e preocupação para agradar ao outro.

5.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO

Os elementos critério estabeleceram-se através da análise da história (pessoal e clínica) e dos resultados das avaliações realizadas, a fim de organizar a caracterização do Ben, correspondendo:

- Comportamentos manipuladores com os pais;
- Linguagem adesiva;
- Ideias persecutórias;
- Explosões temperamentais;
- Autocrítica negativa exagerada;
- Hipertonicidade generalizada;
- Intolerância à frustração;
- Isolamento social;
- Entusiasmo e interesse pelas sessões;
- Estilo parental permissivo;
- Empenho e compromisso dos pais.

5.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS

A perspectiva psicodinâmica integrada na elaboração das hipóteses explicativas permite, segundo Luyten, Mayes, Target e Fonagy (2012, cit in. Luyten, & Blatt, 2015), compreender uma abordagem centrada na perturbação e pessoa, fundamentada no desenvolvimento da criança ao incluir fatores biológicos e psicossociais. A importância desta perspectiva é demarcada na classificação existente no DSM-V sobre as Perturbações da Personalidade (Bender, Morey, & Skodol, 2011).

As respostas sensoriais resultantes da díade mãe-bebê influenciam o domínio emocional associado às manifestações de prazer ou desprazer expressas, como o choro, sorriso e nível de vigilância (Santos, 2015), em que o toque e o aconchego possibilitam alcançar estados de relaxamento e organização (Prista, 2015). Por outro lado, a instabilidade representa a expressão de ansiedade (Vidigal, 2005). A sua manifestação em idades precoces surge quando a criança não se sente segura e contida na vinculação afetiva com os pais (Salgueiro, 1996), manifestando-se no desenvolvimento e comportamento (Marques, & Cepêda, 2009). Esta relação pode sofrer alterações durante a separação, sem resultar da ausência da mãe, com expressões mais acentuadas entre os 5 meses e os 3 anos (Marcelli, 2005), provocando ansiedade de separação na criança (Costa, 2008). Neste seguimento pode ser estabelecido que a infância do Ben se caracterizou pela vivência de estados ansiosos e de insegurança, impedido as expressões prazerosas e relaxantes, uma vez que os pais o descreveram como um bebê irritável que chorava com muita frequência, sendo difícil acalmar e tranquilizar estes comportamentos da criança. Papalia, Olds e Fieldman (2009) descrevem que quando as crianças vivenciam repetidas situações de prolongamento nas respostas ao seu sofrimento podem desenvolver dificuldades na regulação emocional, sendo que o temperamento da criança também influencia a sua organização mental, emocional e comportamental. A hipótese estabelece-se através da continuidade dos comportamentos, descritos pelos pais, ao longo do desenvolvimento da criança. Estes comportamentos podem resultar da descontinuidade na relação da díade, influenciado o desenvolvimento da personalidade narcísica e dos processos de identidade, associados ao comportamento, à comunicação, ao humor (Gueniche, 2005) e à regulação emocional (Godinho, 2014). Estas manifestações são incluídas na categorização dos bebês difíceis, relacionando-se com as irregularidades nas funções vitais e manifestações expressivas, como choro e irritabilidade (Gauthier, 1999; Cole, & Cole, 2001).

A ansiedade de separação ou abandono e os sentimentos de culpabilização obsessiva podem ser expressos através da instabilidade, quando relacionada com o domínio psíquico manifesta-se por estados de hipervigilância e ansiedade (Marcelli, 2005), com prejuízo sobre o desenvolvimento psicomotor, relacional e cognitivo (Étienne, Jacquet, & Scialmon, 2015). A ansiedade apresenta-se mediante a irritabilidade, os comportamentos de recusa, as dificuldades em diminuir a agitação, apesar do conforto do adulto, e os sentimentos de desvalorização pessoal (Marcelli, 2005). Estes sinais incluem-se na descrição dos comportamentos do Ben durante a separação da mãe aos 4 meses quando integrou a creche.

O tempo de regulação das emoções deve diminuir entre os 2 e os 4 meses, correspondendo ao desenvolvimento das competências de autorregulação (Bart, 1990 cit. in Cole, & Cole, 2001), o seu prolongamento pode significar que o Ben não desenvolveu as competências emocionais como seria esperado, ao manter a expressão de estados de angústia e, segundo Marcelli (2005), quando estas se prolongam podem interferir com o desenvolvimento da identidade e das relações interpessoais próximas. As memórias destes estados serão reelaboradas durante a vida do indivíduo (Santos, 2015), influenciando as condições psicóticas, como os traumatismos psíquicos, que se desenvolvem quando não ocorre a mentalização das angústias primárias (Sá, 2003). Nestes casos o pensamento e as emoções serão manifestados através de um espectro desde a imaginação elaborada, baseada nas clivagens, até às projeções somáticas (Sá, 2003). A observação psicomotora evidenciou as alterações existentes na identidade, uma vez que a distorção da própria imagem é expressa pela linguagem adesiva que utiliza, prejudicando as relações pessoais.

As dificuldades emocionais do Ben relacionam-se com as alterações na regulação emocional, uma vez que, apesar de reconhecer as emoções vivenciadas, Veiga e Rieffe (2015) referem que esta área se caracteriza pela gestão e expressão adequada das emoções, podendo resultar da carência de experiências sociais. As determinantes da aquisição de competências sociais do bebé dependem do controlo motor e da organização, evidenciada durante as experiências de angústia, e da aquisição das capacidades de perceção, mediante o nível de orientação e atenção que as crianças revelam durante experiências sociais (Santos, 2015). As vivências sociais influenciam o desenvolvimento da autoestima (Costa, 2008), de sentimentos de inferioridade e vergonha perante os outros (Bach, & Farrell, 2018) e das estratégias de coping, determinantes no desenvolvimento de relações

próximas com os pares e do controlo do stress (Pires, & Moreira, 2005). Esta desorganização nas relações pode coincidir com oscilações do humor (Costa, 2008) uma vez que as crianças que conseguem controlar as suas emoções têm mais facilidade para ajustar os seus comportamentos e em estabelecer relações com os pares (Papalia, Olds, & Fieldman, 2009). Existe a hipótese de que estas dificuldades se desenvolveram desde idades precoces devido às manifestações durante a integração no jardim-de-infância, caracterizada pela falta de interesse na relação com os pares e recusa em participar nas atividades, impossibilitando o estabelecimento de relações próximas e a aquisição de experiências sociais. O prolongamento da falta de experiências foi evidenciado na observação psicomotora e nas referências da criança sobre a inibição e afastamento dos pares no contexto escolar.

Para além da falta de relações próximas como fator de risco no desenvolvimento de perturbações mentais, incluem-se também as características temperamentais da criança, como a impulsividade e a irritabilidade (Pires, & Moreira, 2005). Deste modo, estabeleceu-se a existência de várias determinantes no caso do Ben, viabilizando o desenvolvimento de uma perturbação mental. As investigações sobre a impulsividade emocional revelam que corresponde a uma dimensão recorrente na caracterização das psicopatologias (Howard, 2018), quando as características comportamentais manifestadas pela criança se relacionam com este sintoma incluem-se nos quadros de psicose ou nas desarmonias do desenvolvimento (Marcelli, 2005).

Quando a instabilidade se associa a determinados funcionamentos psíquicos, engloba a representação de uma defesa maníaca, associada às alterações da realidade durante os acontecimentos frustrantes e de descontrolo, sem que exista o prejuízo do funcionamento psíquico incluído nas psicoses, e à manutenção do funcionamento operatório, dado que estas crianças se expressam através da atividade apresentam dificuldades em aceder à capacidade simbólica (Berger, 2001).

Desta forma colocou-se a hipótese do diagnóstico de Perturbação Estado-Limite (Borderline) da Personalidade, desde a infância, relacionado com as características descritas, uma vez que Houzel, Emmanuelli e Moggio (2004) referem que entre os 4 e os 6 anos as características incluem a instabilidade, a irrequietude, a labilidade do humor, as dificuldades na simbolização e as alterações do comportamento.

As investigações demonstraram que nesta perturbação existe uma maior prevalência de características como tristeza, impulsividade, raiva e descontrolo,

demonstradas através de sentimentos de desconfiança em relação aos outros, podendo resultar da inconsistência da relação mãe-bebê ou de situações de abuso (Bach, & Farrell, 2018). Como se caracteriza pela vivência das relações primárias de forma insuficiente, associado à insatisfação das necessidades da criança, esta desenvolve uma estruturação contraditória em relação aos objetos (Sá, 2003), concluindo-se que a vinculação desorganizada corresponde a um fator de risco no desenvolvimento de perturbações mentais (Godinho, 2014). A desorganização no funcionamento psíquico do Ben pode ser explicada pela dificuldade da mãe em proporcionar experiências de calma e segurança em idades precoces.

Esta perturbação manifesta-se no domínio relacional através da busca incessante da criança para diminuir o seu sentimento de incapacidade (Gueniche, 2005), uma vez que as alterações da identidade narcísica se relacionam com a instabilidade através da fuga de acontecimentos em que as crianças sintam que as suas capacidades são colocadas em causa (Berger, 2001). Esta instabilidade psicomotora, característica da patologia, pode ser observada através da deslocação alheada pelo espaço associada às dificuldades no pensamento simbólico, na distância entre o real e a fantasia e na imagem corporal (Costa, & Fernandes, 2012; Costa, 2017). Essa desorganização entre a realidade e a fantasia (Costa, 2008; Costa, & Fernandes, 2012; Costa, 2017) pode ser expressa através da linguagem adesiva utilizada pela criança ao integrar a reprodução dos desenhos animados na expressão verbal e não-verbal e da frustração observada durante a realização do DAP. A estruturação da imagem do corpo influencia a formação da personalidade (Busschaert et al., 2015) através de determinantes como a tonicidade, a identidade, as angústias corporais arcaicas, a pele enquanto limite corporal e as competências de comunicação não-verbal (Pireye, 2011 cit. in Busschaert et al., 2015), essa distorção da imagem corporal no Ben observou-se através da desvalorização pessoal e da autocrítica exagerada. Outra das características, referidas pelos pais, que interfere com os relacionamentos é a manipulação que, segundo Berger (2001), incluiu-se nos mecanismos de defesa utilizados na tentativa de controlo dos afetos e das pessoas.

Os estados neuróticos, relacionados com as fobias específicas e comportamentos obsessivos-compulsivos, e a instabilidade emocional, incluídos nos sintomas típicos da patologia limite (Sá, 2003), manifestaram-se durante a observação psicomotora em contexto de grupo ao demonstrar rituais na organização dos materiais e uma obsessão no cumprimento das regras estabelecidas pelos terapeutas, assim como através dos

resultados obtidos na reprodução de memória do Teste de Cópia de Figuras Complexas, relevando uma racionalidade e perfeccionismo na estruturação visuo-espacial através da preocupação excessiva com os erros e falhas.

Para completar as hipóteses estabelecidas sobre a estruturação do funcionamento do Ben é importante associar os seus comportamentos, aquando do início da intervenção, com a descrição do modelo alternativo para as Perturbações da Personalidade do DSM-V, enquadrando-se na Perturbação Estado-Limite (Borderline) da Personalidade. Os critérios relacionam-se com o funcionamento da personalidade e as evidências de traços patológicos da personalidade. No primeiro parâmetro destaca-se a perturbação na identidade, englobando sentimentos negativos em relação à própria imagem (APA, 2014), sendo que umas das principais características evidenciadas pela criança incluiu a autocrítica negativa exagerada e desvalorização pessoal. As dificuldades na empatia relacionam-se com a dificuldade em atribuir aspetos positivos aos outros e hipersensibilidade interpessoal (APA, 2014), estas observaram-se através da desvalorização e desinteresse que o Ben demonstrou no relacionamento com alguns pares do Grupo Terapêutico. Nos traços da personalidade inclui-se a labilidade emocional, associada à instabilidade das vivências com expressões emotivas exageradas para a situação em que decorrem, a depressividade, com sentimentos de vergonha e inferioridade difíceis de ultrapassar, a impulsividade, relacionando-se com as ações imediatas, e a hostilidade caracterizada pela irritabilidade em situações exageradas (APA, 2014; Afonso, 2015). Estas dificuldades constataram-se na criança, durante a observação psicomotora nas sessões no grupo terapêutico e em contexto individual, através das referências frequentes de que as suas ideias são ignoradas nos vários contextos, das ideias persecutórias e paranoides relacionadas com as distorções nos diálogos dos pares ao sentir que é vítima de humilhações, das explosões temperamentais caracterizadas pela agressividade e pela dependência do adulto, esperando que este resolva a situação de conflito com o outro, associando-se à imaturidade nas relações interpessoais com os pares, e da irrequietude e instabilidade. Os sentimentos de inferioridade podem ser compensados através da onipotência (Coimbra de Matos, 2002), manifestados pela criança nas relações interpessoais ao desvalorizar as competências de determinados pares.

Em suma estes comportamentos corroboram as características da patologia limite com predominância das perturbações de personalidade incluída na CFPMIA, uma vez que, segundo Misès (2012), incluem-se os estados depressivos com recusa de ajuda, os

sentimentos de inferioridade em relação ao outro e desvalorização pessoal, a insegurança e a imaturidade.

5.5 – PERFIL

5.5.1 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

O conhecimento das áreas de competência e necessidade permitiram definir o perfil intra-individual, a fim de orientar a intervenção psicomotora e estabelecer os objetivos terapêuticos direcionados para as necessidades do Ben (ver Tabela 11).

Tabela 11. Perfil Intra-Individual - Ben

Áreas de Competência	Áreas de Intervenção
Atenção	Autoestima
Memória	Espontaneidade e criatividade
Consciência emocional	Regulação emocional
Noção do corpo	Estado tônico
	Adequação do comportamento (controle dos comportamentos obsessivos)
	Controle dos estados ansiosos
	Relação com os pares

5.5.2 – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Com base na observação psicomotora, estabeleceram-se os objetivos terapêuticos, apresentados na Tabela 12, para a intervenção em contexto individual e de grupo com o Ben.

Tabela 12. Objetivos Terapêuticos - Ben

DOMÍNIO PSICOMOTOR	
OBJETIVO GERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
Adequar a tonicidade	Diminuir as tensões musculares
	Aceder à eutonia
	Aumentar o controlo respiratório
DOMÍNIO COGNITIVO	
Regular o nível de consciência	Adequar o estado de vigiância às vivências
Desenvolver competências cognitivas	Desenvolver a capacidade simbólica
	Estimular a criatividade e imaginação
DOMÍNIO SOCIAL E EMOCIONAL	
Aumentar a autoestima	Aumentar o sentimento de autocompetência
	Estimular a autoconfiança
	Diminuir as inseguranças
	Estimular a espontaneidade
Promover a regulação emocional	Diminuir a impulsividade
	Melhorar a resistência à frustração
	Desenvolver competências de cooperação
	Diminuir dos estados ansiosos
	Diminuir comportamentos agressivos
	Desenvolver mecanismos de autocontrolo
Promover a relação com os pares	Diminuir a tendência para o isolamento
	Estimular o prazer na relação com o outro

5.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

5.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A fundamentação descrita considera a intervenção psicomotora em contexto individual e nos grupos terapêuticos, uma vez que determinados objetivos foram promovidos durante essas sessões. A intervenção multidisciplinar, através do trabalho com os pais e as terapias em contexto individual e de grupo, está indicada para crianças com personalidade borderline (Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004).

As competências emocionais foram desenvolvidas segundo os objetivos definidos por Veiga e Rieffe (2015) com base na consciência dos estados corporais, no estabelecimento da relação entre os estados corporais e as emoções, na regulação das emoções, nas estratégias adaptativas de regulação emocional e na verbalização das emoções através de métodos de relaxação. A relaxação psicoterapêutica possibilita essa regulação através das relações entre as ações e as emoções e a adequação da tonicidade (Martins, 2001), devendo considerar a promoção da percepção corporal e consciência emocional (Maximiano, 2004). Desta forma, permite a diminuição das tensões e das inquietações que são determinadas pelo autocontrole, influenciando a postura, os gestos e a expressividade (Costa, 2008). Os estados de relaxamento podem ser atingidos através do toque pele com pele, de objetos mediadores, da automassagem ou das instruções verbais (Maximiano, 2004), sendo que o toque pode decorrer com diferentes pressões ou através da mobilização articular (Baranes, 2007).

Estes métodos possibilitam a distinção entre função motora e tónica através das sensações provenientes das alterações entre estados passivos e ativos dos vários segmentos corporais e o desenvolvimento da noção do corpo, uma vez que a imagem e o esquema corporal são influenciados pelo mapeamento topográfico (Martins, 2001). A consciência da respiração permite as vivências corporais, considerado como fundamental nas situações de stress (Losivaro, 2012). Deste modo a capacidade de mentalização e de gestão de conflitos são desenvolvidas através das vivências tónico-emocionais promovidas durante a relaxação (Boscaini, 2012), estas vivências são interiorizadas através da verbalização devido à atribuição de significado (Martins, 2001).

Os métodos de relaxação utilizados durante a intervenção foram o método de Schultz, denominado de Treino Autógeno, e de mindfulness. O primeiro possibilita a diminuição das tensões e dos ritmos fisiológicos (respiratório e cardíaco), incidindo também sobre o desenvolvimento da regulação emocional e comportamental, ao incluir a sensação de peso, a respiração e o ritmo cardíaco (Costa, 2008). Este processo decorre através da autossugestão e concentração para atingir o estado de relaxamento (Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015), possibilitando a transferência para o quotidiano da criança, a fim de ser utilizado como mecanismo de autocontrole. O método de mindfulness relaciona-se com a capacidade de observação e consciência sem julgamentos do momento presente, permitindo a estabilidade emocional em crianças ansiosas através do desenvolvimento de resiliência (Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015).

Quando estas atividades eram desenvolvidas no contexto de grupo tinham como objetivo, segundo Emmck e Bosscher (2010) e Costa (2017), permitir o desenvolvimento de competências sociais e de adaptação em determinadas situações de conflito, através do envolvimento e aprendizagem com os pares.

A intervenção psicomotora nas perturbações da personalidade e do comportamento deve integrar os movimentos e as ações com o objetivo de desenvolver a percepção e a consciência dos comportamentos. Quando orientada para as experiências promovem a regulação emocional, a resistência à frustração, o controlo dos impulsos, as competências sociais e a autoestima através da consciencialização das vivências (Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010), sempre que estas ocorrem de forma plena no espaço e tempo possibilita a unificação e a construção pessoal (Losivaró, 2012).

As características mais frequentemente associadas com a personalidade *borderline*, como a desconfiança e a vergonha podem ser trabalhadas através da aliança terapêutica ao criar segurança e estabilidade emocional, associado ao reconhecimento das competências e do sentimento de aceitação do próprio (Bach, & Farrell, 2018). As psicoterapias que seguem um modelo relacional possibilitam alterações da percepção que o indivíduo tem de si próprio e do meio envolvente, integrando a sua personalidade (Martínez, & Martín, 2015), a indicação da terapia individual nestes casos relaciona-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança e o terapeuta (Strecht, 2003). As sensações de confiança e segurança na criança podem ser proporcionadas através da integração do concreto e do real, indicados nesta patologia (Costa, 2017). O desenvolvimento da aceitação corporal relaciona-se com a consciencialização do próprio corpo e com a diminuição dos sintomas, possibilitando o reconhecimento e interpretação das sensações corporais (Emck, & Bosscher, 2010). Quando se intervém sobre a tristeza considera-se importante integrar a espontaneidade e o jogo, a fim de experimentar sentimentos de satisfação, otimismo, adaptação e excitação, correspondendo a vivências essenciais à alegria da criança (Bach, & Farrell, 2018). Desta forma, é imprescindível que a intervenção psicomotora seja guiada pelo desenvolvimento do prazer e interesse durante o processo de criação e antecipação, possibilitando o desenvolvimento da autoestima através da criatividade e espontaneidade (Costa, 2008) que surge através da brincadeira (Losivaró, 2012). De modo que a vivência corporal, adquirida através do jogo, possibilita a construção do Eu (Fernandes, Filho & Rezende, 2018).

As crianças com baixa autoestima podem distorcer a informação para comprovar as ideias negativas sobre si mesmos, pelo que o seu desenvolvimento pressupõe o autoconhecimento (descoberta pessoal), a autoaceitação (aceitação pessoal), a autossuficiência (capacidade para cuidar de si), a autoexpressão (conhecer a sua expressividade e a dos outros), a autoconfiança (valorização pessoal) e a autoconsciência (compreensão pessoal sobre o momento presente) (Plummer, 2007).

Quando a terapia decorre através da mediação artística, música e ritmicidade permite o desenvolvimento da estruturação rítmica e temporal, da concentração, da tonicidade, da criatividade e das competências de comunicação (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015).

Em suma é crucial a integração da verbalização da criança no final das experiências, uma vez que a expressão verbal das emoções e dos pensamentos permite estabelecer relações com outras vivências (Baranes, 2007) e a interiorização das suas ações (Vidigal, 2005).

5.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

A empatia tónico-emocional do terapeuta, juntamente com a utilização do espaço e dos materiais, permite atingir a totalidade da expressividade motora (Aucouturier, 2007). A disponibilidade para utilizar diversos materiais influencia o sistema proprioceptivo e as competências relacionais, possibilitando a relação da criança com o espaço e o terapeuta (Costa, 2008). Esta relação terapêutica é cada vez mais frequentemente integrada nas terapias em psiquiatria, associado a uma progressão harmónica (Perono, & Grabot, 2006). Santos (2007) refere ainda que o conhecimento demonstrado pela criança depende da relação estabelecida. Neste seguimento, torna-se crucial a integração de estratégias relacionadas com a criação de um ambiente seguro, privilegiando as experiências prazerosas para a criança, ao considerar os seus interesses e as suas motivações livre de julgamentos. A disponibilidade e espontaneidade foram promovidas através da aceitação do outro com as suas diferenças, que Perono e Grabot (2006) referem como fundamental durante a intervenção.

A valorização da Psicomotricista pelos seus interesses e o reforço positivo foram determinantes na intervenção do Ben, uma vez que promoveu o aumento do interesse pelas atividades e da autoestima no decorrer das sessões, sendo fulcral para o seu envolvimento nas tarefas.

O tempo de sessão foi adaptado conforme as necessidades evidenciadas pela criança, uma vez que estas decorreram, essencialmente, durante a sessão do Grupo Terapêutico em gabinete. Costa (2008) destaca a importância de utilizar o tempo enquanto este for estruturante para a criança. A continuidade das sessões do Grupo Terapêutico para as de Psicomotricidade exerciam uma influência sobre o comportamento do Ben ao manifestar inquietações e conflitos de situação vivenciadas no grupo terapêutico, tornando-se imprescindível diminuir a duração das sessões.

Pela associação existente entre o funcionamento borderline e as dificuldades de adaptação às novidades (Costa, 2008), o planeamento e organização das atividades era explicado no início da sessão, a fim de aumentar o sentimento de segurança e previsibilidade na criança.

Durante a intervenção foram integradas como estratégias a orientação semiestruturada e o aumento progressivo da dificuldade das tarefas, visando a expressão de ideias, a autonomia, a espontaneidade, a criatividade, a autoestima, a iniciativa, as vivências prazerosas, a capacidade de adaptação às situações e o sentimento de competência.

5.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES

As atividades sustentadas em métodos de relaxação decorreram no início de sessões, tendo como objetivo primordial o aumento da disponibilidade e envolvimento da criança, e durante a estrutura organizada para os objetivos gerais estabelecidos, diferenciado pela consciência corporal e disponibilidade exigida.

Como exemplo da primeira descrição, realizou-se uma atividade que comportou o movimento isolado de vários segmentos corporais, associado à representação do crescimento de uma árvore, como tal iniciava com a simbolização da semente através da flexão das pernas, ficando sentado sobre os calcanhares e a abraçar os joelhos.

No seguimento, estendeu as zonas do corpo indicadas (pernas, tronco, cabeça e membros superiores) sequencialmente até baloiçar os braços, como o vento move os ramos das árvores. No outro exemplo desenvolveu-se uma atividade que integrava numa primeira fase a deslocação pelo espaço ao ritmo da música, seguida da deslocação enquanto representava determinadas emoções (medo, alegria, vergonha), verbalizando as alterações corporais. O término compreendia a associação com situações da vida diária vivenciadas correspondentes às emoções representadas.

Quando existia disponibilidade para utilizar as salas lúdicas as atividades eram escolhidas pelo Ben, como o jogo de imitação com a bola (à vez deveria ser criada uma forma diferente para passar a bola ao outro) e a atividade do túnel (deslocação sem tocar nas esponjas em forma de U).

5.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA

A intervenção psicomotora (ver Tabela 13) com o Ben decorreu durante as sessões de Psicomotricidade e da participação ativa no Grupo Terapêutico.

Tabela 13. Etapas da Intervenção Psicomotora - Ben

Etapas	Nº de Sessões
Avaliação Inicial	2
Intervenção Psicomotora	10
Avaliação Final	2

5.7.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)

A progressão terapêutica estabelecida através da grelha de observação psicomotora permitiu adequar os objetivos terapêuticos consoante as necessidades e os comportamentos ao longo da intervenção.

No parâmetro da expressão motora observou-se uma melhor adequação e controlo do tónus através da diminuição da tonicidade com maior evidência nas sessões de Psicomotricidade. As diferenças entre os dois contextos, sessões de Psicomotricidade e do Grupo Terapêutico, podem ser justificadas pela presença dos pares no segundo contexto referido. No entanto, no geral, a sua expressividade revelou uma menor insegurança e desconfiança. A qualidade dos gestos continuou a ser caracterizada pela falta de harmonia dos movimentos, associado aos movimentos mecânicos e robotizados característicos dos desenhos animados.

Na estruturação espaciotemporal destacou-se uma maior exploração do espaço durante a atividade espontânea no grupo terapêutico, enquanto no contexto individual revelou uma melhor capacidade de adaptação à fuga das rotinas, diminuindo a frequência com que questionava a organização e planeamento da sessão.

As alterações na relação com os objetos verificam-se através da maior disponibilidade corporal e espontaneidade, manifestado através do aumento da capacidade simbólica e do interesse sobre diversos objetos. Esta progressão é demonstrada nos relatórios de sessão no início e no final da intervenção (ver Anexo B.3.1 e B.3.2).

Nas competências sociais e emocionais o Ben mantém a dependência na educadora e a afetividade negativa uma vez que evidencia uma variedade de emoções negativas (ansiedade, preocupação e culpabilização). No entanto observou-se uma diminuição da frequência e intensidade das explosões temperamentais, destacando-se a referência da criança, numa das sessões de Psicomotricidade, ao relatar que já se controlava com maior facilidade na escola. Inicialmente a criança revelou desconforto e insegurança face ao toque, visível através do aumento da rigidez muscular, enquanto no final da intervenção, durante a relaxação ou as atividades de retorno à calma, era uma das estratégias mais eficazes para promover os estados de relaxamento.

A capacidade de adaptação foi manifestada também ao nível da expressão dos pensamentos e da linguagem, uma vez que reconheceu que por vezes as suas preocupações e julgamentos em relação aos outros são exagerados. Em contrapartida o Ben mantém o perfeccionismo rígido, relacionado com a organização, a importância em obter justificações sobre todos os assuntos e intolerância aos seus erros e dos outros, e a utilização da linguagem adesiva a personagens animadas manifestada no domínio verbal e não-verbal.

O último parâmetro da grelha, atenção e concentração, revela uma adequação destas capacidades ao demonstrar um maior interesse sobre o outro, tanto nas sessões de Psicomotricidade como no grupo terapêutico, manifesta mais atenção durante as tarefas realizadas.

5.7.2 – DRAW A PERSON

O Draw a Person, incluído na avaliação final, foi aplicado ao Ben, no dia 12 de julho de 2018, na sala dos grupos terapêuticos, correspondendo a uma idade cronológica de 10 anos e 8 meses.

Os resultados finais obtidos, com base nos desenhos realizados (incluídos no Anexo B.2.1), na avaliação quantitativa, comparativamente aos resultados iniciais (ver Tabela 14), correspondem a uma classificação total do teste na média, com um valor

standard de 99. A criança elaborou um desenho adequado para a sua faixa etária, igualando os valores totais.

Em relação aos desenhos individuais, os resultados comparados demonstram uma semelhança entre o número de detalhes elaborados nos desenhos, verificando-se a maior discrepância no desenho do próprio ao obter uma pontuação inferior na avaliação final. Esta diferença pode ser justificada pela inexistência do espelho como na avaliação inicial. No geral as pontuações finais demonstram uma maior homogeneidade entre os três desenhos elaborados, contrariamente às pontuações iniciais.

Tabela 14. Comparação dos resultados do DAP - Ben

	Homem (H)		Mulher (M)		Próprio (P)		Total (H + M + P)	
	I	F	I	F	I	F	I	F
Valor Bruto	39	43	43	44	49	44	131	131
Valor Standard	91	98	98	100	109	100	99	99
Percentil	27	45	45	50	73	50	47	47
Classificação Inicial: Average (média)								
Classificação Final: Average (média)								

A avaliação qualitativa permitiu destacar as diferenças no comportamento observado durante a execução dos desenhos, uma vez que o Ben revelou uma maior segurança e disponibilidade para os realizar, sem demonstrar ansiedade sobre o que se seguia depois da prova. A maior evidência da evolução qualitativa entre as avaliações corresponde à maior semelhança com a realidade, uma vez que a criança no decorrer da prova atribuiu detalhes reais aos desenhos elaborados, sem qualquer referência adesiva aos desenhos animados.

5.7.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

O Teste de Cópia de Figuras Complexas foi aplicado ao Ben, no dia 12 de julho de 2018, com uma idade cronológica de 10 anos e 8 meses, na sala dos grupos terapêuticos.

A comparação dos resultados, iniciais e finais (ver Figura 6), concluiu que continuou a realizar a prova adequadamente para a sua faixa etária ao revelar consistência com o tipo de construção nas duas execuções, correspondendo à justaposição de detalhes

sem um traço-base. É crucial enfatizar o aumento da pontuação na riqueza e exatidão em ambas as execuções, com maior evidência na cópia.

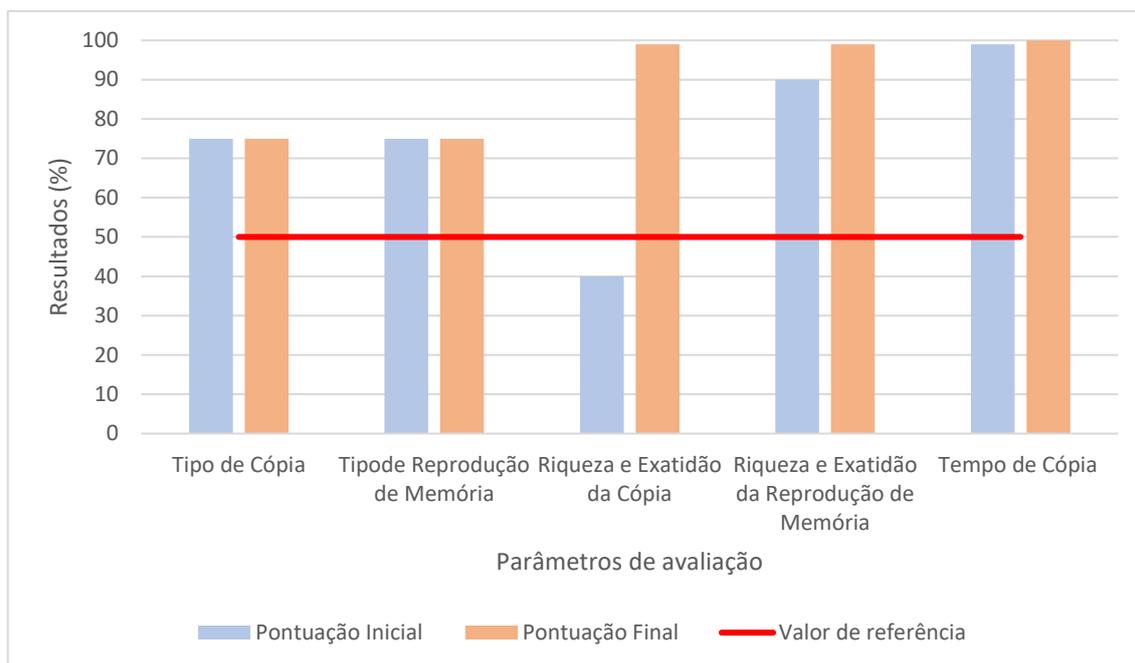


Figura 6. Comparação dos resultados do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ben

Em suma, o Ben realizou uma prova final mais equilibrada em todos os parâmetros de avaliação, justificado pela observação da diminuição do estado ansioso e de angústia por não saber o que ia acontecer durante o teste e a sessão. No geral, assim como na avaliação inicial, estes resultados podem ser explicados pelo perfeccionismo rígido, manifestado através da precisão, racionalidade e organização, ou seja, a preocupação existente para não cometer erros.

5.8 – DISCUSSÃO

Em primeiro lugar é crucial evidenciar que os resultados obtidos emergiram da estrutura multidisciplinar existente entre as especialidades do serviço (Psicologia, Grupo Terapêutico e Psicomotricidade), que intervinham diretamente com o Ben, e da família, sendo este pressuposto indicado, por Houzel, Emmanuelli e Moggio (2004), na terapia com crianças com personalidade borderline.

Deste modo destaca-se que alguns dos objetivos terapêuticos foram delineados com base na possibilidade do trabalhado em grupo, nomeadamente no domínio social e emocional, ao nível da regulação emocional e da promoção da relação com os pares. O trabalho no Grupo Terapêutico do Ben incidiu sobre o desenvolvimento da consciência

emocional, observando-se a sua evolução, durante as dinâmicas, uma vez que no final da intervenção o Ben reconheceu e identificou as emoções vivenciadas e a situação envolvente. Para completar a intervenção da criança, os objetivos da intervenção psicomotora foram direcionados para a interiorização de estratégias e o desenvolvimento de mecanismos de autocontrolo que fossem utilizadas na vida diária da criança. Desta forma as competências emocionais podem ser promovidas através das estratégias adaptativas de regulação emocional e na verbalização das emoções através de métodos de relaxação (Veiga, & Rieffe, 2015). Neste seguimento as primeiras atividades desenvolvidas, quando as sessões decorriam durante o grupo terapêutico, foram baseadas no Treino Autógeno e no mindfulness, devido à transferência que pode ser feita para o quotidiano, sendo que a criança referiu conseguir-se acalmar ao integrar estes mecanismos no contexto escolar.

O outro princípio que sustentou a intervenção foi o desenvolvimento da relação terapêutica com o Ben, em que Bach e Farrel (2018) referem criar segurança e estabilidade emocional na criança. Esta aliança foi evidenciada através da confiança que ele depositou na Psicomotricista, concretizando-se o objetivo específico da diminuição das inseguranças e dos estados ansiosos, assim como da adequação do nível de vigilância às vivências. Esta evolução caracterizou-se pela evolução de um sentimento de desconfiança, manifestado através das reações hipertónicas associadas ao toque, até a sua utilização enquanto estratégia para atingir estados de relaxamento. Juntamente com iniciativa e criatividade manifestadas nas últimas sessões, em que o Ben expressou as suas ideias de forma autónoma, comportamento esse que não era manifestado no início.

O prazer e interesse durante a intervenção psicomotora possibilita o desenvolvimento da autoestima através da criatividade e espontaneidade (Costa, 2008), surgindo durante a brincadeira (Losivaró, 2012). Este fundamento permitiu orientar, numa segunda fase, os principais objetivos promovidos durante a intervenção foram reorientados para o aumento da autoestima, como estimular a espontaneidade e a autoconfiança, e o desenvolvimento das competências cognitivas, correspondendo ao desenvolvimento da capacidade simbólica e à estimulação da imaginação e criatividade. Estes objetivos foram alcançados durante as vivências no jogo espontâneo, observando-se os pressupostos apresentados por Plummer (2007) sobre o desenvolvimento da autoestima, incluindo a descoberta pessoal, a aceitação pessoal, a capacidade para cuidar

de si, o conhecimento da sua expressividade e a dos outros, a valorização pessoal e a compreensão pessoal sobre o momento presente.

No geral a personalidade borderline, em crianças, caracteriza-se por sintomas relacionados com a instabilidade emocional e comportamental, às dificuldades no controlo da frustração e emocional, à ansiedade de separação, à depreciação da própria imagem, à pobreza de competências simbólicas, às alterações na identidade (Coimbra de Matos, 2002; Strecht, 2003; Vidigal, 2005) e à fragilidade da identidade (Coimbra de Matos, 2002; Strecht, 2003; Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004; Afonso, 2015). Deste modo concluiu-se que foram alcançadas determinadas evoluções em grande parte das características sintomáticas evidenciadas nesta perturbação, principalmente na identidade e na valorização de si mesmo, uma vez que no final da intervenção o Ben demonstra interesse, iniciativa e vontade em partilhar a sua identidade à Psicomotricista.

6 – ESTUDO DE CASO – TEN

6.1 – IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício: Ten
- Género: Masculino
- Idade: 7 anos
- Escolaridade: 1.º ano

A história do Ten foi elaborada através da informação contida no registo de acolhimento, quando tinha 7 anos e 2 meses, e da anamnese efetuada na primeira consulta de psicomotricidade, correspondendo a uma idade cronológica de 7 anos e 6 meses.

Nos dados familiares deve ser referido que o menino reside com os pais, em união de facto há 14 anos, e com dois irmãos, um do género masculino e outro do feminino com 13 e 9 anos respetivamente. No genograma, representado na Figura 7, para além da ilustração dos membros do agregado familiar destaca-se o papel ativo dos avós, especialmente os maternos, na educação do Ten, em que a mãe refere não imporem regras e limites na criança. No entanto referiu que os pais adotam um estilo educativo permissivo ao aceitar algumas das vontades impostas pelo menino.

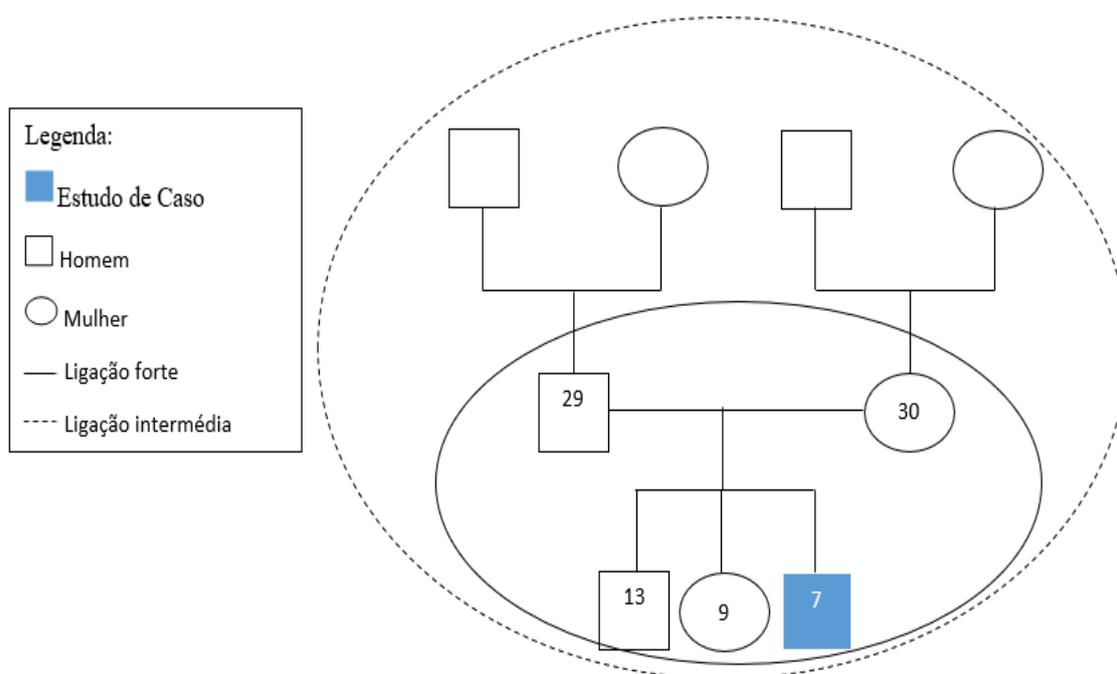


Figura 7. Genograma do Estudo de Caso – Ten

O motivo de encaminhamento para a Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental relaciona-se com as dificuldades de atenção, a hiperatividade, a intolerância à frustração e os problemas de comportamento como desrespeito pelas regras, desafio e oposição no contexto familiar e escolar. Após a entrevista familiar realizada na consulta de acolhimento, o caso foi discutido na reunião de equipa e encaminhado para a especialidade de psicologia e posteriormente para psicomotricidade.

Em relação ao desenvolvimento pré e pós-natal foi referido que a gravidez não foi planeada, mas ambos os pais desejaram a criança, decorrendo sem complicações. O parto decorreu sem alterações com um peso de 4170g e um Índice de Apgar de 10/10. A mãe descreveu que o Ten sempre foi um bebé calmo e que não existiram problemas no sono ou alimentação. Sobre marcos de desenvolvimento, constatou-se que o menino adquiriu a marcha por volta do 1º ano de vida coincidindo com o controlo dos esfíncteres diurnos e noturnos.

Na autonomia destacam-se as alterações existentes na higiene do sono manifestada através das dificuldades em adormecer, surgindo entre os 3 e os 4 anos, pelo que foi receitado terapêutica medicamentosa natural para as insónias, contudo, aquando a consulta de acolhimento, a mãe referiu que o menino partilha o quarto com o irmão e que, apesar da agitação e de adormecer com a televisão acesa, as dificuldades em adormecer diminuíram e já não toma medicação. Na alimentação e higiene pessoal, apesar da impulsividade e agitação evidenciada, é considerada uma criança autónoma e que ajuda nas tarefas quando os pais solicitam.

Sobre o historial médico foi referido que o Ten tem dificuldades visuais, e por isso utiliza óculos, e sofreu uma cirurgia auditiva preventiva pelos problemas de surdez genéticos maternos, tendo decorrido sem alterações ou sequelas.

Na evolução dos sintomas e problemas foi referido que as queixas sobre o comportamento surgiram aos 4 anos, enquanto frequentava a pré-escola associadas a alterações no comportamento, incluindo auto e hétero-agressividade, agitação e desafio, e dificuldades de atenção tanto no contexto escolar como familiar, em que a mãe relatau que foi convocada à escola porque não conseguiam controlar e acalmar a criança. Quando ingressou no 1.º ciclo estes problemas intensificaram-se com aparecimento de dificuldades ao nível da aprendizagem, ficando retido no 1º ano por não adquirir os conhecimentos lecionados. Devido ao tempo de espera entre o pedido e a realização da entrevista familiar, o menino começou a ser seguido em pedopsiquiatria, sendo

diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do tipo Hiperatividade-Impulsividade e medicado com Rubifene 20mg (manhã e tarde) e Risperidona 1ml (antes de dormir).

6.2 – AVALIAÇÃO INICIAL

6.2.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)

A observação psicomotora decorreu durante as três primeiras sessões destinadas à avaliação psicomotora, correspondendo a uma idade cronológica de 7 anos e 6 meses.

No parâmetro da expressão motora observou-se que o Ten apresenta uma agitação psicomotora e irrequietude acentuada uma vez que se movimenta pela sala aos saltos e a correr, incluindo durante momentos que implicam uma maior imobilidade. A expressividade e a postura relacionam-se pela demonstração de alegria, desafio e de interesse pelo espaço. Estes comportamentos influenciam negativamente a coordenação motora observado através das quedas frequentes e de tropeçar nos materiais.

Na orientação espacial constatou-se que reconhece as noções básicas, como cima, baixo, frente e trás, e os caminhos percorridos entre a sala de espera e a sala dos grupos terapêuticos. Apresenta algumas dificuldades a nível da organização temporal ao não referir o dia em que decorrem as sessões e a ordem das atividades realizadas durante as sessões.

Durante o jogo espontâneo revelou uma desorganização na relação com os objetos associada à excitação manifestada na exploração do espaço e dos materiais disponíveis. A criança investe pouco na utilização dos materiais, sendo necessário a Psicomotricista estimular e incentivar a realização de uma tarefa. No entanto demonstra uma preferência pelos jogos de construção com cubos e por carros. Para além disso foi essencial lembrar diversas vezes que deveria arrumar os materiais que utilizou ao longo das sessões.

A atitude desafiante interfere com o cumprimento de regras, com a relação com o adulto e o tipo de jogo utilizado, destacando-se a necessidade demonstrada em contrariar as indicações da terapeuta e marcar a sua posição ao tentar controlar as atividades, optando pelos jogos de competição.

Os pensamentos e a linguagem revelam algumas alterações devido à excitação evidenciada durante estas sessões, demonstrando dificuldades na organização do pensamento e na linguagem verbal, associada à expressão das ideias, sendo necessário solicitar que a criança repetisse as suas ideias.

Em suma, o Ten revela períodos de atenção e concentração reduzidos, alternando entre atividades com muita frequência sem as terminar, contudo quando utilizadas estratégias, como reforço positivo e competição, consegue executar as tarefas adequadamente e permanecer nelas durante períodos mais longos.

6.2.2 – DRAW A PERSON

O Draw a Person foi aplicado no dia 2 de abril de 2018, correspondendo a uma idade cronológica de 7 anos e 6 meses, sendo esta a primeira sessão em que o Ten aceitou estar sozinho com a terapeuta e sem o efeito da medicação. Como a avaliação decorreu numa sala com vários materiais à disposição é importante considerar a existência de agentes de distração. Por este motivo para além da observação de uma maior impulsividade e agitação o menino adotou uma postura desafiante e de oposição pelo que a Psicomotricista começou por organizar a sessão com a criança ao estabelecer que após a atividade espontânea iria realizar os desenhos propostos.

Desta forma, a avaliação qualitativa do DAP com base na observação durante a execução dos desenhos solicitados, consistiu na falta de investimento e de interesse com maior evidência no desenho do próprio, devido ao desvio do olhar para os materiais circundantes e por solicitar o término da sessão. Durante a realização dos desenhos destaca-se a utilização da mãe como modelo de referência, mencionando várias características físicas durante o desenho da mulher, e da desvalorização pessoal durante o do próprio, sendo este o desenho com menor tempo de trabalho.

Os resultados obtidos, baseados na cotação dos desenhos (ver Anexo C.1.1), permitem concluir que na avaliação quantitativa (ver Tabela 15), o Ten obteve uma classificação total do teste na média correspondendo a um desempenho adequado para a sua faixa etária. Quando estabelecida uma relação entre os resultados quantitativos e a observação concluiu-se que a utilização do modelo de referência no desenho da mulher permitiu obter uma pontuação mais elevada (valor bruto de 44) em oposição ao desenho do próprio com uma menor pontuação (valor bruto de 34) quando desvalorizou as suas próprias características.

Tabela 15. Resultados iniciais do DAP - Ten

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Total (H + M + P)
Valor Bruto	38	44	34	116
Valor Standard	103	114	97	106
Percentil	58	82	42	66
Classificação do Teste: Average (média)				

6.2.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

A execução do Teste de Cópia de Figuras Complexas foi realizada no dia 9 de abril de 2018, quando o Ten tinha 7 anos, durante a 3.^a sessão na sala dos grupos terapêuticos, sendo importante considerar a existência de muitos estímulos externos que podem prejudicar o desempenho evidenciado nas execuções (ver Anexo C.1.2).

Os resultados (ver Figura 8) revelam um desempenho adequado para a faixa etária contudo verifica-se uma inconsistência no tipo de construção, dado que utilizou o tipo V na cópia que corresponde a uma realização que tem por base um fundo de linhas que evidenciam detalhes reconhecíveis, enquanto na reprodução empregou o tipo VI pela reprodução de uma figura associada a um esquema familiar semelhante a uma casa. Como representado no gráfico verifica-se que obteve um desempenho inferior ao desejado para a sua faixa etária na riqueza e exatidão da cópia.

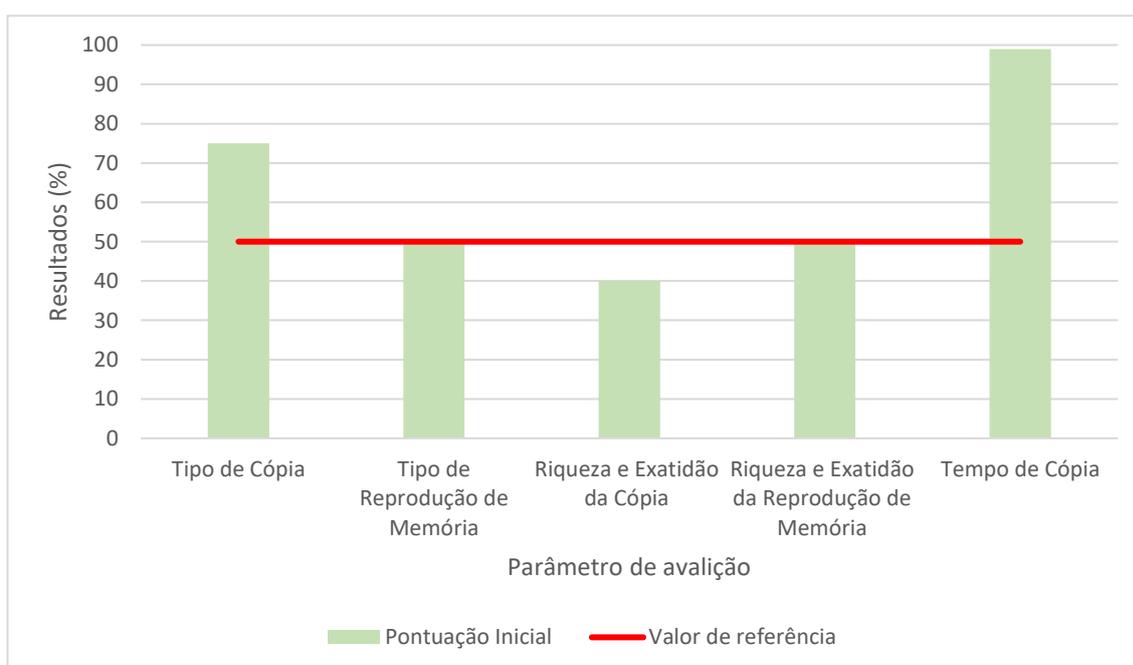


Figura 8. Resultados iniciais do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ten

Em suma, pode ser retirado que a utilização de um curto período de execução relaciona-se com uma incapacidade de análise ou por considerar o resultado suficiente. No entanto, o desempenho demonstrado pode resultar dos comportamentos adotados pela criança, revelando impulsividade, desinteresse, desmotivação e falta de atenção durante o teste.

6.2.4 – TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky foi aplicado, no dia 9 de abril de 2018, na segunda sessão com o Ten, correspondendo a uma idade cronológica de 7 anos e 6 meses.

A avaliação quantitativa (ver Figura 9), correspondeu a uma pontuação total obtida de 42 o que corresponde a um standard score de 50, categorizado como nível médio para a sua faixa etária. Nas áreas mais fracas obteve uma percentagem inferior a 50%, correspondendo à destreza manual (44%), coordenação dos membros superiores (33%) e força (22%). Estas pontuações podem ser associadas à evidência de comportamentos disruptivos através da maior agitação, falta de interesse e oposição. Sendo que no item 5 (enfiar blocos) desafiou a terapeuta, levantando-se da cadeira durante as duas execuções, no item 11 (driblar a bola) evidenciou intolerância à frustração e baixa autoestima ao atirar a bola contra o teto e os armários e no item 12b ao recusar executar a atividade.

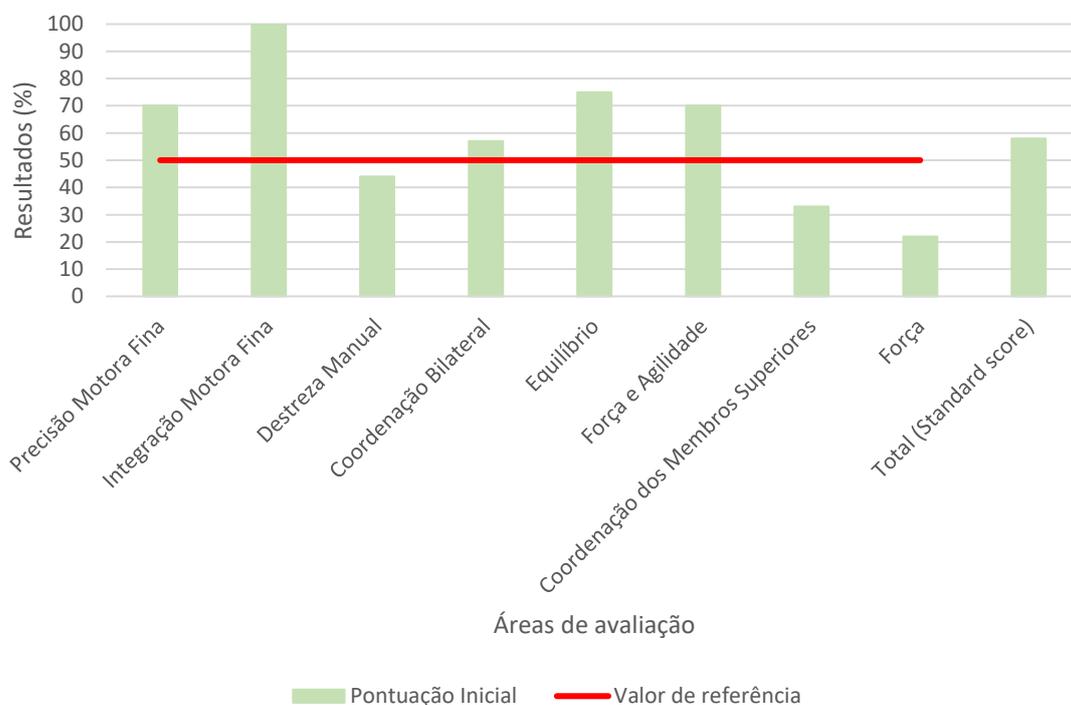


Figura 9. Resultados iniciais do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky - Ten

Na avaliação qualitativa observou-se que o Ten tem a lateralidade definida com preferência pela direita no membro superior e inferior. Relativamente ao comportamento destacou-se o desafio e a oposição, tendo a Psicomotricista realizado atividades lúdicas, escolhidas pela criança, entre as provas para incentivar o interesse, utilizando-se a negociação como estratégia para concluir a aplicação do teste

6.2.5 – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES

O SDQ-Por foi entregue à mãe no dia 9 de março de 2018. Apesar de ser referido que poderia ser entregue na sessão seguinte para ser preenchido em conjunto com o pai da criança, a mãe completou o questionário, enquanto decorria a sessão com o Ten.

Com base nos resultados obtidos (ver Tabela 16) verificou-se que existem alterações significativas no comportamento do Ten, uma vez que obteve um total de dificuldades de 25 categorizado como anormal.

Tabela 16. Resultados iniciais do SDQ-Por - Ten

Escala	Pontuação	Categoria
Sintomas Emocionais	4	Limítrofe
Problemas de Comportamento	6	Anormal
Hiperatividade	10	Anormal
Problemas com os Pares	5	Anormal
Total de Dificuldades	25	Anormal
Comportamento pro-social	7	Normal
Impacto	10	Anormal

Para recolher o máximo de informação do questionário foram evidenciados itens, das várias escalas, nos quais obteve uma pontuação máxima. Nos problemas de comportamento salienta-se a elevada frequência com que a criança se irrita e faz birras, na hiperatividade verifica-se a inquietude e distração e nos problemas com os pares destaca-se a tendência para o isolamento. Enquanto no suplemento de impacto deve ser referido que as dificuldades do Ten interferem negativamente com todos os ambientes mencionados, como a nível das aprendizagens escolar, do contexto familiar, das relações com os pares e das atividades livres.

6.3 – ELEMENTOS CRITÉRIO

Os elementos critério consistem na identificação das características e dos dados relevantes estabelecidos com base na identificação e nos resultados da avaliação, tendo como objetivo estabelecer a caracterização do Ten e a elaboração das hipóteses explicativas:

- Comportamentos de desafio e agressividade;
- Hiperatividade e dificuldades de atenção;
- Impulsividade;
- Intolerância à frustração;
- Baixa autoestima;
- Insucesso escolar;
- Estilo parental permissivo;
- Boa-disposição;
- Interesse e motivação pelas sessões;
- Compromisso terapêutico dos pais.

6.4 – HIPÓTESES EXPLICATIVAS

A perspectiva desenvolvimental destaca a existência de fatores precoces que determinam o aparecimento da PHDA, uma vez que as competências de regulação emocional e comportamental são desenvolvidas durante a idade pré-escolar (Vidigal, 2005). Antes dos 4 anos é difícil assinalar quais os comportamentos desajustados ou considerados normativos face à idade da criança (Antunes, 2014^b; APA, 2014), no entanto existem sinais de risco associados à PHDA em idades precoces, como as alterações na higiene do sono (Barrias, 2014; Costa, 2017), sendo que a regulação do sono permite o estado de repouso e diminuição de tensões (Marcelli, 2005), a atividade excessiva (Marques, & Cepêda, 2009; Barrias, 2014; Costa, 2017) e a dificuldade em reconhecer perigos (Marques, & Cepêda, 2009). Desta forma, estabelece-se uma correspondência entre os sinais de risco referidos e os comportamentos do Ten, uma vez que a mãe da criança referiu que os problemas surgiram por volta dos 4 anos, incluindo dificuldades em adormecer, tendo sido necessário recorrer a terapêuticas medicamentosas, comportamentos agressivos, agitação e dificuldades de atenção.

A impulsividade pode corresponder a manifestações da instabilidade (Berger, 2001) e quando atinge estados patológicos pode interferir com a regulação do sono, as

aprendizagens escolares e a regulação dos comportamentos agressivos (Marcelli, 2005). Esta caracteriza-se pelo desrespeito pelas regras, descontrolo emocional e desconhecimento das consequências dos seus comportamentos (Berger, 2001). No controlo dos impulsos o Ten revela dificuldades na inibição dos movimentos e das emoções. Maccoby (1980 cit. in Cole, & Cole, 2001) descreve que a primeira, inibição dos movimentos, se relaciona com a dificuldade para encerrar uma ação, enquanto a segunda remete para o controlo das emoções que vivencia no momento presente. A observação psicomotora e os resultados qualitativos dos instrumentos de avaliação evidenciaram a desistência das atividades antes da sua conclusão e o descontrolo emocional quando contrariado.

As competências para regular a atenção e de autocontrolo influenciam a aquisição da resistência à frustração (Papalia, Olds, & Fieldman, 2009), podendo ser relacionado com a incapacidade do adulto para fixar limites à criança (Gueniche, 2005). Desta forma a intolerância à frustração e a impulsividade manifestados pelo Ten podem ser influenciadas pelo estilo parental adotado pelos pais, em que estes o classificaram como permissivo, uma vez que a criança conseguia impor as suas vontades.

As dificuldades nas relações interpessoais apresentam um maior risco no desenvolvimento de problemas relacionados com o insucesso escolar (Matos, & Simões, 2001; Vidigal, 2005; Veiga, & Rieffe, 2015), o isolamento social e os comportamentos de violência (Matos, & Simões, 2001).

Durante a idade escolar as dificuldades escolares, no controlo dos impulsos, na regulação emocional e nas relações, consideram-se fatores de risco no desenvolvimento de uma perturbação mental (Moreira, & Melo, 2005). Consequentemente torna-se crucial destacar a manifestação dos comportamentos agressivos do Ten com os pares e adultos desde a idade pré-escolar.

A sintomatologia da PHDA resulta do prejuízo das funções executivas, incluindo a regulação e integração do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental (Barrias, 2014). Dos critérios de diagnóstico, apresentados no DSM-V (2014), que corroboram este diagnóstico no caso, destacam-se as dificuldades em manter a atenção em tarefas com maior exigência e na organização e no planeamento das atividades, comprovado durante a observação psicomotora, através da desistência das atividades, e dos resultados do Teste de Cópia de Figuras Complexas ao ser necessário orientar o foco de atenção para a prova. As dificuldades de atenção, apesar da maior evidência em tarefas

mais exigentes, acabam por ser manifestadas durante o jogo através da mudança frequente de atividade (Lopes, 2000), prejudicando a interação social com os pares (Afonso, 2014).

A hiperatividade e impulsividade, incluído como sintoma típico no DSM-V (2014), podem incidir sobre o domínio motor, verbal e cognitivo (Afonso, 2014), comprovados com maior incidência do que a área acima descrita, uma vez que estes sintomas foram constatados nos resultados obtidos no SDQ-Por, nomeadamente nos parâmetros dos problemas de comportamento, hiperatividade e no problema com os pares, na observação da agitação psicomotora durante o jogo espontâneo e das informações obtidas junto da professora da criança. Estas características permitem especificar a perturbação com a predominância de hiperatividade e impulsividade.

O SCD-Por permitiu comprovar o impacto existente nos diversos contextos em que a criança está inserida, certificando o diagnóstico de PHDA acordo com o DSM-V, sobre o prejuízo em vários ambientes.

Em conjunto com as características típicas desta perturbação acrescentam-se os sintomas de intolerância à frustração, instabilidade emocional e dificuldades no respeito de regras e limites (Barrias, 2014), correspondendo aos comportamentos manifestados pela criança. Nas dificuldades das competências emocionais podem ser incluídas as alterações na consciência emocional, quando relacionado com capacidade atencional para distinguir as emoções e modificações fisiológicas vivenciadas, e na regulação emocional, pelo controlo e gestão das emoções reconhecidas, adaptando-se às experiências (Veiga, & Rieffe, 2015). Estas dificuldades coincidem com os relatos da mãe e os resultados da observação psicomotora, uma vez que o Ten revelou dificuldades em reconhecer as modificações corporais e as situações e emoções associadas.

As aprendizagens resultam da interação entre três determinantes, sendo elas a criança, a família e a escola (Marcelli, 2005), sendo a motivação da criança crucial na aquisição de conhecimentos (Marcelli, 2005; Papalia, Olds, & Fieldman, 2009). A escola desempenha um papel fundamental no desenvolvimento ou desintegração da personalidade das crianças, esta desintegração relaciona-se com a desorganização na adaptação, desencadeando sentimentos de frustração e desinteresse pelas aprendizagens e comportamentos disruptivos (Ferreira, 2002), ou pela inadequação das metodologias dirigidas para crianças com dificuldades nas aprendizagens escolares (Marcelli, 2005). Por este motivo, destacam-se as informações obtidas de que a criança, apesar de repetir

as aprendizagens escolares do 1.º ano, não teve acesso a apoios educativos ou adequações do plano curricular para as suas necessidades.

Nesta perturbação associam-se as dificuldades na coordenação motora (Costa, 2017), prejudicada pela excitação manifestada durante as atividades (Neto, 2014), constatando-se nos resultados do Teste de Proficiência motora ao nível da coordenação bilateral, coordenação dos membros superiores e força. Existe uma relação entre a coordenação óculo-manual com o desenvolvimento da representação gráfica, assim como entre as dificuldades na estruturação espaciotemporal e as inseguranças afetivas, resultantes das vivências relacionais com os outros e os objetos, interferindo com a aquisição das competências na leitura e matemática (Lapierre, & Aucouturier, 2004).

A baixa autoestima do Ben observou-se através dos comentários depreciativos sobre a sua imagem, durante a realização do desenho do próprio no DAP, e das suas capacidades motoras em jogo espontâneo, sendo que Papalia, Olds e Fieldman (2009) referem que quando as crianças com PHDA falham não conseguem adaptar novas estratégias para alcançar os objetivos, acabando por desistir. Esta característica pode resultar do desespero da família evidenciado através das chamadas de atenção e culpabilização da criança, em que a intolerância sobre os comportamentos desajustados pode criar situações de conflito nas relações (Antunes, 2014^a; Costa, 2017). Estas relações estabelecem-se entre a variação entre regras e punições exageradas até à ausência de limites (Salgueiro, 1996), levando a criança a aumentar esse mesmo comportamento como resposta à imposição (Marcelli, 2005).

6.5 – PERFIL

6.5.1 – PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

No perfil intra-individual (ver Tabela 17) estabelecem-se as áreas de competência e de intervenção, baseadas na observação psicomotora, permitindo delinear os objetivos terapêuticos e orientar a intervenção psicomotora consistentes com as necessidades do Ten.

Tabela 17. Perfil Intra-Individual - Ten

Áreas de Competência	Áreas de Intervenção
Espontaneidade	Autoestima
Criatividade	Atenção
Iniciativa	Controlo da agitação psicomotora
Capacidade de relaxação passiva	Resolução de Problemas
	Planeamento e Organização
	Coordenação Oculo-manual
	Regulação Emocional
	Insucesso Escolar

6.5.2 – OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Com base na observação psicomotora, foram estabelecidos os objetivos terapêuticos apresentados na Tabela 18.

Tabela 18. Objetivos Terapêuticos - Ten

DOMÍNIO PSICOMOTOR	
OBJETIVO GERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
Adequar a tonicidade	Diminuir a agitação psicomotora Aumentar a consciência dos estados tónico-emocionais
Desenvolver a estruturação espaciotemporal	Aumentar a capacidade de sequencialização
Promover a praxia global	Melhorar a coordenação óculo-manual
Promover a praxia fina	Melhorar a destreza manual
Desenvolver a percepção visual	Estimular a discriminação visual das letras
DOMÍNIO COGNITIVO	
Promover a linguagem verbal	Estimular a expressão das ideias Aumentar a verbalização
Desenvolver as competências cognitivas	Aumentar a concentração na tarefa Aumentar os períodos de atenção Promover o planeamento e organização das atividades Estimular a representação gráfica dos materiais e letras
DOMÍNIO SOCIAL E EMOCIONAL	
Desenvolver a autoestima	Aumentar o sentimento de autocompetência Estimular a autoconfiança
Promover a regulação emocional	Aumentar o controlo dos impulsos Aumentar a resistência à frustração Desenvolver competências adaptativas Aumentar a consciencialização dos estados emocionais Desenvolver mecanismos de autocontrolo

6.6 – PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

6.6.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A terapêutica deve incluir intervenções multidisciplinares (Barrias, 2014), compreendendo a parceria com os contextos em que a criança está inserida ao incluir uma orientação para os pais, a fim de promover a relação familiar através de estratégias dirigidas para os comportamentos, e a colaboração da escola (Marcelli, 2005). As práticas parentais devem incluir o estabelecimento de regras e limites e a utilização do reforço positivo (Marques, & Cepêda; 2009), sustentada na comunicação e colaboração entre a criança e a família (Antunes, Silva, & Afonso, 2014).

A terapia psicomotora é indicada para a intervenção na PHDA (Berger, 2001; Marcelli, 2005; Silva, & Santos, 2014), recomendando-se a terapia individual para crianças que apresentam desorganização motora e dificuldades em mentalizar e representar as suas ações, observando-se uma repetição sistemática das atividades motoras (Berger, 2001). Esta incide sobre as práticas parentais e o desenvolvimento de capacidades sociais e adaptativas (Moreira, & Melo, 2005; Costa, 2017), da motricidade global, da estruturação espaciotemporal, da noção do corpo (Costa, 2017) e da regulação emocional nas crianças em idade escolar (Moreira, & Melo, 2005).

A metodologia semiestruturada inclui o planeamento de atividades dirigidas pelo terapeuta e a espontaneidade e criatividade da criança. Esta parceria possibilita a capacidade de organização e planeamento da criança, promovendo a autonomia através do controlo dos impulsos (Costa, 2008), da valorização pessoal e da criação de limites (Costa, 2017), mediante a interiorização das ações (Costa, 2008). Berger (2001) destaca a importância da atitude terapêutica, em que o Psicomotricista deve compreender a necessidade da criança para controlar o jogo, impondo as suas vontades gradualmente para não prejudicar a relação.

A utilização do jogo com elementos lúdicos aumenta a expressividade, indicando-se a utilização de jogos funcionais, de construção, com regras e simbólicos (Vidigal, 2005), sendo que o último proporciona, através da espontaneidade, a integração das vivências (Vidigal, 2005). A integração da criatividade e imaginação possibilita a expressão das situações traumáticas e stressantes (Pires, & Moreira, 2005), evitando que a criança utilize mecanismos de fuga ou oposição (Lapierre, & Aucouturier, 2004). Desta

forma será também aumentado o tempo de atenção nas tarefas e, conseqüentemente, a capacidade de controlo dos impulsos (Costa, & Fernandes, 2012; Silva, & Santos, 2014) e resolução de problemas (Silva, & Santos, 2014). A consciencialização resulta das informações corporais da criança e do meio envolvente, do desenvolvimento das capacidades de sequencialização e ordenação espaciotemporal e da regulação dos impulsos, pelo que se indica, na intervenção para crianças com sintomatologia da hiperatividade, a criação de um espaço que possibilite o desenvolvimento das dificuldades existentes na elaboração e no pensamento das experiências (Vidigal, 2005).

Os métodos de relaxação são indicados para a PHDA do tipo hiperativo/impulsivo devido à hipertonicidade manifestada (Silva, & Santos, 2014), uma vez que permitem a integração desde os vários segmentos corporais até à globalidade do corpo da criança, a fim de desenvolver a organização dos seus comportamentos e da relação com os outros (Vidigal, 2005).

As aprendizagens escolares dependem do desenvolvimento das capacidades motoras e relacionais (Giromini, Albaret, & Scialmon, 2015), desenvolvendo-se através da fundamentação indicada. Destaca-se o desenvolvimento da linguagem oral e escrita na criança através do prazer e desejo pela comunicação com o outro e expressão e inscrição da sua marca (Lapierre, & Aucouturier, 2004; Aucouturier, 2010).

6.6.2 – ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

A relação estabelecida com a mãe do Ten foi uma das primeiras estratégias utilizadas durante a intervenção, criada através das reuniões e dos momentos antes e depois das sessões, a fim de, segundo Vidigal (2005), recolher mais informações sobre a criança e a família, diminuir os conflitos existentes sobre as capacidades parentais, através da consciencialização das dificuldades, e aumentar a adesão e comprometimento. A definição de horários e rotinas das sessões permite desenvolver capacidades de regulação e organização (Antunes, Silva, & Afonso, 2014).

A estimulação do prazer e da participação nas atividades possibilita o aumento da segurança na criança, desenvolvendo-se através das experiências positivas (Emck, & Bosscher, 2010).

A organização da sessão, segundo Vidigal (2005), deve ter por base a diminuição progressiva do nível de movimento exigido. Desta forma, em conjunto com a criança, as atividades desenvolvidas eram estruturadas de acordo com esse princípio, sendo que esta parceria, segundo Antunes, Silva e Afonso (2014), permite aumentar a capacidade de

atenção, o controlo dos impulsos, a estruturação temporal, a regulação emocional e o planeamento. Esta estratégia resultou da expressão escrita dos materiais necessários ou da sua representação gráfica.

A integração da autoinstrução permite que a criança interiorize as suas ações, enquanto o desenvolvimento das capacidades de expressão verbal permite o controlo do comportamento (Vidigal, 2005), diminuindo as reações agressivas (Papalia, Olds, & Fieldman, 2009), por este motivo, a Psicomotricista solicitou que o Ten verbalizasse as atividades e as ações.

Os comportamentos foram contidos através das estratégias de responsabilização e negociação, relacionado com a recompensa pelos comportamentos positivos, a fim de permitir a adequação do comportamento (Vidigal, 2005; Marquet-Dolèac, 2015), indicadas para as crianças com PHDA (Marquet-Dolèac, 2015). No entanto durante os comportamentos desajustados sugere-se um tempo de pausa, sem qualquer reforço, para evitar a continuidade das ações negativas (Vidigal, 2005).

Por último é fundamental destacar a utilização da competição no decorrer da intervenção, elaborando-se tabelas de pontuações em várias sessões, visando a manutenção do Ten nas tarefas até ao seu final, aumentando o tempo de atenção, promover o planeamento de atividades para igualar as sugestões da Psicomotricista e estimular o prazer pela expressão escrita.

6.6.3 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES

A intervenção psicomotora semiestruturada incluiu atividades planeadas pela Psicomotricista e desenvolvidas pela criança.

O exemplo de uma atividade delineada compreendeu a elaboração de um percurso psicomotor com várias repetições, em que teve que selecionar um cartão e referir uma palavra iniciada com a letra representada, intercalando com as atividades motoras, como o lançamento de bolas, a passagem entre os arcos presos na cadeira e o rebolar no tapete. No final das repetições solicitou-se que representasse graficamente as palavras referidas durante a execução do percurso.

Uma das atividades preferidas do Ten incidiu sobre as corridas de carros, integrando esta atividade em muitas das sessões. Os percursos eram planeados de forma intercalada entre a criança e a Psicomotricista, solicitando-se que utilizasse a expressão verbal para explicar as suas ideias.

6.7 – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA

A intervenção psicomotora (ver Tabela 19) com o Ten decorreu ao longo de 15 sessões semanais, dividindo-se entre a avaliação inicial, a intervenção e a avaliação final.

Tabela 19. Etapas da Intervenção - Ten

Etapas	Nº de sessões
Avaliação Inicial	4
Intervenção Psicomotora	9
Avaliação Final	2

6.7.1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)

A progressão terapêutica observada ao longo da intervenção permitiu adequar os objetivos terapêuticos consoante as necessidades e os comportamentos manifestados, segundos os parâmetros da grelha de observação.

No primeiro parâmetro, correspondente à expressão motora, observou-se que o Ten manteve a agitação psicomotora e irrequietude acentuada, no entanto demonstrou uma maior capacidade para adequar o seu comportamento durante momentos que implicavam uma maior imobilidade, sem que a Psicomotricista o chamasse à atenção, beneficiando a qualidade dos gestos.

Na orientação espacial manteve o reconhecimento das noções básicas, como cima, baixo, frente e trás, e os caminhos percorridos entre a sala de espera e a sala dos grupos terapêuticos. Enquanto na estruturação temporal demonstrou uma maior capacidade em ordenar atividades realizadas durante as sessões e identificar o dia da semana em que decorrem.

No final da intervenção a relação com os objetos caracterizou-se por uma maior organização na exploração do espaço e dos materiais, manifestada através investimento na sua utilização, mantendo a preferência pelos jogos com carros e de construção com cubos. Para além disso verificou-se uma maior autonomia na arrumação dos materiais antes de iniciar outra atividade.

As competências sociais e emocionais manifestam-se através da diminuição da postura desafiante, sendo que a criança solicita os jogos de cooperação com a

Psicomotricista. No geral compreende-se uma adequação da capacidade empática da criança, ainda que se mantenha a observação de intolerância à frustração nos momentos em que quer impor a sua vontade (ver Anexo C.3.1 e C.3.2).

As alterações apresentadas manifestaram-se também ao nível da organização do pensamento e da linguagem, ou seja, a diminuição da impulsividade e agitação foram expressas através do aumento da clareza para expor as suas ideias.

Por último, apesar de se manter a observação dos curtos períodos de atenção e concentração, o Ten consegue permanecer em determinadas atividades até ao fim, sem que a Psicomotricista sinta necessidades de recorrer a estratégias com tanta frequência.

6.7.2 – DRAW A PERSON

O Draw a Person foi aplicado ao Ten, no dia 16 de julho de 2018, com uma idade cronológica de 7 anos e 10 meses, decorrendo na sala dos grupos terapêuticos no início da sessão, após ser definido com a criança.

A comparação dos resultados quantitativos do DAP demonstrados na Tabela 20, baseados na cotação dos desenhos (ver Anexo C.2.1), permitiu concluir a sua progressão ao obter uma classificação total do teste acima da média, correspondendo a um desempenho superior ao que seria de esperar para a sua faixa etária. Destes resultados destaca-se a diferença significativa no desenho do próprio em que obteve um valor bruto de 38, com um valor igual no desenho do homem, distinto da avaliação inicial ao corresponder aos valores mais elevados.

Tabela 20. Comparação dos resultados do DAP - Ten

	Homem (H)		Mulher (M)		Próprio (P)		Total (H + M + P)	
	I	F	I	F	I	F	I	F
Valor Bruto	38	41	44	43	34	41	116	125
Valor Standard	103	108	114	111	97	108	106	110
Percentil	58	70	82	77	42	70	66	75
Classificação Inicial: Average (média)								
Classificação Final: High Average (acima da média)								

Na avaliação qualitativa constatou-se que o Ten estabelece uma distinção entre géneros e idades, utilizando diferentes modelos de referência, tendo referido que o seu desenho deveria ser mais pequeno que os restantes. Assim como na avaliação inicial

manifestou desinteresse pela prova ao querer terminar a prova o mais rapidamente possível. A observação permitiu estabelecer que a maior diferença entre as duas avaliações, inicial e final, está relacionada com a diminuição da desvalorização das suas próprias características.

6.7.3 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

O Teste de Cópia de Figuras Complexas foi aplicado quando o Ten tinha 7 anos, no dia 23 de julho de 2018, na sala dos grupos terapêuticos, no início da sessão de Psicomotricidade.

A comparação dos resultados qualitativos (ver Figura 10), decorrendo com base na cotação da cópia e reprodução de memória (ver Anexo C.2.2), revelam um desempenho adequado para a faixa etária. Primeiramente deve ser referido que o Ten estava sob o efeito da medicação, o que influencia os resultados obtidos e a prestação observada na avaliação final. Ao contrário da avaliação inicial verificou-se uma homogeneidade no tipo de figura utilizado, correspondendo ao contorno da figura principal seguida de colocação de detalhes. Deste modo salienta-se o aumento significativo na riqueza e exatidão da cópia.

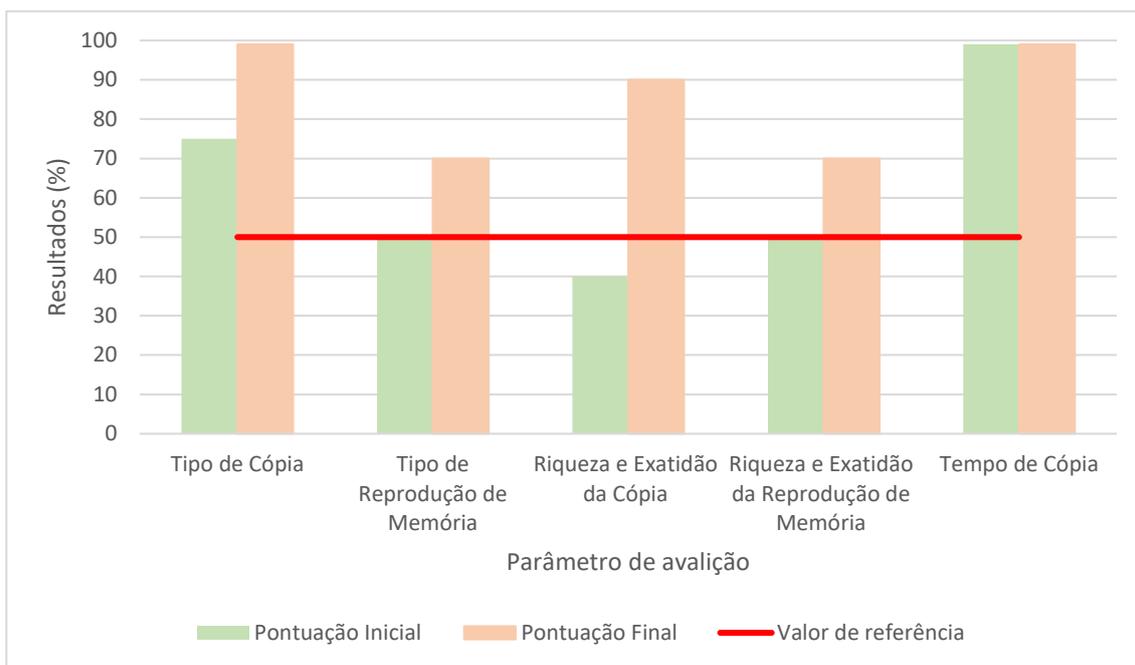


Figura 10. Comparação dos resultados do Teste de Cópia de Figuras Complexas - Ten

Em suma, como seria de esperar, os efeitos da medicação permitiram observar uma adequação do comportamento e nível de atenção face à exigência da prova proposta, contrariamente ao comportamento manifestado durante a avaliação inicial.

6.7.4 – TESTE DE PROFIÊNCIA MOTORA DE BRUININKS-OSERETSKY

A avaliação final do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky foi aplicada ao Ten no dia 16 de julho de 2018, correspondendo a uma idade cronológica de 7 anos e 10 meses.

A comparação dos resultados obtidos evidencia uma classificação descritiva igual à avaliação inicial, correspondendo a resultados adequados para a sua faixa etária, contudo o standard score diminuiu para 47. A Figura 11 demonstra o desempenho obtido em cada uma das áreas avaliadas, verificando-se um desempenho mais baixo em 3 delas, com maior significância ao nível da integração motora fina. Em contrapartida, melhorou significativamente no equilíbrio, obtendo a pontuação máxima, e na força e agilidade. No geral, assim como na avaliação inicial, evidencia mais dificuldades ao nível da destreza manual, coordenação dos membros superiores e força.

Quando se estabelece uma relação entre os resultados e a avaliação qualitativa, deve ser referido que o Ten inicia a sessão com a representação gráfica do planejamento e organização da mesma, podendo influenciar a sua capacidade de concentração e atenção

durante as primeiras atividades em que permanece sentado. Para terminar, destaca-se a necessidade da criança em demonstrar as suas capacidades à Psicomotricista ao querer acrescentar regras às provas propostas, pelo que foi necessário redirecionar várias vezes seu foco de atenção.

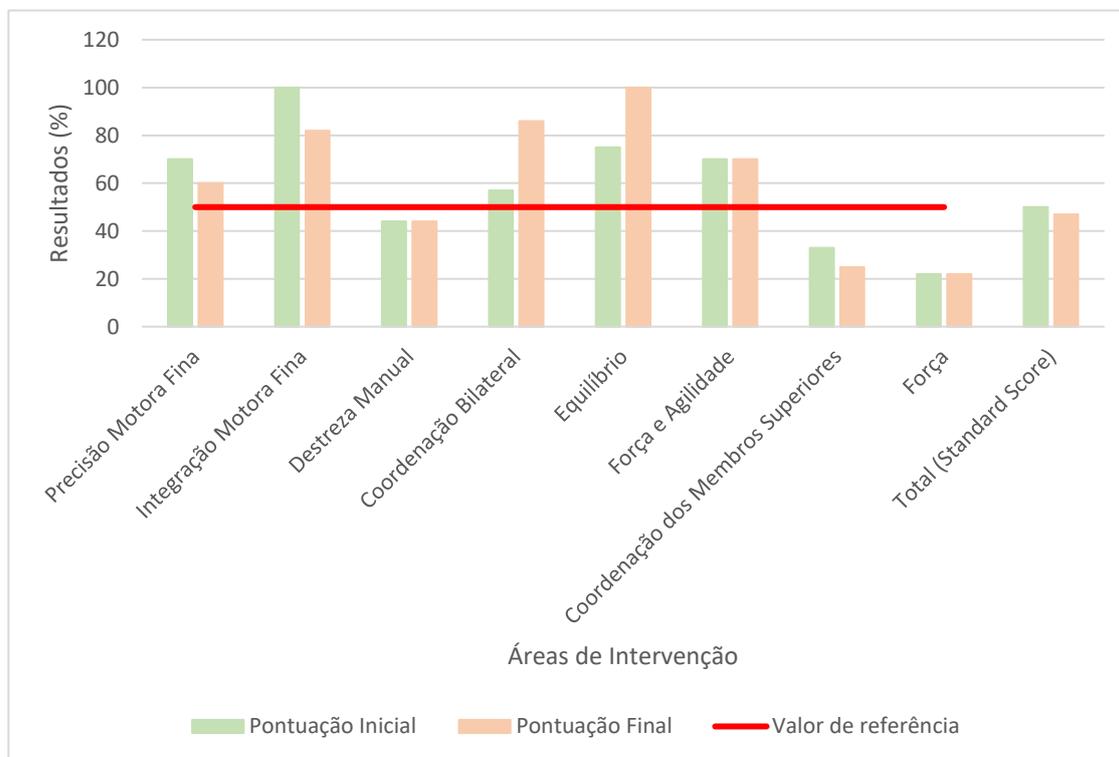


Figura 11. Comparação dos resultados do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky - Ten

6.7.5 – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES

O SDQ-Por foi preenchido no dia 23 de julho de 2018 pela mãe do Ten, durante a sessão de Psicomotricidade.

A Tabela 21 inclui a comparação entre os resultados obtidos na avaliação inicial e final, destes resultados enfatiza-se a diminuição da pontuação final obtida, correspondendo a um total de dificuldades de 23, sendo igualmente categorizado como anormal. No entanto devem ser destacadas as diferenças obtidas nas categorias em duas das escalas, verificando-se um aumento nos sintomas emocionais, relacionado com o item da tristeza e do desânimo, e a diminuição dos problemas com os pares, diminuindo a tendência para o isolamento.

Assim, como na avaliação inicial, este questionário incluiu o suplemento de impacto, mantendo-se as dificuldades em todos os contextos, contudo verifica-se uma diminuição da sobrecarga que estes comportamentos têm sobre a família. No final da

intervenção, esse mesmo suplemento, incluí uma informação adicional sobre a manutenção das dificuldades e a utilidade da terapia envolvida, desta forma, apesar da manutenção dos problemas existentes, a mãe descreveu que a intervenção proporcionou uma maior compreensão e suportabilidade dos comportamentos descritos.

Tabela 21. Comparação dos Resultados do SDQ-Por - Ten

Escala	Pontuação Inicial	Categoria	Pontuação Final	Categoria
Sintomas Emocionais	4	Limítrofe	6	Anormal
Problemas de Comportamento	6	Anormal	4	Anormal
Hiperatividade	10	Anormal	10	Anormal
Problemas com os Pares	5	Anormal	3	Limítrofe
Total de Dificuldades	25	Anormal	23	Anormal
Comportamento pro-social	7	Normal	8	Normal
Impacto	10	Anormal	10	Anormal

6.8 – DISCUSSÃO

Primeiramente devem ser estabelecidos os benefícios obtidos através da abordagem multidisciplinar, integrando a terapia psicomotora, a família e a escola do Ten. Devido às influências recíprocas entre os fatores neurobiológicos e sociais sobre o desenvolvimento (Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2015) considerou-se fundamental incluir o trabalho com os pais da criança, em que referem que as práticas parentais devem ser sustentadas na comunicação e colaboração entre a criança e a família (Antunes, Silva, & Afonso, 2014). A integração da família decorreu através do estabelecimento de uma relação empática sobre as dificuldades existentes, em que a Psicomotricista forneceu estratégias de práticas parentais e gestão dos comportamentos

desajustados, visando, segundo Vidigal (2005), diminuir os conflitos existentes sobre as capacidades parentais e aumentar a adesão e comprometimento na intervenção. Estes resultados foram demonstrados através das respostas ao suplemento de impacto do SDQ-*Por*, sendo descrito uma maior compreensão e suportabilidade dos comportamentos, juntamente com a responsabilidade e assiduidade demonstrada. A inclusão da escola possibilitou reunir mais informações sobre a criança, visando uma adequação dos objetivos terapêuticos que considerassem as necessidades e especificidades do Ten.

A intervenção psicomotora utilizada no caso, incorporando o jogo espontâneo e alguns fundamentos dos métodos de relaxação, permitiu obter modificações no comportamento do Ten, comprovadas na avaliação final.

No início da intervenção os principais objetivos desenvolvidos incidiram sobre a adequação da tonicidade, o desenvolvimento da estruturação espaciotemporal, ao nível da capacidade de sequencialização, a promoção da linguagem verbal, o desenvolvimento das competências cognitivas, o desenvolvimento da autoestima e a promoção da regulação emocional, uma vez a observação psicomotora demonstrou que as dificuldades mais acentuadas se relacionavam com a atenção, autoestima, agitação psicomotora, o controlo dos impulsos e a capacidade de organização e planeamento. As alterações verificadas decorreram através da integração da metodologia semiestruturada. Esta abordagem possibilitou, de acordo com Costa (2008; 2017) o desenvolvimento da capacidade de organização e planeamento da criança, promovendo a autonomia através do controlo dos impulsos, da valorização pessoal e da criação de limites. De modo que os resultados finais do DAP demonstraram que o Ten já se valoriza a si mesmo, identificando características positivas, contrariando a descrição durante a avaliação inicial, juntamente com a observação do seu comportamento ao revelar prazer e satisfação em demonstrar as suas capacidades à Psicomotricista.

Para atingir estes objetivos integrou-se a estratégia de elaborar graficamente o planeamento da sessão, que Antunes, Silva e Afonso (2014) referem permitir o aumento da capacidade de atenção, o controlo dos impulsos, a estruturação temporal, a regulação emocional e o planeamento. Desta forma, foi possível observar que a dificuldade demonstrada inicialmente para realizar uma atividade até ao fim, manifestada pela mudança constante entre as atividades e os materiais utilizados, se alterou para a capacidade para estabelecer uma atividade organizada sem a ajuda da Psicomotricista. Esta estratégia incidiu sobre as dificuldades escolares, uma vez o desenvolvimento da

linguagem oral e escrita na criança deve ser estabelecido através do prazer e desejo pela comunicação com o outro e expressão e inscrição da sua marca (Lapierre, & Aucouturier, 2004; Aucouturier, 2010).

Por último as alterações manifestadas através da organização da sessão utilizada, baseada na fundamentação referida por Vidigal (2005), incidindo sobre a diminuição progressiva do nível de movimento exigido, permitiu completar a intervenção ao incluir princípios dos métodos de relaxação no final das sessões, em que Silva e Santos (2014) indicam esta metodologia para os casos de PHDA do tipo hiperativo/impulsivo. Deste modo pode ser também estabelecido que as progressões evidenciadas nos resultados do SDQ-Por, em conjunto a capacidade evidenciada pela criança em estabelecer relações entre as situações vivenciadas e as respetivas reações tónico-emocionais.

CAPÍTULO III

7 - CONCLUSÃO

A realização do Estágio Curricular no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora resultou do desejo de continuar a investigar e aprofundar conhecimentos neste contexto de atuação.

O Relatório de Estágio incluiu a descrição e análise das experiências vivenciadas e adquiridas durante o Estágio Curricular, enquanto Psicomotricista num Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil. A relação estabelecida entre a revisão e os fundamentos teóricos, os conhecimentos adquiridos com os profissionais e as vivências resultantes deste percurso, permitiram a reflexão sobre a pertinência da Psicomotricidade neste contexto.

A Psicomotricidade é considerada terapia de medição corporal (Maximiano, 2004; Fernandes, 2012), baseada nas experiências corporais através de métodos de relaxação, expressividade, criatividade e consciência corporal, considerando como primordial a utilização do jogo (Emck, & Bosscher, 2010). Este conceito estruturou o percurso realizado durante o Estágio, juntamente com os conhecimentos que surgiram da prática, a Psicomotricista estagiária compreendeu que a conceção da área vai sendo completada através das experiências e subjetividade da própria, sem nunca esquecer os princípios fundamentais.

A noção estabelecida permitiu justificar a presença da intervenção psicomotora em saúde mental, através da consolidação do trabalho que um Psicomotricista deve desempenhar sem entrar em confronto com as restantes áreas de intervenção. Deste modo ao ser encontrado um equilíbrio entre as especialidades existentes no Departamento, concluí que o primordial será sempre encontrar e dirigir um serviço multidisciplinar, englobando as necessidades evidenciadas por cada indivíduo que integra o serviço.

Durante a experiência adquirida concluiu-se que em Saúde Mental é fundamental considerar, segundo Miermon, Benois-Marouani e Jover (2015), que o desenvolvimento resulta das relações recíprocas entre os fatores neurobiológicos e sociais. Este princípio evidenciou a importância de incluir os vários contextos de vida das crianças, como a família e a escola, uma vez que existe uma influência mútua entre intervenção psicomotora e os respetivos ambientes, bem como o efeito destes sobre a progressão terapêutica.

A investigação e revisão teórica encontrada comprovaram a importância de se incluírem diferentes perspetivas na abordagem de cada caso, uma vez que possibilitam uma compreensão holística dos indivíduos, ao conseguir descrever pormenorizadamente os comportamentos e os sintomas da criança, bem como a sua compreensão e estruturação.

A amostra recolhida durante o Estágio, incluindo os casos acompanhados e as observações realizadas, demonstrou uma heterogeneidade de comportamentos, características e sintomas, no entanto permitiu corroborar a afirmação de Coimbra de Matos (2012) ao compreender que a doença mental nas crianças engloba alterações na valorização de si mesmo ou na regulação.

A intervenção psicomotora com os dois Estudos de Caso evidenciou a presença do sintoma caracterizante de muitas perturbações mentais referida por Howard (2018), relacionado com a impulsividade. A análise deste sintoma permitiu estabelecer que para além das hipóteses teóricas existentes sobre os problemas, o Psicomotricista tem que estabelecer uma relação com a criança para conseguir compreender e sentir as suas expressões reais.

As modificações profissionais, resultante das práticas desenvolvidas, incluíram uma reflexão sobre a importância da disponibilidade corporal e emocional em todos os momentos da intervenção devido ao impacto que tem sobre os comportamentos e sentimentos manifestados pela criança. Por conseguir obter resultados que comprovam a importância da intervenção psicomotora em duas problemáticas específicas e num serviço de saúde mental infantojuvenil.

No que consta a nível pessoal foi importante conseguir ultrapassar as inseguranças e dúvidas vivenciadas durante os meses de Estágio, tanto nas intervenções como nas expectativas que os pais e as crianças esperavam na Psicomotricista. Bem como, concluir que é sempre possível lutar pelas capacidades e pelos direitos que permitem o bem-estar do indivíduo com que se intervém.

“Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos.” (Antoine de Saint-Exupéry)

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece: Uma introdução à psiquiatria e à saúde mental*. Cascais: Principia;

Afonso, S. (2014). Novos critérios de diagnóstico e diferentes formas clínicas. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 35-40. Lisboa: Verso da Kapa;

Albaret, J. (2015). Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence. In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. (Ed.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux* (1º volume), pp: 287-326. Paris: De boeck Solal;

American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5* (5ª Edição). Tradução dos Médicos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa: Climepsi Editores;

Antunes, R. (2014^a). Implicações na vida familiar. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 45-48. Lisboa: Verso da Kapa;

Antunes, R. (2014^b). Implicações na escola. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 49-52. Lisboa: Verso da Kapa;

Antunes, R., Silva, F., & Afonso, S. (2014). Estratégias práticas para o dia a dia. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 53-81. Lisboa: Verso da Kapa;

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa;

Aucouturier, B. (2007). *O método de Aucouturier: fantasmas de ação e prática psicomotora*. São Paulo: Ideias & Letras;

Aucouturier, B. (2010). *As Dificuldades de Comportamento e Aprendizagem: A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para o acompanhamento*. Lisboa: Coisas de Ler e Trilhos Editora;

Bach, B., & Farrell, J. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatric Research*, 259, pp: 323-329. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039> ;

Baranes, C. (2007). Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescentes. Un exemple: la relaxation. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, volume 55, pp: 120-126. Paris: Elsevier Masson. Doi: 10.1016/j.neurenf.2007.02.004;

Barrias, P. (2014). Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 115-136. Lisboa: LIDEL;

Bender, D., Morey, L., & Skodol, A. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, volume 4, pp: 332-346. Doi: 10.1080/00223891.2011.583808;

Berger, M. (2001). *A Criança Instável*. Tradução de Maria Fernandes. Lisboa: Climepsi Editores;

Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*, pp: 132-162. São Paulo: Editora Manole;

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. United States of America: BASIC BOOKS;

Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação* (2.^a Edição). Lisboa: Coisas de Ler;

Bruininks, R., & Bruininks, B. (2010). *Bruininks-Oseretsky: Test of Motor Proficiency, Second Edition - Brief Form*. Bloomington: Pearson

Busschaert, B., Vandewalle, B., Meurin, B., Giromini, F., Ponsin, F., Abi-Zeid, C., Pireyre, E., Albaret, J., & Scialom, P. (2015). Le corps et ses représentations. In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. (Ed.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux* (1^o volume), pp: 201-246. Paris: De boeck Solal;

Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero: Aquém da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores;

Coimbra de Matos, A. (2012). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores;

Cole, M., & Cole, S. (2001). *O Desenvolvimento da criança e do Adolescente* (4ª Edição). Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Artmed Editora;

Costa, J. (2008). *Um olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora;

Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade Relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora;

Costa, J. (2015). Intervenção psicomotora de âmbito clínico. In Fernandes, J., & Filho, P. (Org.). *Atualidades da prática psicomotora*, pp: 139-160. Rio de Janeiro: Wak Editora;

Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora;

Costa, J., & Fernandes, J. (2012). Psicomotricidade e crianças hiperativas. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*, pp: 29-44. São Paulo: Editora Manole;

Decreto-Lei nº 36/98 de 24 de Julho de 1998. Lei de Saúde Mental. Diário da República 169/98;

Emck, C., & Bosscher, R. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, volume 5, pp: 244-256. Doi: 10.1080/17432971003760919;

Étienne, M., Jacquet, S., & Scialom, P. (2015). Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'enfant. In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. (Ed.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 3. Clinique et thérapeutiques* (3º volume), pp: 169-181. Paris: De boeck Solal;

Fernandes, J. (2012). Abordagem emergente... em psicomotricidade. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*, pp: 1-2. São Paulo: Editora Manole;

Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In Fernandes, J., & Filho, P. (Org.). *Atualidades da prática psicomotora*, pp: 19-26. Rio de Janeiro: Wak Editora;

Fernandes, J., Filho, P., & Rezende., A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. Doi: 10.4322/2526-8910.ctoEN1232;

Ferreira, T. (2002). *Em Defesa da Criança: Teoria e Prática Psicanalítica da infância* (2ª Edição). Lisboa: Assírio & Alvim;

Feuillerat, B. (2015^a). Hyperactivité, dyspraxie et pobbie sclaire: Histoire d'Arthur, l'enfant tout feu tout flame. In Pireye, E. (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité*, pp: 34-53. Paris: Dunod;

Feuillerat, B. (2015^b). Syndrome cérébelleux, troubles attentionnelles et difficultés scolaires: Histoire de Max, l'enfant qui aime que l'on parle à son corps. In Pireye, E. (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité*, pp: 5467-53. Paris: Dunod;

Fonseca, V. (2001). Para uma Epistemologia da Pricomotricidade. In Fonseca, V., & Martins, R. (Eds). *Progressos em Psicomotricidade*, pp: 13-28. Lisboa: Edições FMH;

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora;

Fonseca, V. (2007). *Terapia Psicomotora: Estudo de Casos – Da caracterização à Intervenção* (6ª Edição). Lisboa: Âncora Editora;

Fonseca, V. (2010^a). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus factores* (3ª Edição). Lisboa: Âncora Editora;

Fonseca, V. (2010^b). *Psicomotricidade: uma visão pessoal. Contrucção psicopedagógica*, pp 42-52. São Paulo;

Freitas, P., & Malpique, C. (2014). A Entrevista Clínica em Pedopsiquiatria. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 15-23. Lisboa: LIDEL;

Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationelle et psychomotricité*. Paris: Heures de France;

Gauthier, Y. (1999). As Primeiras Ligações. In Cohen-Solal, J., & Golse, B. (Ed.). *No Início da Vida Psíquica: O Desenvolvimento na Primeira Infância*, pp: 27-44. Tradução de Carlos Brito. Lisboa: Instituto Piaget;

Godinho, P. (2014). Perturbações da Personalidade. In Figueira, M., Sampaio, D., & Afonso, P. (Coord.). *Manual de Psiquiatria Clínica*, pp: 197-209. Lisboa: Lidel;

Goldschmidt, T., Marques, C., & Xavier, M. (2018). *Rede de Referência Hospitalar: Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp. 581-586;

Goodman R (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, pp. 791-801;

Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Tradução de Rita Rocha. Lisboa: Climepsi Editores;

Heurre, P. (2001). Jouer, c'est sérieux. *Enfances & Psy*, volume 15, pp: 8-10. Doi: 10.3917/ep.015.0008;

Hospital Espírito Santo E.P.E (2018). Especialidades. Psiquiatria e Saúde Mental. Acedido em 20 de dezembro de 2018. URL: <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/psiquiatria-e-saude-mental/>;

Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Tradução de Maria Boléo. Lisboa: Climepsi Editores;

Howard, R. (2018). Emotional Impulsiveness. In Braddon, C. (Ed.). *Understanding Impulsive Behavior: Assessment, Influences and Gender Differences*. New York: Nova Science Publishers

Lapierre, A., & Aucouturier, B. (2004). *A Simbologia do movimento: Psicomotricidade e Educação* (3ª Edição). Curitiba: Filosofart Editora;

Lawrence, K., Allen, J., & Chanen, A. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognitive Therapy and Research*, volume 35, pp: 30-39. Doi: 10.1007/s10608-009-9292-4;

Leal, C. (1996). Introdução: da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora ao Hospital Distrital de Évora (1495 – 1995). In Hospital Espírito Santo – Évora (1996). *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora – Actas* (pp: 19 – 23). Braga: Barbosa & Xavier, LDA. – Artes Gráficas;

Lima, A., & Moreira, P. (2005). Evolução histórica da Psiquiatria e Saúde Mental. In Moreira, P., & Melo, A. (Org). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*, pp: 37-74. Porto: Porto Editora;

Lopes, J. (2000). Distúrbios Exteriorizados de Comportamento: Uma perspectiva desenvolvimental. In Soares, I. (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*, pp: 181-224. Coimbra: Quarteto Editora;

Losivaró, M. (2012). Psicomotricidade e estresse. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*, pp: 58-71. São Paulo: Editora Manole;

Luyten, P., & Blatt. (2015). The Psychodynamic Approach to Diagnosis and Classification. In Luyten, P., Mayes, L., Fonagy, P., Target, M., & Blatt, S. (Ed.). *Psychodynamic Approaches to Psychopathology*; pp: 87-109. London: The Guilford Press;

Malpique, C., & Freitas, P. (2014). Primeira Infância. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 59-79. Lisboa: LIDEL;

Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Tradução de Fernanda Fonseca e Rita Rocha. Lisboa: Climepsi Editores;

Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental;

Marques, C., Torrado, C., Natário, A., & Proença, M. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental;

Marquet-Doléac, J. (2015). Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. (Ed.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 3. Clinique et thérapeutiques* (3^o volume), pp: 89-121. Paris: De boeck Solal;

Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto de Saúde Mental: O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In Fonseca, V., & Martins, R. (Eds). *Progressos em Psicomotricidade*, pp: 95-108. Lisboa: Edições FMH;

Matos, M., & Simões, C. (2001). Corpo, Psicomotricidade e Comportamento Social. In Fonseca, V., & Martins, R. (Eds). *Progressos em Psicomotricidade*, pp: 159-164. Lisboa: Edições FMH;

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, pp: 85-95. Amadora: PsiLogos;

Meures, P., & Cluckers, G. (1999). Psychosomatic symptoms embodiment and effect: weaving threads to the affectively experienced body in therapy with a neurotic and a borderline child. *Journal of Child Psychotherapy*, volume 25, pp: 71-91. Doi: 10.1080/00754179908260282;

Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2015). Le développement psychomoteur. In Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. (Ed.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux* (1^o volume), pp: 17-86. Paris: De boeck Solal;

Miljkovitch, R. (2004). Vinculação e Psicopatologia durante a infância. In Guedeney, N., & Guedeney, A. (Coord.). *Vinculação: Conceitos e aplicações*, pp: 141-146. Tradução de Emanuel Pestana. Lisboa: Climepsi Editores;

Ministério da Saúde (2007). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*. Ministério da Saúde;

Misès, R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (5ª Edição). Rennes Cedex: Presses de l'École de Hautes Études en Santé Publique;

Monteiro, P. (2014^a). Introdução. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 1-8. Lisboa: LIDEL;

Monteiro, P. (2014^b). Perturbações Psicóticas na Infância e Adolescência: Risco, Pródromos e Prevenção. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 289-304. Lisboa: LIDEL;

Moreira, P., & Melo, A. (2005). Faz sentido falar-se de prevenção em saúde mental? In Moreira, P., & Melo, A. (Org). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*, pp: 121-174. Porto: Porto Editora;

Naglieri, J. (1998). *DAP – Draw a Person: A Quantitative Scoring System*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.;

Neto, A. (2014). Quando suspeitar do diagnóstico. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 30-32. Lisboa: Verso da Kapa;

Neto, C. (2007). *Jogo na Criança e Desenvolvimento Psicomotor*. Faculdade de Motricidade Humana: Universidade Técnica de Lisboa;

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança – Da infância à adolescência* (11ª Edição). Tradução de Rita Caetano e Jacira Cardoso. São Paulo: McGraw-Hill;

Perono, M., & Grabot, D. (2006). La fragile naissance de l'alliance thérapeutique (A.T.). *Évolutions Psychomotrices*, volume 18, pp: 61-68.

Pires, C., & Moreira, P. (2005). Acontecimentos de vida e psicopatologia. In Moreira, P., & Melo, A. (Org). *Saúde Mental: Do tratamento à prevenção*, pp: 75-120. Porto: Porto Editora;

Plummer, D. (2007). *Como aumentar a autoestima das crianças: Guia prático para educadores, psicólogos e pais*. Tradução de Adriana Veleda. Porto: Porto Editora;

Prista, R. (2015). Hiperatividade e Psicomotricidade. In Fernandes, J., & Filho, P. (Org.). *Atualidades da prática psicomotora*, pp: 123-138. Rio de Janeiro: Wak Editora;

Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. *Occupational Therapy*. pp. 25-48. Zagreb: InTech open science. Doi: 10.5772/intechopen.68315;

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, volume 2, pp: 105-113;

Rémoville, C. (2015). Relaxation thérapeutique: Ou comment la relaxation est une danse de l'immobilité qui permet de fermer les yeux. In Pireye, E. (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité*, pp: 104-117. Paris: Dunod;

Rey, A. (2002). Rey: Teste de Cópia de Figuras Complexas. In Rocha, A. *Coleção Diagnóstico Psicológico: Série – Neuropsicologia (2ª Edição)*. Lisboa: CEGOC-TEA;

Rodríguez, J., & Cabrero, B. (2015). Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte I. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, volume 35, pp: 19-35. Doi: 10.4321/S0211-57352015000100003;

Sá, E. (2003). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. Lisboa: ISPA;

Salgueiro, E. (1996). A Hiperatividade na Criança: Doença ou Mal-de-Viver? *Acta Pediátrica Portuguesa*, volume 27, pp: 777-781;

Sánchez, P., & Martínez, M. (2000). Guía para la Observación de los parámetros psicomotores. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, nº 37, pp. 63-85;

Santos, J. (2007). *Ensinar-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio & Alvim;

Santos, M. (2015). Corpo e Relação. In Fernandes, J., & Filho, P. (Org.). *Atualidades da prática psicomotora*, pp: 53-66. Rio de Janeiro: Wak Editora;

Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. (Ed.) (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 2. Méthodes et techniques* (2º volume). Paris: De boeck Solal;

Silva, C. (2014^a). Problemas associados à PHDA: Sociabilização. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 142-149. Lisboa: Verso da Kapa;

Silva, C. (2014^b). Evolução da PHDA da criança ao adulto: Na idade pré-escolar. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 177-181. Lisboa: Verso da Kapa;

Silva, C., & Santos, P., (2014). Intervenção no comportamento: Psicomotricidade. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção* (2ª Edição), pp: 104-111. Lisboa: Verso da Kapa;

Sousa, J. (1996). Das “Brigadas” ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Apontamento sobre a assistência da Saúde Mental no Distrito de Évora. In Hospital Espírito Santo – Évora (1996). *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora – Actas* (pp: 541 – 544). Braga: Barbosa & Xavier, LDA. – Artes Gráficas;

Strecht, P. (2003). *Interiores: Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim;

Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção – Intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes. In Fernandes, J., & Filho, P. (Org.). *Atualidades da prática psicomotora*, pp: 67-80. Rio de Janeiro: Wak Editora;

Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupo de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora;

Winter, D., Koplin, K., & Lis, S. (2015). Can't stand the look in the mirror? Self-awareness avoidance in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, PP: 323-329. Doi: 10.1186/s40479-015-0034-9;

World Health Organization [WHO] (2004). *Promoting Mental Health – Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization;

World Health Organization [WHO] (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Geneva: World Health Organization

9 – ANEXOS

ANEXO A – GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA (ADAPTADA)

Referências: Probst (2017), Sánchez, & Martínez (2000) e Scharfetter (2002)

Nome:		Data:	Contexto:
Data de nascimento:		Idade cronológica: ____ e ____	
Parâmetro		Descrição	
Expressão motora	Tipo (caracterização do movimento, como correr, saltar, andar e deambular) e Atividade (capacidade para participar ativamente)		
	Qualidade (controlo e adequação do movimento, caracterizado como coordenado, harmónico, impulsivo e abrupto)		
	Expressividade (adequação da expressão facial e corporal com o movimento que realiza)		

	Postura (relacionado com o diálogo tónico-postural, pode ser caracterizada enquanto simétrica, equilibrada, vertical, aberta)	
	Tónus (estado de tensão muscular)	
Orientação Espaciotemporal	Ocupação e utilização do espaço	
	Organização temporal	
Relação com os objetos	Tipo de objetos selecionados e como os utiliza	
	Tipo de jogo	

Competências Sociais e Emocionais	Afetividade (estado de humor com emoções e sentimentos sobre o próprio e sobre os outros) e atitude perante os outros	
	Regulação social e Regras	
Pensamento e linguagem	Observação da expressão da organização de ideias e realidades (ritmo, conteúdo, objetividade e forma)	
Atenção	Concentração e atenção demonstrada durante as sessões	

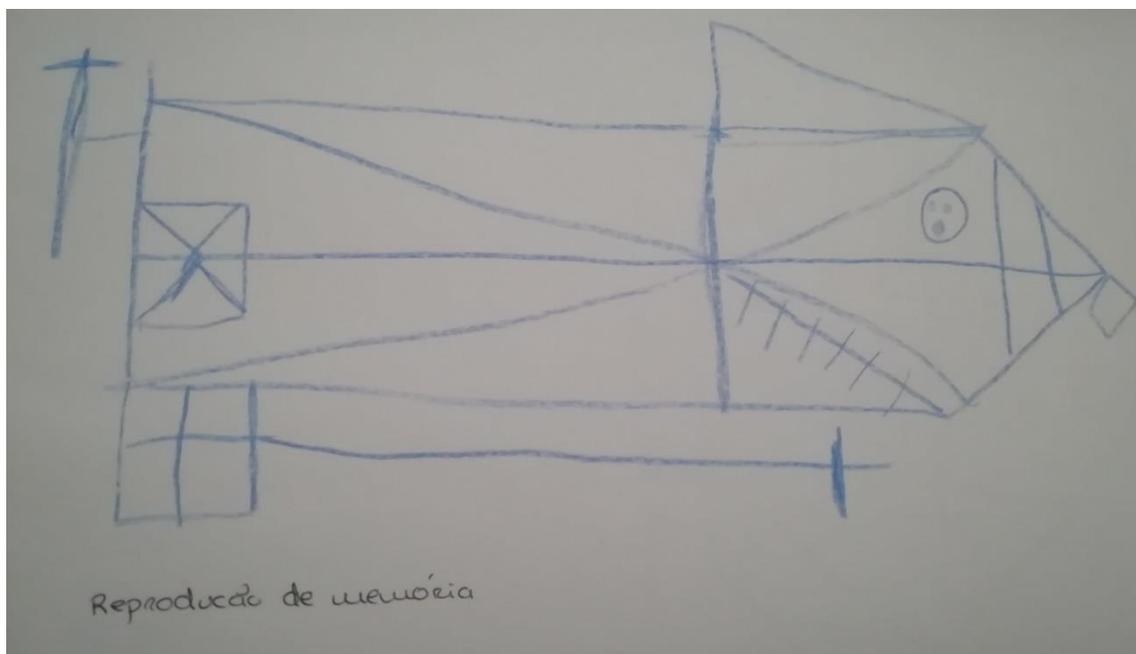
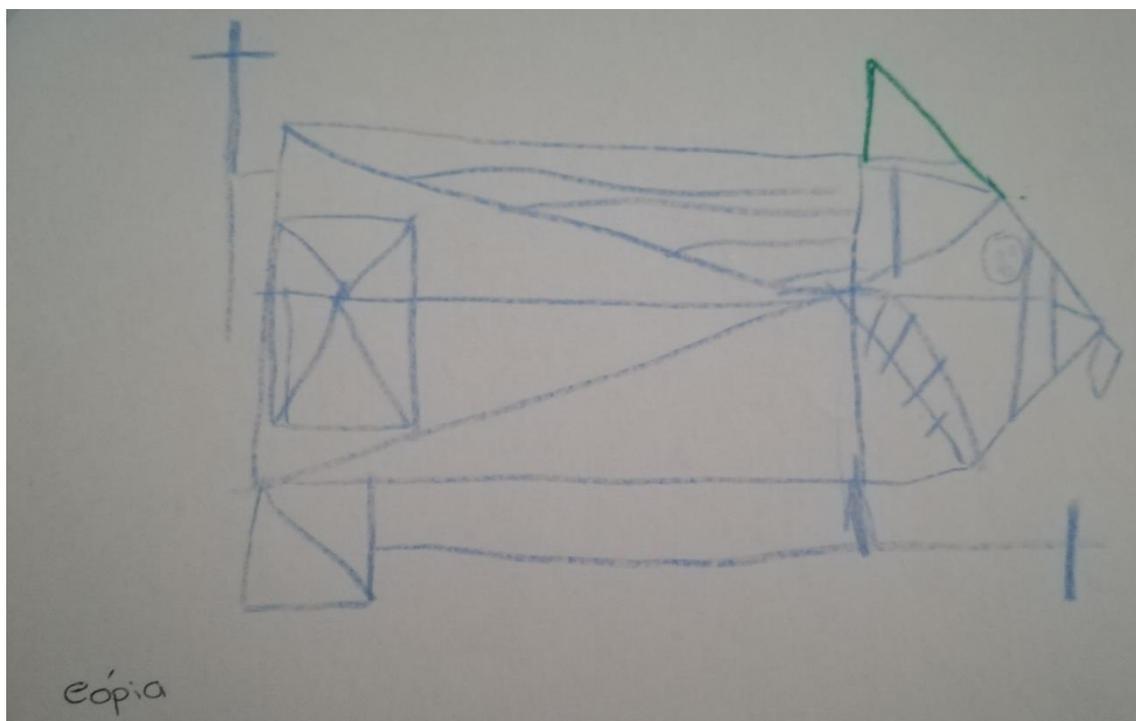
ANEXO B – ESTUDO DE CASO – BEN

ANEXO B.1 – AVALIAÇÃO INICIAL

ANEXO B.1.1 – DRAW A PERSON

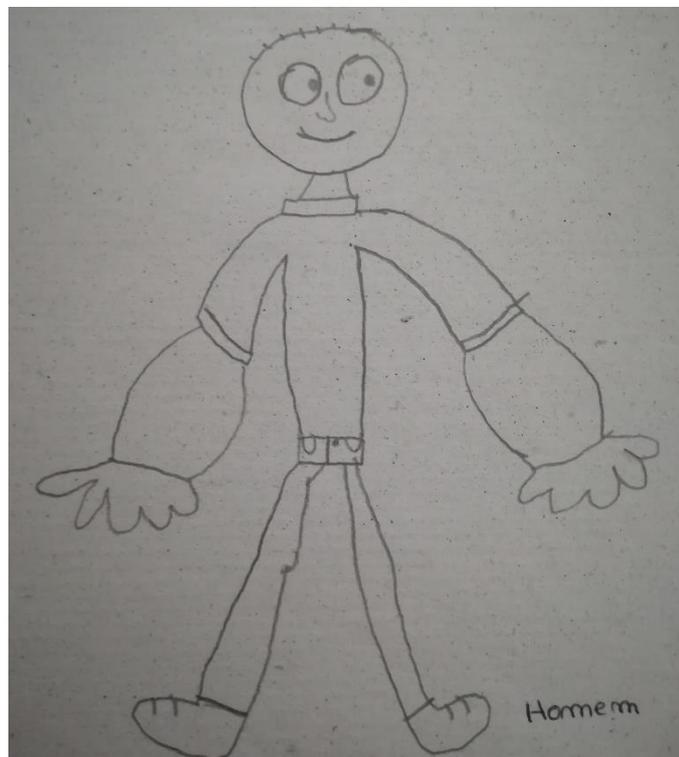
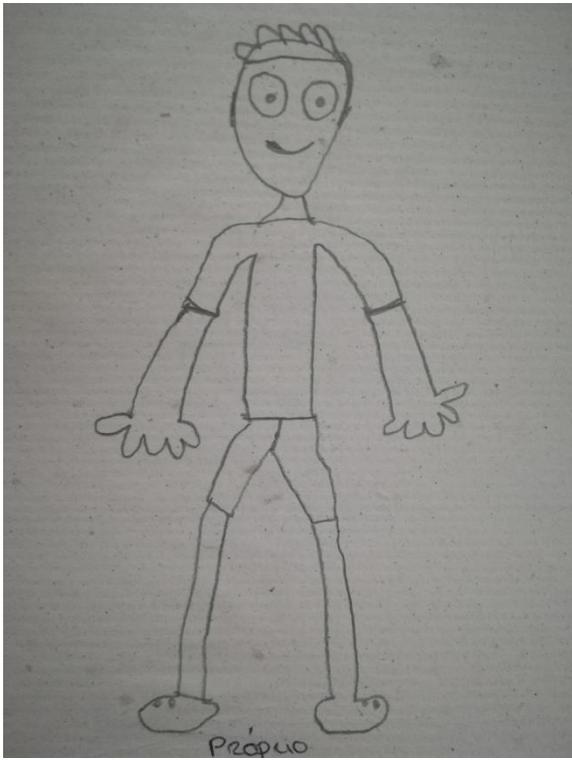


ANEXO B.1.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

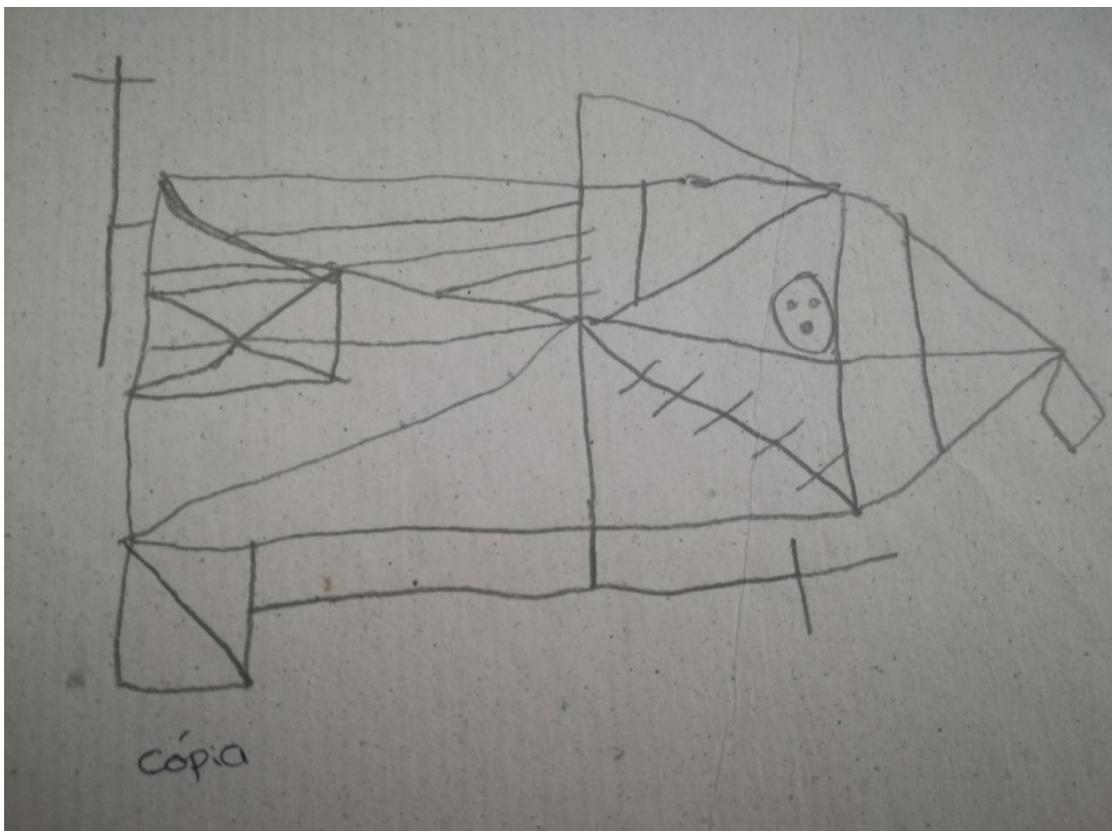
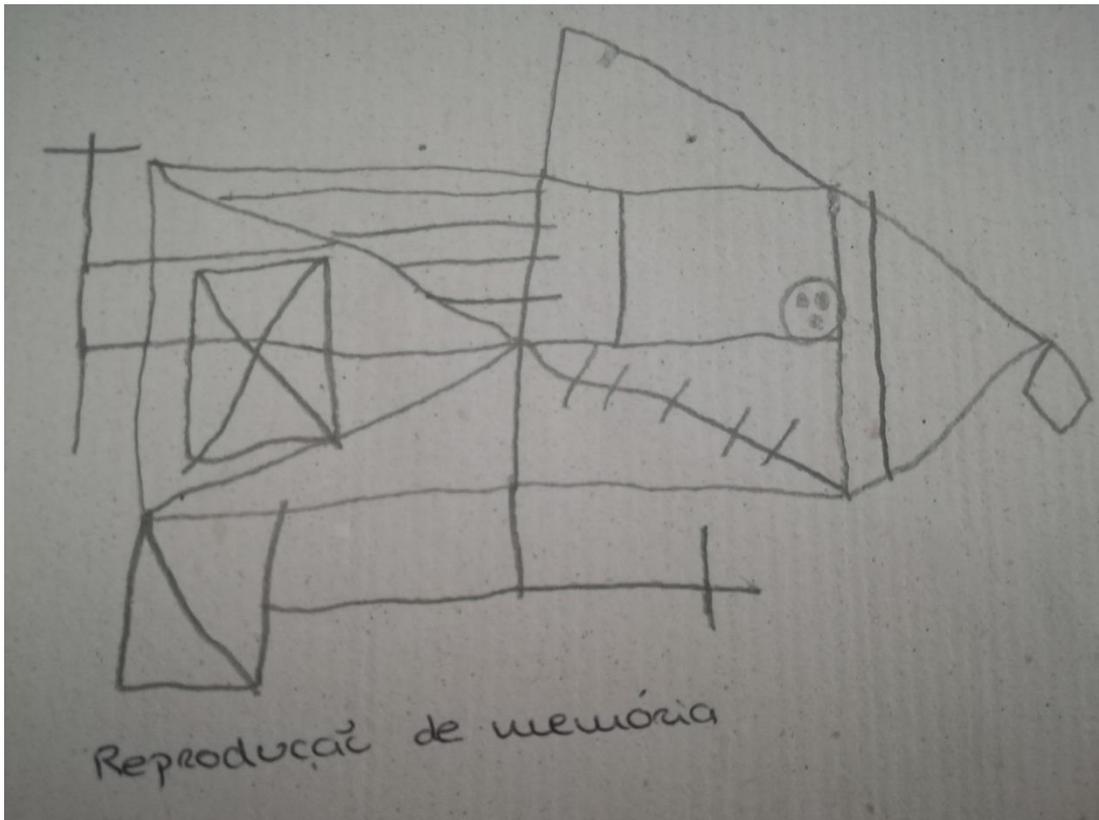


ANEXO B.2 – AVALIAÇÃO FINAL

ANEXO B.2.1 – DRAW A PERSON



ANEXO B.2.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS



ANEXO B.3 – PLANEAMENTOS E RELATÓRIOS DE SESSÃO

ANEXO B.3.1 – EXEMPLO 1

Sessão nº 6: 15 de maio

A sessão com decorreu, individualmente, na sala de terapia ocupacional. Apesar de ser chamado durante uma dinâmica do grupo terapêutico, demonstrou interesse em ir para a sessão de psicomotricidade.

Durante o percurso questioneei como tinha corrido a semana, no entanto devido à agitação demonstrada, dialogámos sobre as atividades que iriam ser realizadas. Em que deve ser referido a preocupação da educadora ao mencionar a desorganização que observou durante a manhã.

Após entrar na sala permite que explorasse o espaço, acabando por questionar o que deveria fazer. Por este motivo comecei por solicitar que tivesse consciência sobre as partes do corpo em que sentia um maior desconforto e tensão, devendo inspirar e expirar lentamente. Durante este momento observei dificuldades para concentrar a atenção no seu próprio corpo devido à agitação revelada, olhando para o espelho que existe na sala.

A primeira atividade proposta consistiu no movimento isolado de vários segmentos corporais. Comecei por referir que deveríamos representar o crescimento de uma árvore, como tal pedi que simbolizasse uma semente através da flexão das pernas, de forma a ficar sentado sobre os calcanhares, abraçando os joelhos. De seguida foi esticando as zonas do corpo indicadas (pernas, tronco, cabeça e membros superiores), deixando os braços baloiçar como o vento move os ramos das árvores. Na atividade que se seguiu iria representar um balão, como tal deveria descontraír as partes do corpo, que eram tocadas pela terapeuta, até atingir a passividade do corpo.

Durante estas atividades foi possível observar que o Ben tem dificuldades em relaxar apenas uma parte específica do corpo uma vez que evidencia muitas reações tónico-emocionais, contraindo outras zonas corporais.

Posteriormente, como a criança se interessou pelo peão, sugeri que desenvolvesse uma atividade com os materiais que tinha disponíveis. Pelo que começou a explorar o peão com o objetivo de perceber como poderia ser utilizado, ao se colocar dentro do peão pedi que descontraísse de forma a adotar o movimento provocado pelo peão. Em que se observou uma descontração do tronco e dos membros superiores após confiar que a terapeuta não o iria deixar cair.

Para terminar, como tinha sido combinado no final da sessão anterior, iríamos utilizar a bola de picos devido às dificuldades para relaxar através das instruções verbais. Por este motivo, comecei por ligar a música e pedir para se colocar em decúbito dorsal no colchão. Antes do toque, indiquei que concentrasse a sua atenção na respiração, com inspiração pelo nariz e expirações pela boca, direcionando de seguida a sua atenção para os movimentos do peito e da barriga. No entanto, devido ao desconforto provocado pela utilização da bola, acabou por aceitar o toque pele a pele, revelando segurança e descontração com o toque da terapeuta.

Devido à descontração observada, realizei a conversa final com a criança deitada no colchão, tendo referido que se sentiu descontraído e confortável durante a atividade. Ao contrário das sessões anteriores, foi necessário pedir que se levantasse para encerrar a sessão uma vez que a criança se mantinha imóvel no colchão.

ANEXO B.3.2 – EXEMPLO 2

Sessão nº 11: 27 de junho

A sessão com o Ben decorreu em contexto individual na sala dos grupos terapêuticos, chegando ao serviço acompanhado pela mãe. Aquando a sua chamada na sala de espera revelou entusiasmo, dirigindo-se de imediato para a terapeuta. Durante o percurso até à sala foi realizado o diálogo inicial, destacando-se a alegria do menino por estar de férias.

Para dar início à sessão comecei por referir que as atividades realizadas seriam propostas pela criança que se manteve imóvel e inibido durante um período, referindo que queria fazer um jogo com a bola grande que já tinha selecionado.

Apesar de ter continuado a saltar com a bola, questionei que atividade queria realizar com esse material, visando a integração no seu jogo. Em que a sua primeira sugestão foi para jogar basquete e, depois de referir que poderíamos contruir um cesto, solicitou que fossem só passes. Nesta atividade observei que a criança desvaloriza as suas competências e culpabiliza-se em várias situações ocorridas através dos pedidos de desculpa consecutivos e das diversas vezes que referiu que tinha ideias ou atitudes parvas”. Durante o jogo o menino partilhou o seu interesse por desenhos animados e descreveu que existem dois tipos de personagens, constatando que “os que são parvos têm sorte e os inteligentes têm azar e acontecem-lhes coisas más”. Pelo que considerei

importante falar sobre a existência de acontecimentos que não podem ser controlados, sendo necessário desenvolver capacidades de adaptação.

De seguida, devido ao aborrecimento demonstrado, referi que poderia indicar outras atividades. Pelo que apresentou uma falta de criatividade e espontaneidade para criar ou indicar um novo jogo, tendo apenas referido que poderia ser bowling. Desta forma coloquei três blocos de esponjas e indiquei deveriam ser derrubados com a bola grande. Assim como na atividade anterior, verifiquei que é importante valorizar as competências para que se sinta acolhido, observando-se uma diminuição do estado de vigilância e, conseqüentemente, uma maior espontaneidade. Para além disso observou-se uma melhor adequação do comportamento ao aceitar as falhas e as frustrações que vivencia durante a sessão.

No decorrer da atividade foi visível uma diminuição do interesse pela tarefa, no entanto ele não demonstra iniciativa para alterar o jogo que está a realizar, sendo necessário questionar se quer continuar nessa atividade. Como as esponjas em forma de U foram utilizadas no jogo de bowling, manteve esse mesmo material para construir um túnel e pediu-me para verificar se ele conseguia passar sem as deslocar.

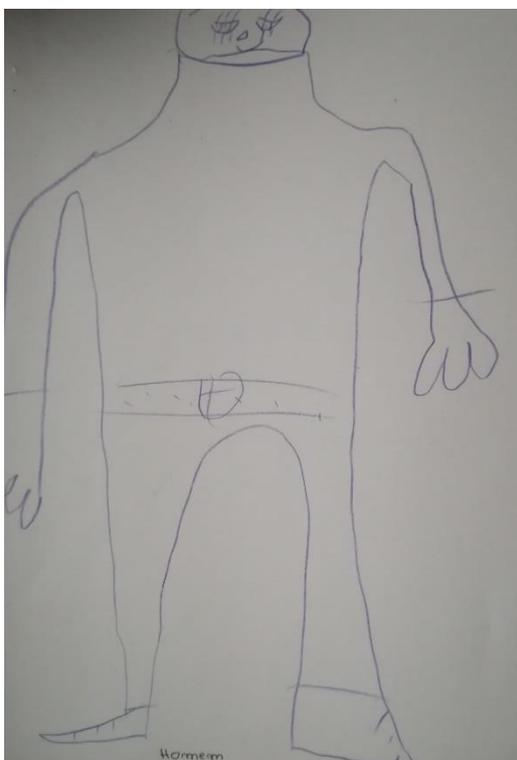
Por último, demonstra ir ao encontro às ideias da terapeuta uma vez que questionou sobre a forma como ia colocar as esponjas. De forma a diminuir a excitação da excitação das atividades anteriores, solicitei que se deitasse para descontraír. Contudo quando baloicei as esponjas observei um aumento do tónus muscular, referindo de imediato que não era um bebé. No entanto após referir que apenas estava a relaxar, comecei a passar a bola grande pelo corpo ao mesmo tempo que balançava as esponjas foi possível observar uma diminuição da rigidez muscular e do estado vígil ao conseguir ficar imóvel e descontraído nos momentos de silêncio. Tendo referido que tinha sido a sua atividade preferida.

Em suma considero que o Ben demonstrou mais espontaneidade do que nas anteriores, diminuindo a vigilância e desconfiança no decorrer da sessão por sentir as suas competências valorizadas.

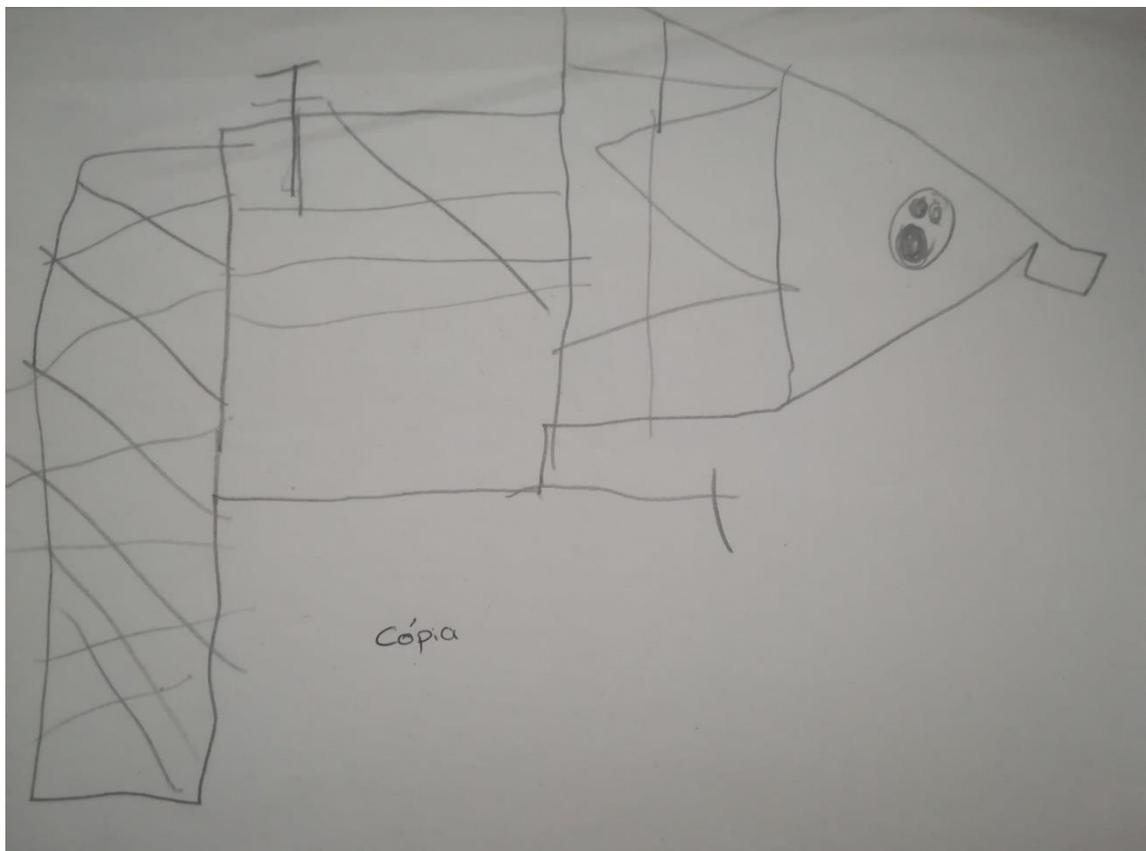
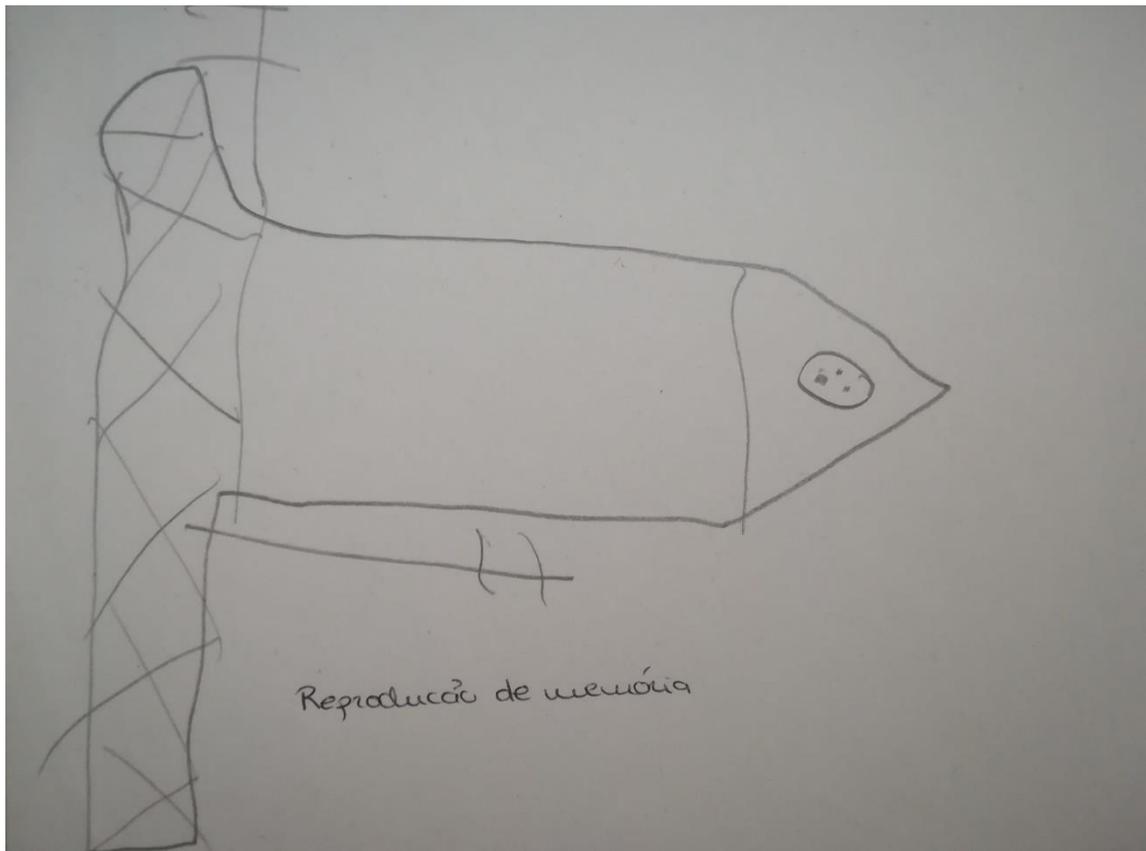
ANEXO C – ESTUDO DE CASO – TEN

ANEXO C.1 – AVALIAÇÃO INICIAL

ANEXO C.1.1 – DRAW A PERSON

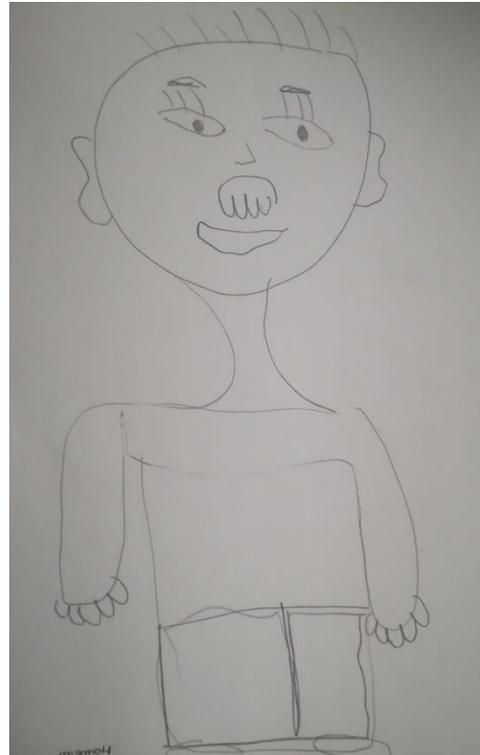


ANEXO C.1.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS

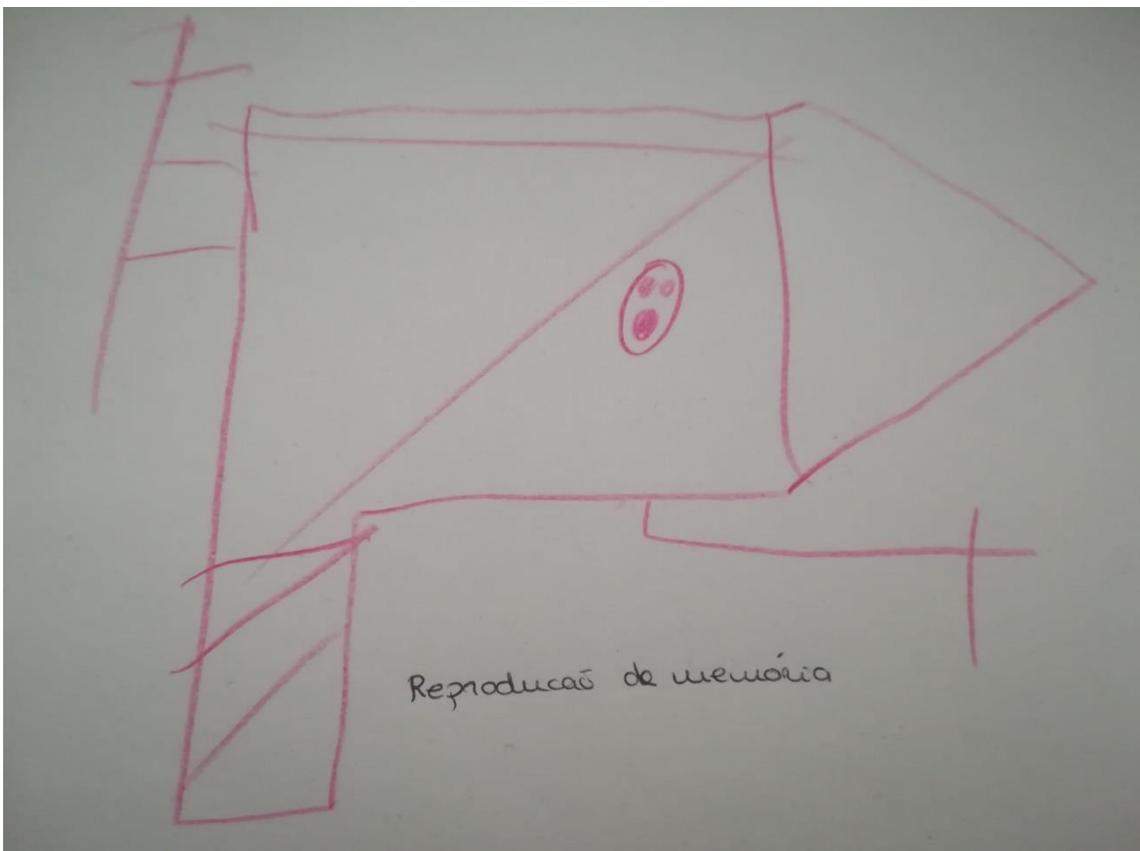
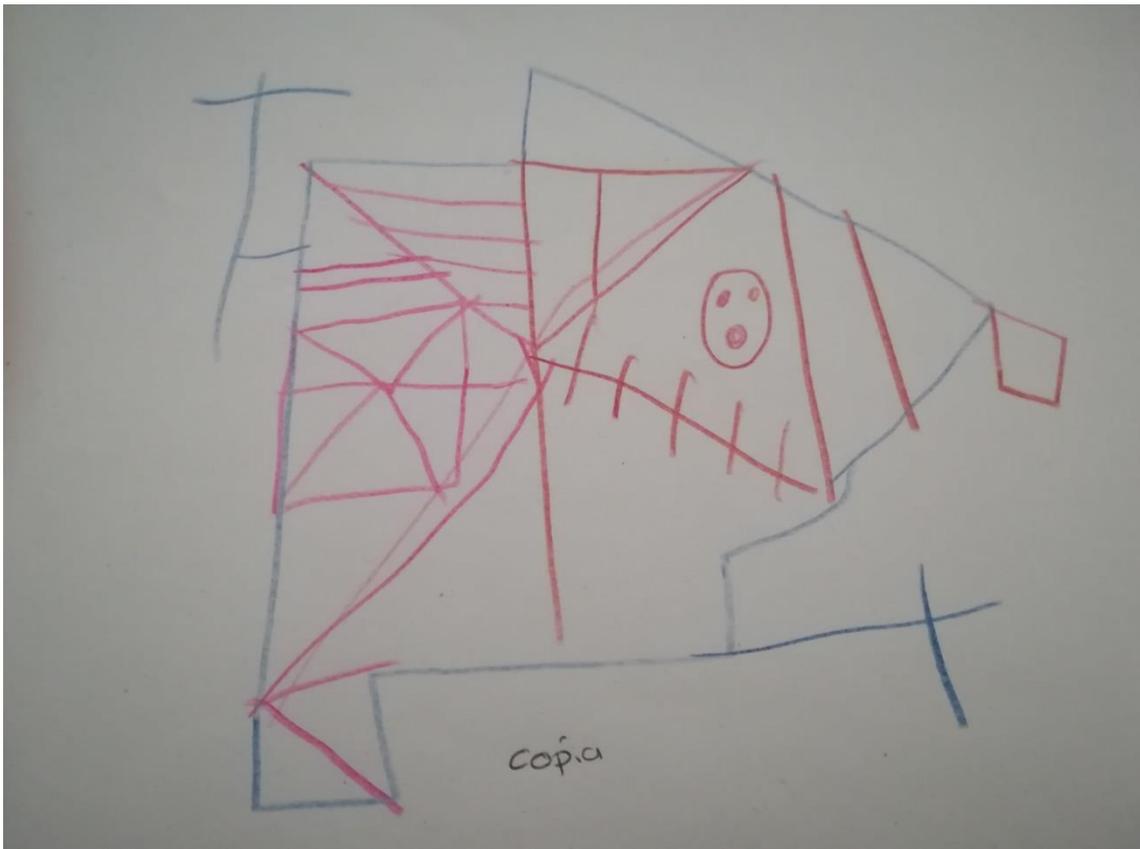


ANEXO C.2 – AVALIAÇÃO FINAL

ANEXO C.2.1 – DRAW A PERSON



ANEXO C.2.2 – TESTE DE CÓPIA DE FIGURAS COMPLEXAS



ANEXO C.3 – PLANEAMENTOS E RELATÓRIOS DE SESSÃO

ANEXO C.3.1 – EXEMPLO 1

Sessão nº 7: 14 de maio

A sessão decorreu, em contexto individual, na sala dos grupos terapêuticos. Assim que é chamado dirige-se para a terapeuta, revelando muito entusiasmo. Contudo, apesar de a mãe solicitar que arrume os brinquedos que estava a utilizar, é necessário repetir as indicações para que execute o pedido.

Nesta sessão comecei por solicitar que o Ten identificasse, numa folha, quais os materiais que pretendia utilizar e as atividades que iria realizar durante a sessão. Para além dos desenhos, pediu ajuda para escrever o que pretendia executar com os materiais desenhados. Durante a sessão questionei diversas vezes se poderia utilizar determinado material.

De seguida começou a explicar o percurso, que pretendia executar durante a corrida com os camiões, de forma desorganizada e confusa. No entanto, após se concentrar na tarefa que estava a realizar, conseguiu revelar um planeamento organizado, incluindo indicações verbais claras para além da demonstração. Esse percurso incluía o deslocamento do camião, passando por baixo da mesa, seguido de uma corrida com o helicóptero na mão em torno da mesa.

Durante as atividades observa-se uma agitação psicomotora, sendo necessário valorização os resultados durante os seus comportamentos positivos de forma a promover o autocontrolo.

Uma vez que a criança durante a sessão solicitou a utilização de outros materiais, para além dos que tinha mencionado no início da sessão, sugeri que voltasse a fazer uma lista para não faltar nenhum na sessão seguinte. Nesta fase observou-se uma alteração no seu comportamento, deslocando-se calmamente pela sala de forma a conseguir observar todos os materiais disponíveis.

Em suma, considero que os comportamentos desafiantes diminuíram, demonstrando uma maior capacidade de controlo nos momentos de frustração, mantendo essa atitude na presença dos pais.

ANEXO C.3.2 – EXEMPLO 2

Sessão nº 12: 18 de junho

A sessão decorreu individualmente na sala dos grupos terapêuticos, chegando acompanhado pela mãe e tia. Deve ser referido que a mãe referiu que o menino tinha sido agressivo com a irmã, em que após a contrariar, o menino explicou o sucedido. Durante o percurso desloca-se calmamente, sem ser necessário pedir para ter atenção ao entrar no edifício.

Inicialmente lembrei que teria de descalçar os sapatos antes de começar a brincar. Assim como nas sessões anteriores, mantém a preferência pelos carros, referindo que queria fazer corridas com os mesmos. Desta forma solicitei que verbalizasse o percurso pretendido, no entanto a criança revela dificuldades ao nível da elaboração do planeamento, utilizando gestos e movimentos para explicar o itinerário. Após algumas ajudas, acabou por conseguir referenciar alguns dos troços sem recorrer à comunicação não-verbal. Ao contrário das sessões anteriores, apesar da competição demonstrada, consegue reagir à derrota de forma adequada, lidando com a frustração sem manifestar agressividade.

De seguida começou a fazer uma construção, indicando que seria uma base para os carros, individualmente até ter questionado se gostava de brincar sozinho, ao que respondeu que poderia integrar o seu jogo. Considero importante realçar que demonstrou interesse na minha inclusão no jogo ao sugerir que acrescentasse elementos escolhidos por mim à sua construção. Contudo foi observado que o menino quer controlar tudo, dirigindo todas as ações que devem ser executadas durante a atividade.

Por último propus uma atividade com as esponjas, como tinha sido definido com a criança no final da última sessão. No início pedi que imaginasse que o seu corpo era um balão que iria esvaziar, ou seja, descontrair, cada parte do corpo que era tocada. Apesar da impulsividade inicial, acabou por executar com êxito a atividade dirigida, conseguindo atingir a passividade das várias partes do corpo. No final pedi que permanecesse imóvel, em decúbito dorsal nas esponjas, para que conseguíssemos contruir uma torre com as esponjas, sendo que permanecesse imóvel durante curtos períodos.

Em suma, considero que o Ten apresenta uma maior tolerância à frustração, reagindo com menos impulsividades aos vários conflitos que surgem durante a sessão, nomeadamente ao conseguir lidar com as derrotas durante os jogos de competição. Para além disso, destacam-se os momentos em que evidencia uma maior consciência sobre os

seus comportamentos e atitudes disruptivos, conseguindo indicar outras soluções possíveis, e um aumento da capacidade de escuta e respeito pelas regras.