

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

---

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Perturbação da Hiperactividade com Défice da Atenção**

#### **2.1.1. Conceptualização da PHDA**

O conceito de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) foi descrito pela primeira vez por George Still em 1902. Várias designações foram evoluindo ao longo do tempo. Desde o conceito de Disfunção cerebral Mínima, perturbação hipercinética, ou síndrome psico-orgânico, ou síndrome Psicomotor, até à actual designação de PHDA, de acordo com a classificação da Academia Americana de Psiquiatria.

O conceito de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) surgiu na década de 60, em que estavam implícitos síndromes comportamentais de deficientes mentais ligeiros, os quais seriam devidos a lesões cerebrais. Ligando um “*continuum* de morbilidade reprodutiva” com o comportamento hiperactivo. Eram indicadas como características de DCM a presença de hiperactividade, deficiências perceptivas - motoras, labilidade emocional, défices de coordenação motora, distúrbios da atenção, impulsividade, distúrbios de memória e pensamento, distúrbios específicos de aprendizagem, distúrbios auditivos e de discurso, sinais neurológicos equívocos e irregularidades electroencefalográficas. (Lopes, 2003,).

Esta terminologia foi alvo de críticas e objecções, e como tal este conceito foi substituído pela “Síndrome Hiperactiva da Infância”. Porém, no DSM II, nomeadamente na década de 70 surge uma nova categoria diagnóstica, “Distúrbio Hipercinético da Infância”, na qual surge a necessidade de reafirmar a importância fundamental dos níveis de actividade como factores fundamentais de diagnóstico. Por seu turno, na década de 80 esteve presente a maior “explosão” acerca dos trabalhos publicados, tornando-se esta a perturbação mais estudada da infância. A última designação é substituída pelo “Distúrbio de Défice de Atenção”, sendo a mesma

nomenclatura revista, dando origem ao “Distúrbio Hiperactivo e de Défice de Atenção”, conferindo um papel importante à “desatenção”, e à “impulsividade”, embora não tivessem excluído a hiperactividade.

O DSM III-R apresenta a criação de subtipos, inerentes à perturbação (Lopes, 2003). Era exigido que os indivíduos fossem anormalmente desatentos e impulsivos, mas ser hiperactivo era opcional. Entretanto, novos estudos concluíram que muitas crianças apresentavam desatenção sem serem impulsivas, mas ser hiperactivo era igualmente opcional. (Moreira, 2009). Deste modo, no ano de 1994, o DSM IV criou duas listas de sintomas: uma de desatenção e outra de hiperactividade – impulsividade (Moreira, 2009).

Também é importante referir a definição conceptualizada pela Associação Portuguesa de Pessoas com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, é definida como “...uma perturbação de desenvolvimento com carácter crónico, com base genética e neurológica. Esta perturbação interfere com a capacidade do indivíduo em regular e inibir o nível de actividade (hiperactividade), inibir comportamentos (impulsividade) e prestar atenção às tarefas (desatenção) ”.

Estas alterações do comportamento são inapropriadas para o nível de desenvolvimento geral do indivíduo. As manifestações surgem em vários contextos (casa, escola, trabalho, actividades dos tempos livres) e interferem com o seu funcionamento adequado. As crianças experimentam as consequências negativas desses comportamentos em casa, nas relações com os colegas, no rendimento escolar e têm maior propensão para acidentes e comportamentos de risco.

Se não houver tratamento apropriado, muitos destes problemas mantêm-se até à vida adulta podendo levar a uma maior frequência de conflitos conjugais, familiares e profissionais.

Pode definir-se como sendo um distúrbio persistente do desenvolvimento, caracterizado por elevados níveis de desatenção, de actividade motora excessiva, de comportamentos impulsivos, com intensidade mais grave e frequente que o habitualmente observado nos indivíduos com um nível de desenvolvimento semelhante, e com evidencia social, académica e laboral.

A perturbação de hiperactividade e défice de atenção é uma problemática que começa por criar dificuldades na aprendizagem e na adaptação do indivíduo ao meio, nos seus primeiros anos de vida e que na maioria dos casos se prolonga pela idade adulta, não podendo, pois, ser considerada uma condição do ser criança que se ultrapassa com o crescimento. É neste âmbito que a psicomotricidade apresenta um papel importante, no sentido de facilitar e ajudar a crianças nestes problemas, nomeadamente na adaptação dos seus comportamentos sociais.

### **2.1.2.- Classificação da PHDA**

Segundo o manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais da Academia Americana de Psiquiatria (APA), 2002,DSM-IV-TR, a característica essencial de Perturbação da Hiperactividade com Déficit de Atenção, é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos de nível semelhante.

Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo.

As faltas de atenção podem manifestar-se em situações escolares, laborais ou sociais. Os sujeitos com esta perturbação podem não dar atenção suficiente a assuntos, e podem cometer erros por

descuido nas tarefas escolares, ou noutras tarefas. Os trabalhos são muitas vezes desordenados descuidados e feitos sem reflexão. Com frequência não terminam os trabalhos, acabam por ter dificuldade em persistir nas tarefas e finaliza-las.

Também as tarefas que necessitam esforço mental são consideradas desagradáveis. Tratam com negligência objectos necessários a tarefas ou actividades. Os sujeitos com esta perturbação são frequentemente distraídos por estímulos irrelevantes, e interrompem sistematicamente os trabalhos em execução para prestar atenção a ruídos ou outros estímulos, onde outros não prestavam atenção e ignorariam para não se desconcentrar.

Esta classificação divide em três subtipos esta perturbação:

*Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção tipo misto*, neste critério é necessário constatar factores de desatenção associados a hiperactividade e impulsividade.

*Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção tipo predominantemente desatento*, este subtipo é usado quando os sintomas de falta de atenção persistem e são em maior escala que os de Hiperactividade.

*Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção tipo predominantemente Hiperactivo e impulsivo*, este subtipo é usado quando os sintomas do sujeito são em larga escala do tipo de actividade motora excessiva e impulsividade. A falta de atenção pode, nestes casos ocupar um segundo plano, todavia, aparecem queixas de por não parar quieto, não consegue estar atento.

As formas de apresentação do quadro clínico e o impacto desta perturbação são variáveis, existido uma heterogeneidade não apenas fenotípica, mas também genética, fisiopatológica, neuropsicológica e ambiental.

Assim o seu impacto pode ser ligeiro e transitório, ou ter uma grave perturbação na criança. Deve-se ter em consideração que os sintomas são valorizados, sempre que causem prejuízo no rendimento escolar e ou social.

Assim, a hiperactividade pode ocorrer em diferentes graus de intensidade, com sintomas que variam entre leves a graves. Conforme a gravidade destes sintomas, a hiperactividade pode comprometer o desenvolvimento e a expressão linguística, a memória e habilidades motoras.

### **2.1.3.- Incidência da PHDA**

A Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, (PHDA) representa uma das principais causas de procura em centros de saúde mental e neurologia de crianças e adolescentes. Estima-se que 3 a 6% das crianças em idade escolar apresentem PHDA, (Gonçalves, 2008).

No sexo masculino a incidência é maior, aproximadamente nove homens para um caso de mulheres, estas podendo demonstrar o tipo predominantemente desatento com mais frequência. Para este fenómeno ainda não há uma explicação definitiva (Lopes, 2003).

### **2.1.4. Etiologia da PHDA**

Ao longo dos anos, o estudo sobre a etiologia da PHDA e como esta influencia o comportamento da pessoa, tem aumentado e evoluído consideravelmente, apesar de ser difícil encontrar provas científicas concretas de algo que possa causar um problema de comportamento humano (Barkley, 2000). Sendo assim, as causas da PHDA, actualmente, ainda não são totalmente conhecidas, sendo difícil encontrar um factor que por si só dê origem a esta perturbação, apresentando uma etiologia diferenciada (Lopes, 2004).

Barkley (2000), defende que a PHDA tem muito mais a ver com alterações do desenvolvimento do cérebro, consequentes de factores hereditários, do que com factores ambientais. É importante referir que os factores ambientais podem potenciar ou moderar os principais sintomas da PHDA, mas pensa-se que, provavelmente, não estarão na sua origem directa (Lopes, 2004).

Alguns investigadores consideravam que a PHDA poderia ter surgido devido a qualquer tipo de lesão no cérebro causada por algum acidente ou por qualquer outra anomalia, no entanto, hoje sabe-se que apenas poucas crianças poderão ter desenvolvido hiperactividade devido a uma lesão cerebral, sendo esta hipótese por si só, posta de parte (Lopes, 2004).

De facto, há algumas evidências que apontam para uma possível deficiência ao nível dos neurotransmissores (principalmente, a dopamina), nas pessoas com Hiperactividade. Os neurotransmissores são substâncias químicas produzidas por um neurónio, que entram em contacto com outro neurónio, sendo este excitado e ao mesmo tempo responsável de enviar a mensagem a outro neurónio. Quando algum neurotransmissor é insuficiente, o neurónio não se excita e não recebe a mensagem do outro neurónio, devido à recepção insuficiente deste neurotransmissor. Por outro lado, quando um neurotransmissor se apresenta em excesso, vários neurónios podem ser indevidamente excitados (Lourente e Ávila, 2004).

De acordo com Lopes (2004), através de medicamentos usados em crianças com PHDA, foi possível perceber que poderá haver uma alteração ao nível dos neurotransmissores que se pensa aumentarem a disponibilidade de dopamina no córtex pré-frontal, mostrando-se eficazes na redução da agitação e de desinibição comportamental. Através de estudos realizados com animais, foi também possível perceber que, a destruição selectiva de zonas do

cérebro ricas em dopamina aumentava consideravelmente a hiperactividade nestes animais (Lopes, 2004). É importante referir, que também foram encontrados dois genes reguladores da actividade da dopamina que já foram associados à hiperactividade (Barkley, 2000). Apesar de estas investigações serem promissoras, há, ainda, muitas incertezas, como tal, é preciso ser-se cauteloso nas conclusões (Lopes, 2004).

Actualmente sabe-se que a disponibilidade dos neurotransmissores (nomeadamente a dopamina) nas áreas pré-frontais do córtex cerebral das pessoas com PHDA é claramente inferior às pessoas que não apresentam esta perturbação, sendo que nalgumas dessas áreas existe uma actividade diminuída. No entanto, não se pode referir com exactidão porque tais alterações acontecem, não sendo possível falar de factores causais mas sim de factores de risco ou de factores associados, ou seja, factores ambientais e hereditariedade (Lopes, 2004).

Em relação aos factores ambientais, pode-se focar dois factores considerados pelos investigadores como os mais prováveis de aumentar o risco de aparecimento da PHDA nas crianças: o consumo de substâncias durante a gravidez (principalmente, álcool e tabaco) e a exposição ao chumbo (Lopes, 2004).

No que diz respeito à hereditariedade, ao longo de muitos anos tem-se admitido que os pais biológicos das crianças com esta perturbação, têm tendência a apresentar problemas psicológicos dos mais diversificados, nomeadamente depressão, alcoolismo, transtornos de conduta ou comportamentos de hiperactividade (Barkley, 2000).

No entanto, há investigadores como (Salgueiro, 2004), que consideram que uma das razões do aparecimento da PHDA estará relacionada com problemas nas interacções familiares. Pais com problemas de alcoolismo e toxicod dependência, com níveis

superiores de comportamentos anti-sociais e agressividade, bem como, interferências na dinâmica familiar, funcionamento familiar caótico, dificuldades na relação conjugal, são alguns factores que podem contribuir para o aparecimento da perturbação.

Braconniuer (2007), refere que a instabilidade ocorre em muitas crianças que estabeleceram interacções extremamente desadequadas ao longo do seu primeiro ano de vida nas quais a relação mãe - bebé não foi a mais apropriada. Esta relação pode estar comprometida devido ao facto da mãe apresentar uma personalidade depressiva, ou por ser mais directiva, afectivamente negativa ou menos interactiva e menos responsiva às necessidades da criança, ou até mesmo muito intrusiva de forma a impedir o desenvolvimento da auto-regulação. Desta forma, desenvolvem-se respostas impulsivas e um desinvestimento no envolvimento pela criança.

Winnicott, (1990) defendia que a ausência de *holding* (a forma como a mãe pega no seu bebé - *colo psíquico* - importante para a organização corporal da criança, organização da díade e a edificação do *eu*) causaria um sentimento de descontinuidade ou de instabilidade, que seria, por sua vez responsável pela hiperactividade e pela falta de atenção. Neste sentido, Martins (2008) refere que se a vinculação estabelecida entre a mãe e a sua criança é adequada (responsiva e com uma leitura coerente e adequada dos sinais), esta consegue harmonizar os seus estados positivos e negativos, facilitando a ocorrência de interacções sociais positivas.

A relação mãe - bebé é das mais importantes para a vida da criança, pois a mãe é um eixo referencial que permite a organização do mundo perceptivo da criança, sendo determinante na organização emocional e psíquica e, exerce influência no processo de auto-regulação. Desta forma, a segurança na díade mãe - bebé

vai influenciar a capacidade construtiva da criança para a resolução de problemas e para o desenvolvimento das competências linguísticas, as quais podem mediar a atenção e o controlo dos impulsos. Por outro lado, uma relação afectiva negativa e fria por parte dos prestadores de cuidados, pode desencadear problemas no comportamento da criança (Martins, 2008).

Salgueiro (2002, cit. Martins, 2008), menciona que a criança irrequieta não adquiriu o sentimento de "confiança total", referindo-se ao primeiro estágio de desenvolvimento proposto por Erikson (s/data cit. Martins, 2008), e como tal, não desenvolveu de forma adequada a capacidade de simbolizar, necessária para representar de forma tranquila a figura materna quando esta está presente ou ausente. Assim, a criança apresenta uma grande dificuldade em gerir os processos de aproximação/afastamento, o que causa um sentimento de inquietação e insegurança, que considerámos só diminuir através da acção, não sendo possível fazê-lo através da simbolização.

### **2.1.5. Abordagem Neurobiofisiológica da PHDA**

Fazem parte desta abordagem diferentes contribuições. A primeira a ressaltar consiste nas causas genéticas. Os vários estudos disponíveis indicam que a principal causa é genética (Pliszka, 2007; Faraone, 2006, cit. in Boavida e Cordinhã, 2008,) com uma hereditariedade estimada em 65 a 90% (gémeos monozigóticos). É sabido que existe uma predisposição ou agregação familiar, sendo que o risco em irmãos de crianças com PHDA é três a cinco vezes superior ao da população geral e os pais terão duas a oito vezes maior probabilidade de apresentarem critérios de diagnóstico (Kutcher, 2004; Banerjee, 2007, cit. Boavida e Cordinhã, 2008).

Segundo Lopes (2003) desde há muito tempo que se sabe que os parentes biológicos das crianças hiperactivas têm tendência a apresentar mais problemas do que os parentes de crianças normais.

Entre estes, incluem-se o alcoolismo, problemas de conduta, hiperactividade e depressão. Lopes afirma também que os estudos com familiares e com gémeos de crianças com PHDA têm revelado dados significativos quanto à influência da hereditariedade nesta perturbação desenvolvimental.

Como nos refere Barkley (2001), muitos investigadores têm levantado a questão desta perturbação ser causada por alguma lesão cerebral, nomeadamente na parte frontal do cérebro, na região fronto-orbital. Esta mesma região é assinalada como a zona responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, pelo emprego do autocontrole, e pelo planeamento futuro. Contudo, os mesmos investigadores constataram que a maioria das crianças com PHDA não apresentava história de lesões cerebrais óbvias ou significativas. No máximo 5 a 10% desenvolveram PHDA devido a algum tipo de dano cerebral. Assim, torna-se inconclusiva esta correlação.

Nos primeiros dois, três anos de vida, incluindo a gravidez, o cérebro apresenta um desenvolvimento enorme. Grande parte dos neurónios já está presente a meio da gravidez. Para poderem desenvolver as suas funções (que passam pelo metabolismo dos neurónios), têm de estabelecer contacto através de dendrites e sinapses, e como tal as conexões interneuronais têm de continuar o processo de maturação (processo de mielinização).

O desenvolvimento decisivo das conexões interneuronais dá-se a partir da segunda metade da gravidez até aos primeiros dois anos de vida (plasticidade do cérebro infantil). O processo de conexão é impulsionado através de estímulos externos. A percepção activa e as acções fomentam as ligações entre os neurónios. As conexões vão-se reformulando à medida que a criança exercita as suas acções, repete acções ou faz deduções lógicas.

Perturbações que influenciem negativamente nesta fase de maior crescimento cerebral, podem diminuir o número de conexões interneuronais (sinapses), e abrandar o indispensável processo de maturação bioquímica. A flexibilidade do fornecimento energético (transmissores) de determinados condutores torna possível que tais ligações, responsáveis pela atenção dirigida sejam activadas e outras

bloqueadas para o dispensável. Com estas condições desenvolvem-se as capacidades de perceber e de agir, o pensamento e a linguagem (Schweizer. e Prekop, 2001 ).

Segundo Voyazopoulos (2001, cit. Martins, 2008), a hipótese neurofisiológica privilegia a existência de um disfuncionamento cerebral mínimo constitucional, propõe ligar a expressão hiperactiva a uma perturbação neurofisiológica primária, expressa por hipervigilância cognitiva associada a um nível cortical mas de activação mais baixo do que o normal, contra o qual o sujeito lutaria através da hiperactividade motora.

Outro factor que se encontra correlacionado com o desenvolvimento anormal do cérebro, reside na bioquímica cerebral, sendo que tem vindo a verificar-se alguma evidência quanto a uma possível deficiência dos neurotransmissores, nomeadamente a dopamina nos sujeitos hiperactivos como referido anteriormente. Por um lado, devido ao facto dos estimulantes que se supõe aumentarem a disponibilidade de dopamina no córtex pré-frontal, revelarem uma considerável eficácia na redução dos níveis de agitação e de desinibição comportamental; por outro lado porque estudos com animais permitiram verificar experimentalmente o aumento de disponibilidade de dopamina após a administração de estimulantes (Lopes, 2003).

Esta ideia encontra-se também presente em (Boavida e Cordinhã, 2008), a diminuição de neurotransmissores como a dopamina, a

noradrenalina e serotonina, condicionada por factores genéticos, causa uma desregulação catecolaminérgica central, que pode também contribuir para a fisiopatologia do distúrbio.

Encontra-se ainda implícita às alterações do desenvolvimento cerebral a actividade cerebral ao nível da actividade eléctrica do cérebro, a qual pode ser aumentada através da utilização de estimulantes ao nível do fluxo sanguíneo, particularmente no núcleo caudado, parte integrante do corpo estriado. Sabe-se que este desempenha uma importante função na inibição comportamental e na manutenção da atenção. O mesmo parece encontrar-se ligado a uma deficiente produção de dopamina nesta zona limitando as capacidades do sujeito. Por seu turno, as conexões do corpo estriado com o sistema límbico (responsável pelo controlo das emoções, motivação e memória), acarretam nos sujeitos com PHDA dificuldades nas funções pelas quais este é responsável (Schaughency e Hynd, 1989, cit. Lopes, 2003).

Ao nível das estruturas cerebrais são demonstradas diferenças discretas na estrutura, volume e função; é o caso do córtex do lobo frontal, temporal e parietal, gânglios basais (striatum), áreas do corpo caloso e cerebelo (vérmis). Deste modo, quando surgem necessidades de desempenhar tarefas que requerem controlo inibitório parece haver diferenças na activação do lobo frontal, núcleo caudado e cíngula anterior. Essas anomalias demonstráveis por RMN cerebral (estrutural, volumétrica e funcional), electrofisiologia e estimulação magnética transcraniana, são precoces, não progressivas e independentes do tratamento com estimulantes (Boavida e Cordinhã, 2008).

Estudos de imagem funcional (Positron Emission Tomography - PET e Single Photon Emission CT- SPECT), sugerem alteração da actividade da dopamina – descarboxilase nas áreas pré – frontais e striatum, e também aumento da capacidade de ligação do

transportador de dopamina, reduzindo assim a actividade nas vias frontais – estriadas (Boavida e Cordinhã, 2008)

A exposição ao chumbo consiste noutra factor de risco, sendo que a presença deste em crianças muito pequenas parece aumentar o risco de aparecimento de sintomas de hiperactividade principalmente se esta exposição tiver decorrido entre os 12 e os 36 meses (Barkley, 2000 cit. Lopes, 2003). Entre outros, os factores ambientais podem referir-se factores alimentares (açúcares, corantes e conservantes), embora os resultados dos estudos sejam controversos. (Banerje, 2007, cit. Boavida e Cordinhã, 2008).

### **2.1.6.- Modelo proposto por Barkley na PHDA**

O modelo proposto por Barkley (1997 *cit in* Rodrigues 2003), presume essencialmente que na PHDA existe um défice que envolve a inibição da Resposta. Este défice conduz a dificuldades secundárias em cinco habilidades neuropsicológicas, quatro das quais (denominadas de Funções Executivas), dependem da capacidade de inibição da resposta.

O modelo em causa implica três grandes componentes: Inibição Comportamental; Funções executivas e Controlo motor.

De acordo com este autor, termo ou constructo Inibição da Resposta ou Inibição Comportamental compreende três diferentes processos:

1. *Inibição de Respostas Imediatas* a determinado evento. Esta capacidade de inibir respostas imediatas é importante, porque permite a existência do tempo de latência necessário ao processamento cognitivo que ocorre durante o mesmo e, conseqüentemente, à mobilização de funções executivas.
2. *Interromper respostas ou padrões de respostas que já estão em curso*, permitindo um tempo de latência para a tomada de novas decisões ou continuação da resposta.

3. *Inibir respostas a fontes de interferência* quando está em situação de realização de tarefas que requerem auto-regulação e acção pré-orientadas. A capacidade de controlar as interferências em especial durante o tempo de latência é fundamental, visto que permite a entrada em funcionamento das funções executivas. (Rodrigues, 2003)

De acordo com Rodrigues (2003), a auto-regulação depende inteiramente desta capacidade de inibição da resposta nas suas múltiplas vertentes, pois nenhum indivíduo será capaz de dar respostas direccionadas para objectivos, ou modificar respostas se não for capaz de colocar em acção esta capacidade.

Neste modelo, proposto por Barkley, o termo Funções Executivas refere-se a todas as acções mentais auto-dirigidas que ocorrem durante o tempo de latência e que servem para modificar a eventual resposta a um estímulo. Barkley refere que existem quatro funções executivas que se encontram comprometidas nos indivíduos com PHDA, e que não permite a Inibição da Resposta. São elas a Memória de Trabalho Não Verbal, Discurso Internalizado (memória de trabalho verbal), Auto-Regulação do afecto/ motivação/ excitação e Reconstituição. Deste modo, e como nos refere Rodrigues (2003), baseando-se em vários estudos, passo a apresentar a explicativa face às mesmas funções:

1. *Memória de Trabalho Não Verbal* – é definida como a capacidade para manter informação internamente representada na mente ou “*online*”, que será utilizada para controlar uma resposta subsequente. Representa o sentido interno de Si. Esta função refere-se não só a representações sensitivas de um evento, mas também às respostas e consequências possíveis. Permite também organizar o comportamento em determinado tempo e desenvolver a

capacidade de regular o comportamento de forma não verbal.

2. *Discurso Internalizado ou Memória de Trabalho Verbal*– Esta adquire uma importância no processo de Auto – Controlo. Esta importância é recíproca, isto é, contribui para uma Inibição Comportamental, na mesma medida que esta contribui para a possibilidade do discurso “internalizado”. O discurso internalizado ou a Memória de Trabalho Verbal providencia a possibilidade de reflexão e descrição através da qual o indivíduo (de forma coberta) categoriza os eventos antes de responder aos mesmos. Este meio de discurso verbal interno providencia a hipótese de auto – questionamento, criando a possibilidade de resolução de problemas e de formulação de regras e planos.

3. *Auto-Regulação do Afecto ou Mobilização da Motivação*

Esta função é aquela que nos permite não só auto - regularmo-nos internamente, como também, mobilizar na ausência de reforços externos, as energias no sentido do cumprimento dos objectivos. Como refere Damásio (1994) mobilização de afectos e motivação internas, faz-se a par com a memória de trabalho não verbal e o discurso verbal interno. Numa primeira fase implica o controlo interno das emoções, isto é, tal como anteriormente a possibilidade de analisar a carga afectiva do estímulo em função de sensações armazenadas e seleccionar a resposta adequada controlando o impulso emocional primário, e modificando a carga emocional primário, e modificando a carga inicial do estímulo. Esta primeira habilidade permite ao indivíduo utilizar uma outra denominada de Objectividade e considerar a perspectiva do outro na determinação de uma resposta. Por outro lado, esta função implica a capacidade de regulação dos estados motivacionais que suportam as

acções dirigidas para objectivos e a persistência na sua obtenção (Rodrigues, 2003).

4. *Reconstituição*– Esta função representa duas sub – funções muito importantes: a Análise e a Síntese. A análise refere-se à capacidade de dividir as partes de um conjunto em unidades subsequentes. As unidades divididas têm o potencial de ser re combinadas noutras sequências e estruturas comportamentais mais complexas, originando novos comportamentos, através do processo de síntese.

Por fim, evidenciando o *Controlo Motor*, os comportamentos internalizados e cobertos auto – regulados, que constituem as Funções Executivas, originam ao longo do desenvolvimento efeitos no comportamento observável e no controlo motor. Como resultado da regulação interna do comportamento, as acções externas podem ser orientadas para um objectivo – o controlo motor (Rodrigues, 2003).

Para Barkley, (2000), o sentido de antecipação é o sentido de tempo que posteriormente é aplicado na organização do comportamento para as respostas ao envolvimento.

Assim, segundo este modelo, um dos pontos fulcrais e porventura mais arrojados, assenta no pressuposto de que os mecanismos cognitivos e neuropsicológicos básicos que formam as funções executivas criam um instinto virtual para o auto-controlo. Tal significa que a capacidade para a auto-regulação não é ensinada. Para Barkley, (2000) a PHDA é caracterizada por um défice da inibição comportamental. Esta desinibição comportamental resulta na perturbação das quatro funções executivas ligadas à auto-regulação, o que confere ao comportamento e cognições as características como a impulsividade, hiperactividade, inconveniência social, dificuldades de manutenção nas tarefas. Para este autor referia ainda, o indivíduo é “controlado pelo momento”, e

procura maximizá-lo em vez de procurar maximizar o futuro. Os défices ao nível das funções executivas, para além de radicarem num controlo inibitório pobre interferem significativamente com inúmeras competências do indivíduo(Lopes, 2003).

Importante será de referir que neste modelo não se perde de vista o desenvolvimento normal, o que permite relativizar e enquadrar os vários desvios em função do grau de desfasamento e não do tipo de desfasamento face ao normal.

### **2.1.7.- Posição psicodinâmica na PHDA**

Como foi referido anteriormente nos critérios de diagnóstico, segundo a DSM IV, só é válido o diagnóstico de PHDA, quando cumpre a lista dos sintomas referidos e a explicação dos comportamentos não são explicados por outra doença mental. Todavia, surgem crianças que à luz só dos comportamentos estes são consentâneos e cumprem a listagem da DSM IV, mas são explicados por outras patologias.

Assim, podemos estar com uma criança com uma depressão que apresenta uma defesa maníaca que reflecte onnipotência e que expressa comportamentos de instabilidade psicomotora. No que respeita a comportamentos, este cumpre os critérios da DSM IV, mas efectivamente não se trata de PHDA.

Da mesma forma falamos de crianças com patologia bipolar, ou com organização de personalidade *borderline*. Nestes casos, são crianças cujo pensamento simbólico está invadido, portanto não está consolidado, o curso do pensamento está com lacunas, a noção de fantasia e realidade estão difusas. Com estes sintomas, as crianças podem deambular pelo espaço envolvente sem prestarem atenção às situações porque andam à procura de limites. E podem cumprir, pelos comportamentos, com os critérios da DSM IV do ponto de vista sintomático e, de facto, não são de facto PHDA mas sim e eventualmente, estão a agir uma Depressão Infantil, uma

---

Patologia Bipolar, ou ainda uma organização da personalidade *Borderline*.

A Depressão materna precoce está na mesma linha. Neste caso podemos estar com uma criança com um fraco investimento materno e os nutrientes afectivos e emocionais não cumprirem a boa harmonia do desenvolvimento, o que não permite uma interacção suficientemente boa e, por sua vez, não dá lugar a uma sincronia que se requer entre a mãe e o bebé, dando assim origem a uma instabilidade.

Martins (2008), ao basear-se em várias investigações refere que as relações mãe-bebé diferem no seu sincronismo e harmonia, em termos de trocas recíprocas em contextos face a face. A coerência e continuidade na leitura dos sinais e na responsividade das respostas por parte da criança ajuda-a a modular os seus estados positivos e negativos, facilitando a ocorrência de interacções sociais positivas. Este acordo precoce é uma característica emergente da auto-regulação. Para estes autores, a segurança no comportamento do apego está relacionada com o desenvolvimento da capacidade construtiva para se envolver na resolução de problemas e para o desenvolvimento das competências linguística, as quais podem mediar a atenção e o controlo dos impulsos.

De acordo com Ferreira (2002, cit. Martins, 2008), vários autores dedicaram-se ao estudo de interacções precoces, salientando a importância da constância e da qualidade do objecto na construção de uma experiência relacional que permite a actividade de pensar e a actividade cognitiva que tem como pano de fundo a experiência afectiva.

Boscaini (2000, cit. Martins, 2008) reforça a importância da capacidade maternal para o desenvolvimento das funções de adaptação à realidade e actividade psíquica como ponte entre o mundo interno e o mundo externo. A função tónica e as repetições

de situações de tensão – distensão, partindo de dados fisiológicos, encontra através da sua relação com o envolvimento uma regularização e integração, nas quais se vão desenvolvendo as competências relacionais. Pelo jogo de tensão/ descontração, prazer/ desprazer, introduz-se um ritmo e rupturas em que o desejo provocado pela falta da mãe permite à criança, por um lado, construir-se com o EU corporal psíquico distinto do outro, graças ao aparecimento da representação como precursora da função simbólica, e por outro lado, o construir o real, com os seus objectos, o espaço e o tempo.

Salgueiro (2002), refere também que a criança irrequieta não adquiriu o sentimento de “confiança básica”, no sentido definido por Erikson e que não desenvolveu de forma adequada a capacidade de simbolizar, a qual assenta na capacidade precoce de representar tranquilamente a figura maternal, na sua ausência ou na sua presença. Deste modo, existe um sentimento de inquietação e insegurança, que diminui através do agir.

João dos Santos também se interessou pela criança instável, e no seu trabalho de 1969, “Ensaio de uma classificação nosológica para a psiquiatria infantil”, inclui o que designa por instabilidade neuromotora nos “ Sintomas e síndromes reactivos” e, dentro destes, nos “Síndromes psicomotores do desenvolvimento”.

Define os segundos como sendo aqueles em que os problemas emocionais se exprimem através de um comportamento motor, e o que caracterizaria o sintoma psicomotor seria a interferência da angústia no processo de desenvolvimento e de maturação das estruturas nervosas, e a sua inscrição, às vezes definitiva, no substrato anatómico do sistema nervoso.

O sintoma psicomotor inicial seria o sinal de uma tentativa de adaptação da criança ao que exigem dela. Esta tentativa falha, parcial e provisoriamente, em virtude das estruturas nervosas não

---

estarem ainda aptas para o exercício da função psicomotora que o Eu, pressionado pelo meio, pretende exercer. (Salgueiro, 1996).

João dos Santos (1969) defende ser a instabilidade uma forma de reacção contra a ansiedade, e de surgir, muitas vezes, de um fundo de depressão. A instabilidade seria pois a persistência na idade escolar do comportamento ansioso e inseguro na vida social próprio de uma de uma criança mais nova, longe da mãe, ou com uma mãe não suficientemente disponível. Como tal, a criança, que não consegue mentalizar e actuar no plano da competição, utiliza o comportamento como forma de descarga e de defesa contra estas angústias. " (...) A vida só lhe é possível daquele jeito, a fugir das situações, pela desobediência, a fugir das coisas e dos objectos, a fugir das ideias pela dispersão" (Santos, J., s/data, cit. Costa, 2008).

Quando a hiperactividade surge logo no início da aquisição dos padrões da marcha, a criança acelera de forma precoce o seu processo de separação e individualização, podendo dar origem a ansiedades depressivas e/ou persecutórias (a criança foge porque se sente perseguida) e clivagem excessiva (fuga sem fim no exterior) (Salgueiro, 1996). Segundo este autor, estas crianças têm dificuldade em encontrar um espaço mental para poder pensar e elaborar, para poder falar de um mundo interior e de um aparelho psíquico e, assim, progressivamente organizar o conflito interno.

Para João dos Santos (1969), a criança instável é alguém que não consegue suportar um excesso de estímulos que acabam por se transformar em angústias. Como tal, a criança, que não consegue mentalizar e actuar no plano da competição, utiliza o comportamento como forma de descarga e de defesa contra estas angústias. " (...) A vida só lhe é possível daquele jeito, a fugir das situações, pela desobediência, a fugir das coisas e dos objectos, a

fugir das ideias pela dispersão” (Santos, J., s/data, cit. Costa, 2008).

É relevante mencionar que a PHDA é uma perturbação comportamental e não um problema disciplinar. Muitas vezes, a sociedade confunde indisciplina ou até falta de educação com hiperactividade. Este facto pode dever-se à dificuldade destas crianças em cumprir regras, controlar a actividade motora e os impulsos, ou em estar quietos e não entrar em conflito com o meio que as rodeia. Realmente, podem coexistir problemas disciplinares associados à PHDA, embora estes nunca sejam suficientes para explicar a totalidade do quadro clínico (Cordinhã e Boavida, 2008).

### **2.1.8. Intervenção Terapêutica na PHDA**

A intervenção precoce e atempada é desejável, considerando as consequências da PHDA. Existe uma necessidade fulcral de compreender o distúrbio, criando uma aliança terapêutica entre a criança, os pais, o médico e o professor. Penso que será importante evocar que esta aliança terapêutica deverá ser evocada com todos os terapeutas envolvidos no processo. Esta atitude visa, sobretudo o esclarecimento e aconselhamento adequado de todos os intervenientes, que possibilite implementar mudanças de atitudes e adaptação a diversas situações, além de reforçar positivamente os comportamentos adequados (Boavida e Cordinhã, 2008). Segundo os mesmos autores o objectivo do tratamento é o controlo dos sintomas de desatenção, hiperactividade e impulsividade, melhorando o desempenho académico e as competências sociais. Permitindo dessa forma aumentar a auto – estima da criança. Podem considerar-se estratégias terapêuticas comportamentais e educacionais, apoio educativo individualizado, ou eventualmente especial, entre outros.

Surge a necessidade de uma intervenção que tenha em conta as características e particularidades da criança em questão, e que

desenvolva a intervenção enquadrando os diferentes ecossistemas da vida da criança (família, escola e outros grupos sociais).

Pode afirmar-se de forma muito global que a intervenção na PHDA pode ser de tipo farmacológico, não farmacológico, psicossocial, ou de tipo multimodal, ou combinado.

Para Barkley (2000, cit. Rodrigues, 2004), a intervenção na PHDA deve ter em conta três aspectos essenciais: o tempo, o momento e os agentes. O tempo reflecte-se na utilização de metodologias que vão ao encontro da própria natureza do problema, e como tal, devem basear-se em princípios de acção imediata. Outro aspecto é o momento, ou seja, toda a intervenção deve ser prolongada no tempo e sistemática. Por ultimo, a vertente agentes, ao referir-se que deve ser uma acção continuada devido às necessidades persistentes.

### **2.1.9. Intervenção Farmacológica na PHDA**

De acordo com (Boavida e Cordinhã, 2008), está comprovada uma eficácia superior dos tratamentos que incluíram psicofarmacos, em relação ao uso de terapia comportamental isolada.

Existem basicamente três tipos de medicamentos utilizados na intervenção com indivíduos com PHDA, os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos, sendo a terapêutica com estimulantes a mais frequentemente referida e utilizada por ser, à data, considerada a mais eficaz (Swanson, et al., 1993 cit. Rodrigues, 2004).

#### **2.1.9.1. Psicoestimulantes**

Os psicoestimulantes são fármacos considerados de primeira linha na terapêutica farmacológica da PHDA. O metilfenidato constitui o princípio activo mais comum. O metilfenidato cujo nome comercial é a Ritalina consiste numa substância química utilizada como um estimulante leve do sistema nervoso central, funcionando como um

mecanismo de acção estruturalmente relacionado com as anfetaminas. As anfetaminas são substâncias simpatomiméticas que têm a estrutura química básica da beta-fenetilamina. Sob esta designação, existem três categorias: anfetaminas, propriamente ditas, são a dextroantefetamina e a metanfetamina.

O metilfenidato é o único psicoestimulante disponível em Portugal, sendo geralmente utilizado apenas em crianças com idade igual ou superior a seis anos.

Os mecanismos neurobiológicos pelos quais os estimulantes fazem efeito ainda não se encontram totalmente estudados, crendo-se que aumentam a excitação e alerta cerebral, aumentando a capacidade do sistema nervoso central para realizar com sucesso o transporte de moléculas de dopamina e norepiferina (Shelton e Barkley, 1995 cit. Rodrigues, 2004).

De acordo com Lopes (2003) refere que nestas crianças existe uma alteração genética associada a défices no funcionamento de certas áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o auto – controlo. Deste modo a medicação vai estimular directamente as áreas cerebrais, pelo que tem de ser administrada diariamente e por longo período de tempo, sendo a única forma de tentar normalizar a falta de atenção, a impulsividade e os comportamentos inadequados.

A forma de actuação dos estimulantes reside no facto dos mesmos aumentarem o nível de actividade cerebral. Aumentam o poder do cérebro para inibir o comportamento, motivo pelo qual parece ser útil a sua administração em crianças com PHDA. O mesmo autor refere que o mecanismo de acção dos psicoestimulantes resulta da norepinefrina das partículas subcelulares nas terminações nervosas do sistema simpático (Cooper, Bloom e Roth, 2002, cit. Lopes, 2003).

O tratamento a longo prazo com psicoestimulantes pode ser um factor de protecção, no que respeita a distúrbios psiquiátricos. A dose do tratamento terá de ser individualizada e ministrada de forma progressiva, até se atingir a menor dose eficaz, havendo por vezes a necessidade de fazer associação de fármacos (Lopes, 2003). Preconiza-se iniciar o tratamento com doses mais baixas e ir fazendo ajustes, a cada três semanas, até que seja atingida a dose máxima, haja remissão dos sintomas, ou surjam efeitos secundários. O fármaco escolhido deve ter uma duração de acção que possa abranger todo o período escolar. As tomas de curta duração de acção deverão ser administradas em horário correspondente a determinadas actividades da criança e requerem duas ou três tomas diárias.

É recomendado a monitorização do tratamento um mês após o seu início, para avaliar a eficácia, efeitos secundários e eventualmente ajustar a dose.

Lopes (2003), aponta a existência de efeitos colaterais, sendo que afirma existirem muitos efeitos colaterais que podem surgir nas crianças que tomam fármacos, embora na maioria sejam mínimos. Estes efeitos encontram-se directamente relacionados com as doses ingeridas: doses mais elevadas produzem mais efeitos colaterais. Cerca de 50% das crianças manifesta como efeitos secundários, perda de apetite, ansiedade, irritabilidade e predisposição para gritar. Fazem parte dos efeitos secundários o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, o aumento da actividade cerebral, a insónia, tiques nervosos.

Boavida e Cordinhã, (2008) fazem referência ainda a anorexia, epigastralgias, perda ponderal, náuseas, obstipação, depressão ou labilidade emocional, cefaleias e tonturas. Porém, os efeitos da terapêutica sobre o crescimento têm suscitado preocupação, e os resultados da literatura são controversos. Os estudos recentes

sugerem uma redução na velocidade de crescimento esperada, nos primeiros anos de tratamento. Também recentemente outro estudo, em que todas as crianças interromperam o tratamento durante as férias escolares, o que pode ter influenciado o resultado, não revelou efeito significativo na velocidade de crescimento (Plzka et al., 2007 *cit.* Boavida e Cordinhã, 2008).

Apesar de serem situações raras, devem ter-se em consideração as contra – indicações ao tratamento com metilfenidato, tais como esquizofrenia, hipertiroidismo, arritmias cardíacas, angina Pectoris, glaucoma, hipersensibilidade anterior ao medicamento, inibidores da MAO.

Com este tipo de medicação é sabido que a maior parte das crianças medicadas são menos impulsivas, menos agressivas, apresentam menos problemas de adaptação e menos atitudes destrutivas. Parece por uma lado, ser benéfico, uma vez que permite aumentar a atenção, melhorar o controlo dos impulsos, a coordenação dos movimentos motores finos, e o tempo de reacção. Por seu turno, a medicação não aumenta a inteligência, mas sim a capacidade de aprendizagem e a capacidade de evocação ou rememoração. Os benefícios resultam do aumento substancial da quantidade de trabalho que a criança é capaz de produzir, e em alguns casos verifica-se através do aumento da precisão do mesmo. A medicação permite melhorar também a interacção da criança com os pais, professores e colegas (Lopes, 2003).

#### **2.1.9.2. Antidepressivos Tricíclicos**

Os antidepressivos mais frequentemente utilizados na PHDA são Norpramin ou Pertrofan (desipramina), Tofranil (imipramina), Tryptol/Elavil (amitriptilina) e Wellbutrin (bupropiona). Os primeiros três pertencem á classe dos antidepressivos tricíclicos. Estes fármacos foram desenvolvidos para o tratamento da depressão, entretanto também foram utilizados para tratar crianças

portadoras de PHDA e crianças com reacção de ansiedade ou pânico, os mesmos fármacos revelam-se benéficos quando a criança com PHDA não exhibe resposta ou não tolera o uso de estimulantes e apresenta depressão ou ansiedade associadas à PHDA.

O tricíclico mais frequentemente estudado no tratamento da PHDA é o Norpramin. Os estudos verificaram que crianças portadoras de PHDA que recebem esta medicação exibem provavelmente progressos leves e moderados, na capacidade de prestar atenção e controlar os impulsos, tornando-se menos impacientes ou hiperactivas. O resultado assenta sobre a melhoria do humor, revelando-se crianças mais alegres e menos ansiosas ou preocupadas (Barkley, 2001).

Podem verificar-se também com a administração de antidepressivos efeitos secundários, tais como, diminuição da frequência cardíaca, convulsões, alterações físicas mínimas, e interacções entre diversos fármacos, existindo a perda de efeitos terapêuticos.

Neste campo, a abordagem farmacológica facilitará a diminuição de sintomas disruptivos e permitirá que outras estratégias de intervenção possam assumir uma maior eficácia.

A medicação administrada às crianças com PHDA é de facto uma questão controversa devido aos efeitos secundários, a que as mesmas estão passíveis. Salgueiro (2004) explica que a solução centrada na Ritalina ou em outros psicoestimulantes, é uma solução pobre e perigosa. O mesmo autor refere que o recurso à medicação pretende atingir sobretudo um abafamento sintomático sem se preocupar com a estrutura mental subjacente. Refere que o recurso somente a esta intervenção poder-se-á tornar perigosa, pelos efeitos secundários já mencionados, pelo aumento do risco aditivo na vida da pessoa e ainda porque permite a manutenção do "status

quo familiar e social”, isto é, segundo o autor a não introspecção da família acerca da etiologia da hiperactividade dos filhos.

Face à mesma controvérsia é importante ressaltar que a administração de medicamentos não deve ser regra, mas sim ponderada, tendo sempre em conta a situação individual de cada criança a todos os níveis (desde o plano de saúde individual aos sintomas secundários. E às condições de vida familiar).

### **2.1.10. Comportamentos adaptativos em PHDA**

Segundo Randy W. Kamphaus (1996), (Behavior Assessment System for Children; Reynolds, C. & Kamphaus, R. 1992) - BASC, não é um instrumento de avaliação com vista ao diagnóstico, pois este deve ser, em seu entender, o resultado de vários procedimentos isto é, recolha de dados anamnésicos, de depoimentos das figuras parentais, da recolha de informações dos professores, e da observação propriamente dita, ou de várias observações realizadas até por outros técnicos.

A BASC pode ser um meio complementar de diagnóstico, mas sobretudo a importância que lhe é bastante reconhecida, é para avaliar a eficácia do tratamento.

Partimos do princípio que o tratamento da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção, tem vários factores, designadamente podemos orientá-los da seguinte forma:

- i. A eficácia do tratamento é reduzir a desatenção.
- ii. A eficácia do tratamento é reduzir a Hiperactividade.
- iii. A eficácia do tratamento é diminuir os sintomas de internalização.
- iv. A eficácia do tratamento é diminuir os comportamentos adaptativos.

Embora a BASC não seja utilizada para diagnosticar, como já foi referido, a informação dos pais e dos professores é-nos bastante útil, para nos ajudar a organizar e classificar PHDA na criança, tendo em consideração os três subtipos que a classificação pela DSM-IV organizou: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo e predominantemente misto (Kamphaus e Frick, 1996).

A realização de tarefas diárias e o convívio social adequado requerem a integridade das funções executivas. O desenvolvimento dessas funções durante a infância proporciona gradualmente a adequação e o melhor desempenho da criança para iniciar, persistir e completar tarefas. A identificação de factores imprevistos e de sua importância, assim como a elaboração de respostas alternativas diante desses problemas, reflecte a capacidade adaptativa do indivíduo proporcionada pelas funções executivas (Anderson, 2002).

Barkley (1997) propôs uma teoria unificadora para explicar as disfunções observadas na PHDA. A proposição é pautada em uma alteração central no córtex pré-frontal que compromete a capacidade adaptativa da função executiva. Essa alteração, seria um défice na capacidade de inibir respostas, o que explicaria os vários tipos de manifestações e comprometimentos na PHDA.

A capacidade de adaptar os comportamentos às situações, é manifestamente difícil para com estas crianças e revela com facilidade o grau de stress que a criança provoca no seio da família bem como no ambiente escolar (Rodrigues, 2004).

Outros estudos recentes, referidos pela mesma autora, têm abordado a relação entre a PHDA em idades muito precoces (5, 6 anos) e posterior evolução para a Perturbação do comportamento, com condutas de desafiador e de oposição (10, 12 anos);

comportamentos de cariz criminal, exclusão escolar, abuso de consumo de substâncias, Perturbação da Conduta/Comportamento, desmotivação, bem como Dificuldades de Aprendizagem Complexas, por volta dos 14, 16 anos. Descrito por Rodrigues (2004). Estes estudos apontam para que se dê uma especial atenção desde a faixa etária pré-escolar.

Relativamente aos comportamentos “externalizados” estes referem-se àqueles que são abertamente demonstrados e agidos (problemas de conduta, agressividade), enquanto os “internalizados” são aqueles se referem a emoções ou sentimentos que não são directamente observáveis (ansiedade e depressão). As novas escalas adicionam um maior número de itens que as anteriores.

As crianças com PHDA, geralmente manifestam uma grande variedade de comportamentos “externalizados”. Estas características geralmente envolvem comportamentos como “desafiar o outro em especial o adulto”; “não cumprimento de instruções ou regras”, “disrupção de actividades em curso”, “argumentação”, “temperamento explosivo”, “hostilidade verbal” e “agressividade”. Estes comportamentos são geralmente suficientes para estabelecer um diagnóstico de Perturbação de Oposição ou em casos mais sérios de comportamento anti-social de Desordem da Conduta, (Rodrigues, 2004).

Do mesmo modo os comportamentos “internalizados” estão intrinsecamente relacionados com a PHDA, em especial a perturbação de ansiedade.

#### **2.1.11 A família e a Criança com PHDA**

As famílias com crianças hiperactivas adoptam comportamentos reactivos, que chegam a alterar as relações familiares. Alguns pais, perdem o controlo das situações ao ponto de terem dificuldade em tolerar os seus filhos. O conflito agudiza-se de forma que começam

a reagir por impulso. Neste caso, perdem a paciência, irritam-se, mais do que resolvem os conflitos, acabando por agravar a situação, contribuindo para o problema, e não para resolver a situação. Quando chega a situações extremas o melhor é o recurso de ajuda técnica, porque senão os pais e as crianças ficam de tal maneira imbricados que não se distingue o padrão normal da rotina familiar, dos comportamentos disruptivos.

O importante nestes casos é controlar as próprias emoções e assumir que estas crianças exigem maiores doses de calma, de paciência e de flexibilidade do que as ditas “normais”.

Todavia, não basta haver boa vontade e fazer um esforço para ser mais tolerante e paciente. Estas atitudes necessitam de ser acompanhadas por normas adequadas de actuação. Se os pais estabelecem normas de disciplina é muito importante que as tornem explícitas, que a criança saiba exactamente o que se espera dela pois desta forma saberá quais as consequências que se avizinham se quebrar alguma regra familiar. As instruções e as respostas verbais dos adultos devem ser breves, precisas e concretas.

Evitar as ameaças verbais continuadas, as repreensões e as discussões permanentes. A resposta dos pais à violação das normas deve ser proporcional à importância da infracção. É aconselhável que, antes de responder, os adultos se detenham e reflectam um instante e avaliem desapaixadamente o ocorrido. É conveniente que os pais respondam aos actos de indisciplina com comportamentos concretos e previstos, sendo desaconselhável que o façam pelos castigos físicos, antes pelo contrário, no caso de incumprimento ou irresponsabilidades como, por exemplo, não acabar uma determinada tarefa combinada de antemão, é mais eficaz que as crianças percam alguns privilégios já adquiridos. Os castigos devem ter uma duração limitada porque se se perpetuam,

passam a ser rotina, não sendo assim útil prolongá-los sistematicamente por serem difíceis de cumprir, porque podem originar ansiedade e sentimentos negativos na criança como a tristeza, para além disso, não são mais eficazes que os castigos curtos.

Tratando-se de crianças hiperactivas não é aconselhável que os pais limitem as saídas de casa e os contactos com amigos e colegas. Algumas famílias, por receio das críticas de conhecidos e vizinhos, podem reter a criança em casa por períodos de tempo muito prolongados, com o conseqüente prejuízo de poderem limitar a sua possibilidade de participar em jogos e actividades grupais e, portanto, dificultando a sua adaptação social e aumentando a ansiedade e, com isto, promover a instabilidade.

Convém estabelecer hábitos regulares como horários das refeições, do sono, para ver televisão ou fazer os deveres escolares. Embora a princípio possam protestar, se os pais persistirem e forem constantes, os seus filhos adquirem a segurança do previsto. Os adultos devem estar atentos aos sinais que prevêm a proximidade de um episódio de birras, desobediência ou rebeldia, sendo-lhes mais fácil afastar a criança da situação conflitual eminente, deslocando a atenção para outras situações como jogos ou acções que promovam bem-estar.

Quando a criança tem de realizar tarefas novas, necessita que seja anunciada a situação que tem de aprender previamente, recorrer ao facilitismo, ensaiar com ela, recorrer a instruções verbais simples e concretas que guiem a sua actuação, para evitar experiências de fracasso que possam diminuir a auto-estima da criança. É recomendável começar a aprendizagem com actividades simples que ela possa resolver correctamente, e garantir, deste modo, as experiências de êxito, do que a criança admitir que tem medo de não conseguir por ser uma situação nova.

É essencial que os adultos adotem uma atitude positiva nas suas relações com as crianças. Em vez de insistirem no carácter perturbador do seu comportamento, são mais aconselháveis referências positivas às capacidades e aos êxitos (áreas fortes) que elas conseguem obter. Por exemplo, se uma criança realiza rapidamente as tarefas domésticas que lhe foram atribuídas, sem necessidade de ser lembrada previamente, se cumpre o horário de chegada a casa desde há dias, os pais devem aproveitar estas circunstâncias para mostrar a sua satisfação.

Convém não esquecer os efeitos da aprendizagem social e promover situações de interacção com outras crianças. As crianças observam e reproduzem o que ocorre em seu redor. Quando a criança está nestas circunstâncias devemos evitar atitudes de humilhação, ameaças ou de julgamento, mesmo que o comportamento não seja o ajustado, tentando de uma forma construtora adequar os referidos comportamentos.

## **2.2. Intervenção Psicomotora de Âmbito Clínico**

### **2.2.1. Tópicos para uma breve reflexão histórica sobre a Psicomotricidade**

Naturalmente que quando se conta uma história, esta tem um sabor e um substrato profícuo de subjectividade acumulado com a sensibilidade e a individualidade de quem a conta. Estes tópicos que aqui são abordados e representados por pessoas relevantes na sua época e contribuíram para melhor conhecermos a teoria e prática da disciplina psicomotora, são sem dúvida introduzidos por aqueles autores que marcaram e influenciaram e são as referências para o autor desta obra.

O termo psicomotor surgiu pela primeira vez em 1870, quando Fritsh e Hitzig necessitaram de denominar uma região do córtex cerebral que ainda estava pouco esclarecido, cuja actividade ainda

misteriosa seria mais ou menos “ a junção entre a imagem mental e o movimento”.

Estas áreas do córtex cerebral seriam distintas e estariam situadas além daquelas já conhecidas áreas motoras.

Em 1901, Philippe Tissié afirmara que “a Educação Física não se deve entender apenas como exercícios musculares do corpo, mas também e principalmente dos centros psicomotores, pelas associações múltiplas entre o movimento e o pensamento”. Opondo-se assim claramente ao pensamento dualista, posição que vigorava então e que também nem sequer era posto em causa ou interrogado. A Ginástica era fundamentada no modelo militar, e nessa altura tal como a pedagogia institucional, os liceus assemelham-se mais aos quartéis, do que propriamente estabelecimentos de ensino. Fazia-se ginástica para ter músculos grandes e fortes para mostrar um aspecto atlético e imponente de pessoa saudável.

A noção de Reeducação Psicomotora surge por volta de 1907 com Edouard Dupré associado à Debilidade Motora, dando relevo a três principais sintomas: Inabilidade; sincinésia e paratonias.

O primeiro grande trabalho de Henri Wallon surge por volta de 1925, após a primeira guerra mundial em “A Criança turbulenta”, aliás foi com esta grande obra com que defendeu o seu doutoramento. Esta obra tem como base e fundamento o desenvolvimento psicomotor e a evolução mental da criança, associados concomitantemente os distúrbios conhecidos desse desenvolvimento e evolução. Neste trabalho pode destacar “...o movimento é antes de tudo a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo...”, para assim significar a importância que Wallon atribuiu ao movimento, ao gesto e ao seu significado.

Aplicando as ideias de Dupré e de Wallon, Guilmain põe em prática a Reeducação Psicomotora, propondo um método sustentado em

exercícios de educação sensorial, exercícios de desenvolvimento da atenção e exercícios de trabalhos manuais.

A contribuição de Wallon amplia-se com as publicações de "Do acto ao pensamento" (1942), e "As origens do pensamento" (1945), marcando assim um marco peculiar no estudo e aplicação da psicomotricidade. "A função postural está essencialmente vinculada e associada ao estado emocional do bebé que descreve como um fenómeno tónico-postural o "Dialogo tónico-postural", que significou como um excelente estadio de linguagem pré-verbal. Wallon atribuía uma invulgar importância ao movimento, pois este, na sua perspectiva é o elaborador do pensamento.

Jean Piaget fora sem dúvida um dos pilares da teoria psicomotora. Da sua contribuição de grande envergadura, destacamos "O Nascimento da Inteligência" (1936); "A Construção do Real" (1937) e "A Formação do Símbolo" (1945), em que o conceito de Inteligência,

para este autor é o resultado de uma certa experiência motora integrada e interiorizada que como processo de adaptação é essencialmente o movimento.

No desenvolvimento da sua teoria, Piaget utiliza conceitos próximos da sua formação inicial, a de Biólogo que os transporta para melhor elaborar os seus constructos teóricos. Assim a Assimilação para Piaget, constitui um funcionamento do organismo coordenando os dados do meio, incorporando-os pela experiência (experiência sensório motora), isto é, sistemas de sensações e movimento. A Acomodação é o resultado do efeito do mundo envolvente da criança, ou seja, a influência do meio exterior, a Adaptação é o equilíbrio entre a assimilação e a acomodação.

Para Piaget a inteligência é a adaptação tal como Vigotski (1977) afirmara que a adaptação é a procura de equilíbrio dialéctico entre o indivíduo e o meio.

A obra de Jean Piaget é também um pilar na teoria psicomotora. Com a publicação dos seus estudos: "A Construção do Real" (1937); "A Formação do Símbolo na criança" (1945), são exemplos dos resultados das suas pesquisas. A coordenação dos esquemas sensório-motores, os sistemas de sensação e movimento, implicam a assimilação e a acomodação como processo de adaptação, onde Piaget situou as origens da inteligência.

Merleau-Ponty em 1945, com sua perspectiva fenomenologista, propõe conceitos de extrema importância para a psicomotricidade e são fundamentais. Deles destaca-se..."o meu corpo é o eixo do mundo", "tenho consciência do mundo por meio do meu corpo"... "eu sou o meu corpo".

Ajuriaguerra (1977) interessa-se pela compreensão da patogénese dos distúrbios. A partir de uma classificação baseada na sintomatologia: instabilidades psicomotoras, inibições psicomotoras, incapacidade de origem emocional, desorganização da lateralidade, disgrafias, tiques, gaguez e, em colaboração com Soubiran, elaboram um exame psicomotor. Com os resultados obtidos, adaptação ao ritmo, etc. Aplicando determinava-se assim a Reeducação Psicomotora da criança ou do jovem, que se fundamentava em itens específicos baseados em exercícios tipo: tónico-posturais, adaptação e orientação no espaço às desordens não deficitárias, um objectivo de valorizar o potencial inactivo, e se os sistemas não estivessem a ser utilizados, provocava-se então uma reorganização.

Os pressupostos teóricos e fundamentos da psicomotricidade que era pertença quase exclusiva dos "cientistas/teóricos", que os elaboravam para que os práticos- Reeducadores – respondessem com esses modelos nas crianças de que tratavam, atingem um ponto alto quando André Lapierre e Bernard Aucouturier, de origem essencialmente prática, debruçam-se sobre os modelos

existentes e resolvem reinvestigá-lo. Elaborando um método que a partir dos modelos teóricos e com a experiência vivida na prática, afastando-se assim, progressivamente da atitude de "Reeducador – Testador - Reparador", para se aproximarem da postura de compreender o indivíduo e auxiliá-lo, isto é com uma posição mais terapêutica. As publicações destes autores " O Simbolismo do Movimento" (1975) e " Bruno (1977) a reconstrução do Homem pelo Homem", entre outros, são mostras dessa atitude que assenta basicamente a partir de situações naturais ou provocadas, que suscitem nas crianças uma actividade espontânea de exploração e de ensaio.

Da pedagogia Livre, tão bem explicada por Claude Paquette (1979), onde a criança é considerada "rei" porque o aluno é considerado como ponto de partida para toda a acção... os objectivos virão dos alunos. E da Pedagogia Aberta também preconizada pelo mesmo autor, em que as aprendizagens são variadas num trajecto de descoberta em descoberta, para os alcances de valores fundamentais que são a Autonomia e Liberdade, a psicomotricidade também colheu esses ensinamentos que aliás os apropriou muito bem indo ao encontro dessas posições e que deram jeito para elaborar os seus constructos teóricos.

Azemar (1977), propõe no seu olhar para a criança "deixar agir a criança... intervir como apoio...". Ou seja a partir de situações naturais ou provocadas, que suscitem nas crianças uma actividade espontânea de exploração e de ensaio.

Com efeito, nos últimos anos, temos vindo a verificar o grande progresso da pedagogia. Onde anteriormente se debruçavam em architectar estratégias de ensinar, os pedagogos de agora estudam mais as maneiras de facilitar as aprendizagens o que quer dizer que se interessaram por aprofundar o conhecimento das crianças que estão à sua volta numa relação interactiva.

Nesses estudos, a Psicomotricidade com os seus contributos vem dar respostas surpreendentes sobretudo nas creches e Jardins-de-infância e também no ensino básico, onde é reconhecido como ponto basilar que as aprendizagens escolares: o ler, o escrever e o contar passam primeiro pelo conhecimento do corpo, do espaço, do tempo e dos objectos e das relações que se estabelecem com eles.

Neste aspecto, João dos Santos (1988) afirma em " O Psicanalista na Escola" que o que é objectivamente investido, sentido e percebido é primeiro uma experiência corporal (de incorporar) para se tornar depois numa experiência interior ou subjectiva (introjecção).

Em Portugal foi João dos Santos o preconizador da Psicomotricidade. Por volta de 1965 em Lisboa, mais propriamente no então denominado Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, instituição criada por si, em conjunto com Margarida Mendo, médica pedopsiquiatra que acompanhou sempre de perto a sua vida e obra, são realizados os primeiros exames psicomotores.

O interesse de João dos Santos pela psicomotricidade foi sempre uma nota importante em toda a sua carreira aliás, com frequentes vezes ele afirmava essa importância situando a vida emocional da criança num paradigma em triangulação entre: o corpo, o espaço e o conflito.

Na última metade do século XX, Pedro Soares Onofre, tem sido responsável pela divulgação da Psicomotricidade por todo o País, no seu jeito peculiar de interrogar a institucionalidade do adquirido inquestionável, numa atitude de sem pressa desmontar preconceitos, alguns moralistas, outros onde a verdade parecia irrefutável, sempre em defesa da criança, preconizando uma metodologia de base fenomenológica, em criatividade, descoberta e de iniciativa, privilegiando o relacionamento com a criança.

### **2.2.2. Breve Reflexão metodológica sobre a Prática Psicomotora Clínica (Relacional)**

A metodologia resulta e fundamenta-se no trabalho publicado em 2008 pela Trilhos Editora, com o título "Um olhar para a criança – Psicomotricidade Relacional".

Trata-se de um trabalho realizado em ambiente clínico ao longo da minha carreira, com uma colaboração muito estreita com o colega Pedro Onofre, que em conjunto tivemos a oportunidade de reflectir uma boa prática de intervir junto das crianças.

Desse trabalho resultou um aprofundamento da parte do colega Pedro Onofre numa psicomotricidade situada mais a nível pedagógica ou educativa. Pela minha parte, uma vez que o percurso profissional se situou mais em ambiente hospitalar, designadamente, na vertente de saúde mental infanto-juvenil, resultou uma psicomotricidade clínica.

Nesse meu percurso, também foi notória a influência de João dos Santos, Margarida Mendo, Coimbra de Matos e Maria José Vidigal. Todos médicos pedopsiquiatras e psicanalistas.

Daí que a compreensão da psicanálise seja fundamental para justamente melhor conhecer as relações que se estabelecem entre crianças, e entre elas e os adultos.

Assim, um dos aspectos metodológicos para intervir em psicomotricidade relacional passa pela formação do psicomotricista, e a atitude necessária para o desempenho.

Esta metodologia respeita e procura o percurso da criança no seu próprio desenvolvimento que designamos como da sensorialidade à representação. Partindo do pressuposto fenomenológico descrito por Merleau Ponty em que, no desenvolvimento, a criança tem consciência do mundo através do seu corpo, e segundo o autor o corpo é o eixo do mundo.

O Corpo é sede das sensações. É pelo tocar, ver, sentir, provar e ouvir, como referiu Anzieu (1985) que se constrói o indivíduo.

As sensações por sua vez alicerçam progressivamente a percepções, e resultam de uma impressão proprioceptiva e exteroceptiva que são acompanhadas pelo afecto e pela emoção.

Os perceptos e os afectos por vezes são confundidos, entre o sentir de sentimento e o sentir de sensação.

Como refere Golse (2002), as percepções dão origem às representações. A criança primeiro começa por pensar por imagens, imaginar, isto é, ver mentalmente, o seu corpo em movimento.

Assim o corpo, não se confina à fronteira da pele, pois ele vai até onde chega o olhar, até onde pode lançar objectos ou até onde consegue ouvir.

De acordo com Anzieu (1985), a pele pode ser o elemento fronteira, que filtra os estímulos aos quais estamos expostos, onde alguns são reconhecidos, outros não.

Assim, podemos considerar que a expressão (representações) é o resultado das impressões.

Essas impressões são o fruto das experiências adquiridas pelas relações afectivas e emocionais. Produzem memórias de situações que envolve as acções afectivas e emocionais.

O sono, o sonho, o sonho acordado, são os instrumentos de processamento das memórias - situações vividas, que irão dar lugar à iniciativa, à curiosidade, à espontaneidade e à produção de ideias como nos refere Damásio (1994).

A intervenção deve interessar-se pela motivação da criança, pois só assim é possível ir ao encontro dos seus desejos, olhando para a mesma como se fosse única.

A sessão na sua globalidade deve centrar-se nos interesses e motivações da criança em co-gestão com o adulto. Deve promover-se a auto-estima, para que a criança acredite nas suas potencialidades. A criança deve ter a oportunidade de participar, de escolher as tarefas que pretende realizar. Torna-se importante entender que a presença do adulto, não se confina a exercer a autoridade, ou impor actividades, mas sim para aceitar em pleno, a maneira de ser da criança num envolvimento afectivo - relacional. Por outro lado, na atitude terapêutica, a posição do psicomotricista também não é avaliar os conhecimentos, ou querer saber se a criança é conhecedora ou não. Isso vai acontecer no decurso das sessões, onde se vão revelando e dar a conhecer mutuamente.

Só através das escolhas da criança, se assegura o empenho e participação optimizados e a auto-estima suficiente para que a criança acredite em si própria e conseqüentemente produza ideias e projectos construindo planos.

A organização passará pelo impacto de gestão da criança na realização das suas próprias escolhas, desta forma ela própria fica mais valorizada. Desta forma a criança sente que lhe dão importância e assim investe muito mais, concentrando-se no que está a fazer.

Após o plano estabelecido este é registado no quadro pela criança, para depois passarmos à acção. À medida que as actividades se concretizam, vamos ao quadro ver qual é a que se segue dando baixa da realizada.

Esta metodologia, para além de estruturar a sessão, também promove a criança, e ajuda a estabelecer os seus limites. Desta forma a criança sabe o que está a fazer, e o que se segue a seguir, e o mais importante, é que estamos a fazer coisas que ela quer fazer, é o mesmo que dizer, que é uma obra do próprio, assim está muito mais estimulada. Concomitantemente, a criança

consciencializa as actividades executadas, em vez de “passar” por elas sem dar conta do que está a fazer. O papel do terapeuta é auxiliar e amparar a organizar e estruturar a sessão, e também colorir emocionalmente os estímulos.

Será objectivo constante ao longo das sessões a iniciação de uma tarefa e a concretização da mesma num sentido de coerência. Após levantada a situação, a mesma é explorada e finalizada em concordância com um princípio, meio e fim, numa constante comunicação. Chamamos a essa atitude, fechar o ciclo da comunicação. Se interrogamos, merecemos uma resposta, seja ela qual for, e temos que a exigir.

Muitas vezes as crianças não nos respondem porque pensam que não é preciso, e às vezes são conotados por outros adultos, como crianças com dificuldades na comunicação, versus relação. Pode acontecer esta situação, sobretudo por falhas na educação.

Tal como o uso da palavra é de importância fundamental, o espaço do silêncio é determinante. Não o silêncio de quem não tem nada para dizer, ou está aflito porque não sabe o que fazer, mas aquele que entre duas pessoas ocorre porque estão de uma forma serena e tranquila em sintonia e cumplicidade, porque se sentem bem um ao pé do outro e a palavra não acrescenta nem condimenta a relação.

Perante o apresentado, os planeamentos ou melhor, a previsão do plano, será dizer as propostas de algumas actividades, foram por vezes realizados com ideias que se desencadeavam de outras ideias já experimentadas. Dando lugar à inovação e criatividade o que naturalmente recapta a atenção e o interesse.

Dado que é privilegiado também a fomentação da autonomia para cada criança e o respeito pela sua individualidade, se o terapeuta se coloca numa posição de impor, não estamos a contribuir para que a criança acredite nas suas potencialidades.

### **2.2.2.1. O Significado dos Materiais**

O que caracteriza em muito o espaço são os materiais a serem utilizados nas sessões. Todos eles são de extrema relevância. Deste modo, torna-se importante explicar a forma como é adquirido o significado dos materiais, uma vez que estes constituem parte integrante da nossa intervenção. Assim, os materiais são objectos que nos influenciam pelas suas características, ou seja, pela forma, textura, peso, tamanho, cor, pelo seu significado, pelo seu valor simbólico, pelas recordações.

O valor do objecto e o seu significado é algo que se regula na relação com esse objecto, e com o terapeuta, num contexto de espaço e ambiente já conhecidos. O significado do mesmo objecto é o produto das memórias da criança que foram evocadas, pela impressão que resultou das vivências anteriores.

Os objectos que foram danificados e gastos não devem ser usados nestes trabalhos, uma vez que já não faz sentido, ter materiais deprimentes e destruídos, excepto se o dano tiver ocorrido com uma dada criança e então, nesta situação, pode dar lugar a um procedimento de reparação, atitude que estas crianças têm dificuldade em ter.

Simbolicamente a criança necessita de ter atitudes de reparação, de modo que ela própria se regule e reaja bem com a frustração, que não destrua o espaço dos outros com comportamentos agressivos e impulsivos. Da mesma forma que os materiais são importantes, enquanto continuadores da relação e não de forma que possa limitar ou impedir uma relação genuína, a ausência deles não é impeditivo de uma sessão enriquecedora, porque o material fundamental está, isto é, as pessoas e o espaço.

Pode acontecer a criança centrar a sua atenção mais nos materiais do que no essencial, ou seja na intencionalidade. Esta atitude da criança deve ser pensada, uma vez que pode representar uma

atitude de defesa face à relação com o terapeuta, ou mesmo com a problemática que caracteriza a necessidade de apoio à sua psicomotricidade. Um aspecto importante a ter em atenção na sala de Psicomotricidade, é o facto de não ter objectos em abundância, dado que estes podem desencadear dispersão na criança, e assim promover a distractibilidade.

### **As Bolas grandes, pequenas e os balões**

As bolas de tamanhos, pesos, volumes, cores e texturas diferentes continuam a ser um objecto privilegiado das crianças, uma vez que oferecem estímulos e causam diferentes impactos sensoriais. Os balões "voam" no ar com outro tempo, permitindo um melhor enquadramento e posicionamento da criança, associado a um prazer reforçado e entusiasmante devido ao grau de sucesso elevado no que diz respeito às coordenações e a exigência da resposta motora ser mais tolerante.

### **As tintas, os pincéis, a plasticina e o barro**

A expressão plástica é utilizada com alguma regularidade. Partindo do pressuposto de que a criatividade é um intenso desbloqueador tónico-emocional, a criança utiliza este tipo de material para melhor se reconhecer.

São considerados materiais moles que envolvem junto à pele, a estimulação proprioceptiva promove na reconstrução da corporeidade da criança e por sua vez ajuda a tranquilizar.

As pinturas, e as produções plásticas em geral, permitem que as crianças utilizem diferentes partes do corpo, e são expressivas de conteúdos emocionais, aos quais não podemos ficar alheios e pensar que estas matérias são abordadas noutras disciplinas.

A criança quando demonstra interesse em utilizar materiais plásticos, não podemos e porventura não devemos fazer interpretações das suas produções quanto ao seu pensamento, pois

ela na maioria das vezes fá-las por recreação, por brincadeira, por jogo, embora saibamos que ela se espelha com conteúdos psíquicos nas expressões, o psicomotricista não tem preparação para inferir com interpretações, pois podem ser consideradas levianas e, inclusive, ter efeitos nefastos para com a criança e para o curso da terapia.

Como sabemos que a criança tem prazer com essas expressões plásticas, reforçamos o prazer.

### **O Espelho**

Consideramos o espelho um instrumento imprescindível numa sala de Psicomotricidade. A criança na presença deste instrumento utiliza o mesmo para diferentes fins, para se ver, para ver a sua imagem, para ver as suas expressões, para conhecer pormenores de si.

Este espelho deve assumir dimensões que permitam à criança visualizar-se na totalidade, ou seja, da cabeça aos pés. A imagem especular visualizada pela criança integra a imagem de si, bem como também permite o reconhecimento das várias partes do corpo, estruturando assim a noção do esquema corporal.

Sabemos que a imagem reflectida pelo espelho é aquela que a pessoa quer ver, e não aquela que efectivamente o espelho reflecte. Se estivermos com uma jovem anoréxica em frente ao espelho, ela pode afirmar que o seu corpo está obeso, e não vê a sua extrema magreza.

### **O Quadro**

O quadro constitui uma peça fundamental para a organização da sessão. O mesmo constitui-se como uma estrutura organizadora, uma vez que todos os passos dados na sala, serão assinalados no mesmo, desde os nomes de quem está presente, ao registo das escolhas por eles efectuadas.

A elaboração do plano da sessão é no quadro, utilizando escrita convencional, ou escrita por imagens. E está ali visível para que se possa ver a organização e para que sempre que necessário a criança possa consultar o plano elaborado. Tendo em conta as suas características, este deve ser grande e chegar até ao chão, para que a criança se possa desenhar em tamanho real.

### **O Tambor, a Sonoridade, o Ritmo e a Música**

Neste tópico, o ritmo, a batida, a sonoridade, a musicalidade corporal, o diálogo sonoro, o aprender a vez, o ouvir e o replicar são aspectos que se encontram presentes. A batida constitui, por sua vez a musicalidade mais primitiva, sendo a que mais se conhece. Todos sabemos tocar essas músicas, provocando-as pelas diferentes partes do corpo, em diferentes superfícies ou objectos existentes na sala. Os sons provocados por estes remetem para diversos sentimentos da criança.

Aprende-se a pegar a vez, e a respeitar a vez do outro, isto é, aprendemos a ouvir e responder e não tudo ao mesmo tempo que deixa de ser sonoridade, para passar a ser ruído.

Este tipo de expressão também é representativa de afectos e emoções, também é um suporte para a comunicação, portanto é um outro instrumento a ter em conta para trabalhar no campo da psicomotricidade.

### **Os colchões e tapetes**

Considero todos os materiais importantes, não uns mais que os outros, mas sim todos, cada um com a sua função.

Os colchões e tapetes permitem o contraste do duro e frio do chão com o mole e o ameno do colchão em contraste com a dureza do chão. Por outro lado, os mesmos têm a finalidade de protecção e de contenção. Também podemos fazer muitas coisas com eles, desde a

realização de construções e envolvimentos, enrolamentos, a situações como adereços de teatros.

### **Os panos**

Estas são peças de formas moldáveis, tecidos finos e de outras texturas, de cores variadas, as quais estimulam a proprioceptividade, facultam a transformação da personagem no jogo do faz – de – conta, envolvendo-o no corpo, o envolvimento corporal, o adorno.

### **O papel em grandes porções**

Este papel, possibilita o contorno do próprio corpo, em tamanho real, o que vai facilitar uma maximização do autoconhecimento, perceber os seus limites, preencher o seu interior e ornamentar o exterior.

### **Os bonecos, os animais, os tachinhos**

Estes permitem a construção de histórias, nas quais estamos envolvidos, permitem imaginar e organizar a identidade, e sobretudo, a estruturar o pensamento simbólico.

Para podermos escrever e ler necessitamos de ter o pensamento simbólico bem estruturado, pois as palavras representam simbolicamente ideias ou situações. Também sabemos que para estruturar o pensamento simbólico é necessário trabalhar o concreto. Desta feita os jogos de faz-de-conta são jogos que representam situações factuais dos adultos. Assim, nestes jogos estamos a promover a representação de acções por pensamentos imagéticos. Estes irão dar lugar mais tarde nas recordações, nas memórias afectivas como refere António Damásio, a pensamentos que ficam entre a acção e a representação, ou seja, do concreto para o simbólico.

Aqui, é possível experimentar diferentes papéis, fazemos de conta como cuidar do filho, dar de comer ou tratar deles, ou ter uma conversa ao telefone.

Por outro lado, tratamos dos animais da quinta, aqui protegemo-los dos predadores ou dos ladrões, fazemos lutas, onde podemos ser do lado dos bons ou dos maus. Esta forma de pensar pela imaginação, consolida melhor o pensamento abstracto, requisito recorrente na escola, quando as letras e os números tomam significados simbólicos, como se dissera anteriormente.

### **O gravador de som e de imagem**

Quando nos ouvimos, estranhamos a nossa própria voz, pois parece-nos outra pessoa que está a falar, e quando nos vemos nas imagens filmadas, rimo-nos e por vezes temos vergonha de nós. Assim, procuramos corrigir os movimentos e a atitude. Desta forma, estes materiais permitem uma melhor convivência da imagem corporal, no conflito entre o que estamos a ver e aquilo que gostaríamos de ver.

#### **2.2.2.2. O Espaço**

Para o exercício de Psicomotricidade Relacional necessitamos de ter uma sala ampla, onde a criança possa movimentar-se com liberdade, livre de móveis e obstáculos que possam impedir os seus movimentos espontâneos. Por outro lado, esta deve ser uma sala que possua uma boa luminosidade, e deve ser arejada.

Quanto à dimensão, não é indispensável uma sala tipo ginásio, porque as grandes dimensões podem tornar ineficazes, porque as crianças dispersam-se nos grandes espaços. Ela deve ser acolhedora e contentora. Relativamente aos materiais, estes devem estar expostos organizadamente de forma a poderem serem escolhidos e apetecidos.

O chão deve ser de madeira com uma caixa-de-ar, de modo a permitir uma flexibilidade na recepção do corpo ao chão e ao mesmo tempo facilmente se limpa.

### **2.2.2.3. Atitude do Terapeuta**

Manter uma relação estável requer conhecimento do outro, requer interesse mútuo, requer pensar o outro, intuir o outro para procurar relações positivas, perceber os afectos, emoções e sofrimentos.

A formação do Psicomotricista na área da saúde mental infantil e juvenil, necessita de conhecimentos aprofundados e disponibilidade interior para que se possa relacionar com diversos tipos de personalidades e de carácter.

O conhecimento do desenvolvimento psicomotor, da linguagem, emocional e cognitivo, é fulcral, todavia e concomitantemente não poderá descurar porém, o conhecimento da psicopatologia infanto-juvenil.

A sua disponibilidade interior é seguramente o eixo da interacção porque é necessário trabalhar em equipa, com pessoas com outra formação, porque nessas reuniões, vai fazer-se "Luz" sobre a particularidade da interacção na criança. É nestas alturas que se estabelece a importância de cada técnico no tratamento, quais as prioridades que se dão e porquê? É justamente nestas reuniões que ao estabelecer os objectivos, se separa os sintomas das patologias.

Um técnico de saúde mental infanto-juvenil pouco experimentado pode ser reduzido a reagir sobre os sintomas, em detrimento do funcionamento mental.

Como psicomotricista, que é uma profissão essencialmente prática, será necessário que o formando tenha um ensino tipo "ombro a ombro" justamente como o que se passa em outras profissões, é necessário ver, sentir e a transmissão dos conhecimentos e da

experiência dos mais antigos, também é fundamental. Para finalizar a formação, a figura da supervisão é o suporte, a rede da actuação.

As dúvidas, as angústias, o sentimento e incapacidade que emergem nas sessões, são ajudadas a serem ultrapassados nas reuniões de supervisão.

A atitude do terapeuta depois de fazer uma formação específica pessoal, pode descrever-se como:

Em *empatia* – o terapeuta procura promover a compreensão mútua dos afectos e emoções.

Em *simpatia* – o terapeuta tenta fomentar uma afinidade e partilha de afectos.

Em *sintonia afectiva* – o terapeuta procura ajustamento e encontro afectivo para uma melhor regulação das emoções.

*Ser responsivo* – as crianças precisam de respostas, o terapeuta tenta adequar a resposta à situação que surge no instante.

*Ser amoral* – o terapeuta procura não ser crítico, não fazer juízos de valor, nem julgar as atitudes ou comportamentos da criança.

*Não estar a medir conhecimentos* – Se questionar, responder instantaneamente para que a criança possa apoderar-se da resposta e não se sinta questionada nem inferiorizada com a eventual ignorância, ou mesmo entrar em ansiedade.

*Em atitude Heurística* – é uma atitude inventiva que promove na criança, as suas competências. O terapeuta não substitui a criança, nos desempenhos, ajuda-a a utilizar os seus próprios instrumentos.

#### **2.2.2.4. Princípios Orientadores da Intervenção**

A Psicomotricidade surge com o objectivo de compensar problemáticas situadas na convergência do psiquismo e do somático, intervindo sobre as múltiplas impressões e expressões do

corpo e atribuindo significação simbólica ao corpo em acção, (Martins 2005).

Para Martins (2005), a prática psicomotora é unificadora, no sentido em que veicula os laços entre o corpo e a motricidade e a actividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento.

As práticas psicomotoras podem desenvolver-se em contextos de acção diferenciados, em função de critérios que têm como referência a própria história do sujeito, a origem e características das suas dificuldades, as características do meio institucional onde é feito o atendimento, e até as características da personalidade e da formação profissional do psicomotricista.

A organização destes contextos é condicionada pelo tipo e grau de indicação, ou seja, pela problemática existente. Este critério é importante para decidir se o apoio é individual, ou em pequeno ou grande grupo, se a atitude é mais ou menos directiva, se a acentuação é mais sobre a componente motora, cognitiva ou relacional, se se valoriza o jogo funcional ou simbólico, a receptividade ou a expressão, (Martins 2000).

Em função destes critérios, o enfoque da actividade poderá ter um carácter mais clínico e terapêutico incidindo na valorização da componente relacional e psico-afectiva. Neste caso, envolve fundamentalmente a gestão da problemática da afirmação da identidade a partir de processos reguladores da proximidade e da distância, possibilitando a expressividade espontânea do sujeito, (Martins 2005).

Toma-se como referência, autores como Claude Paquette (1979) e a sua pedagogia livre e aberta onde o motivo de aprendizagem emerge do aluno, sendo este, fonte primeira de toda a actividade; João dos Santos, o precursor da psicomotricidade em Portugal, que

implantou entre nós a Pedagogia Terapêutica, ensinando que para ajudar uma criança a aprender é preciso antes de mais compreendê-la, isto é, relacionar-se com ela; e Henri Wallon (1966) que dá importância ao movimento como “elaborador” do pensamento.

Neste trabalho pretende-se descrever o trajecto que o autor e um grupo de crianças desenvolveram, partindo de uma aparente desorganização. Foi necessário dar um tempo de descoberta do espaço, do adulto e dos materiais, numa atitude de esperar que cada criança possa experimentar em situações individuais, para uma progressiva organização mental em que o vivido no instante dá o lugar ao antecipadamente previsto. Teriam de ser capazes de produzir ideias, numa elaboração das acções em circunstâncias de responsabilização/tolerância de constante valorização pessoal, progredindo para a inovação – criatividade.

Numa abordagem em psicomotricidade de base relacional e de âmbito clínico, onde se privilegia a qualidade da relação que se estabelece com a criança, há alguns princípios – objectivos que orientam o psicomotricista:

- i. Valorizar as descobertas motoras, estimular a criatividade e a espontaneidade. Por detrás de um rótulo (diagnóstico), está sempre uma criança, sendo necessário receber, aceitar e respeitar na sua psicomotricidade.
- ii. Consciencializar as acções executadas, levar a criança a dar conta do que faz e como faz; desenvolver e apoiar as situações expressivas carregadas de emotividade e prazer.
- iii. Facilitar o diálogo, juntar a palavra ao gesto de forma a significar a intenção. Estimular a apreciação e a reflexão da expressão motora do outro e experimenta-la.

iv. Implicar a criança na organização e gestão da sessão. Por esse facto, com o adulto, é co-responsabilizada, tendo uma participação activa nas escolhas, onde a motivação é seguramente potenciada, porque serão os interesses dessa criança que falam mais alto.

Assim, é favorecido o ritmo das crianças num trajecto crescente de autonomia e liberdade, isto é, sentirem-se auto-suficientes. A criança só se interessa pelo outro parceiro, porque este lhe dá jeito para melhorar as suas competências, para um reforço narcísico ou para ensaiar experiências de domínio. Por exemplo, a criança só passará a bola ao outro quando está segura de que esta lhe será devolvida.

Neste percurso de intervenção, podemos distinguir vários patamares/fases de evolução da criança na organização do grupo:

*1ª FASE* - Pede-se à criança para desenhar o seu corpo em tamanho real, fazer o seu contorno ou desenhar-se ao espelho.

É recorrente os psicomotricistas darem uma particular importância à noção do esquema corporal e à imagem corporal. A noção dos limites do corpo e a consolidação do conhecimento de si próprio, são fundamentais na organização da identidade. Não há pensamentos estruturados, se o corpo não estiver também organizado.

Ao começar por decalcar os limites do corpo através do contorno em papel de cenário, dá assim lugar ao desenho em tamanho real. A criança é o seu corpo.

As noções dos limites do corpo, da imagem corporal e do esquema corporal, constituem a nossa primeira intenção. Não podemos conceber a intervenção em psicomotricidade, sem primeiro abordarmos a organização e consolidação de áreas tão importantes quanto estas. Um corpo não unificado, produz pensamentos

distorcidos e, naturalmente estas áreas, tal como em qualquer outra, deverão ser sempre abordadas numa perspectiva global e nunca intervindo só em partes do corpo. Abordar em exclusivo as dificuldades identificadas parcelarmente é, no mínimo, ser-se reducionista, ou seja, reduzir a intervenção a uma participação mínima pela parte da criança. Aliás, esta forma de ver o problema pertenceu ao século passado. Na avaliação tentavam detectar o sintoma e, após o levantamento das dificuldades, organizavam esquemas de intervenção, tendo em vista, a remoção do sintoma.

Efectivamente, não é a posição que partilho. Primeiro, se me coloco só enquanto observador, seguramente que estou a influenciar o observado e, por consequência, a observação será alterada. Este aspecto poderá ser ultrapassado se me colocar primeiro numa posição de poder ser observado, sem ter alguma pretensão de querer saber quais os êxitos e os fracassos da criança, se estimular um contacto e, progressivamente, alimentar um interesse mútuo. Assim, à medida que nos vamos interessando um pelo outro, que nos vamos conhecendo, também nos vamos revelando, e ficamos a conhecer não só as competências, mas também as dificuldades. Por outro lado, o importante é a qualidade de resposta que o técnico tem para oferecer.

É imperioso que se olhe para a criança como uma pessoa única, com toda a importância que qualquer pessoa merece. Não aniquilar-lhe o movimento espontâneo, não reduzir a criatividade.

A consciência sobre o corpo, os limites do corpo, tal como Anzieu (1985) faz referência na sua obra "Le Moi-Peau", que se traduz essencialmente, pela existência de uma película psíquica. Entre outras situações serve para filtrar os milhões de estímulos exteriores, as agressões e distinguir-se também do outro, organizar a sua identidade, sentir o seu corpo no espaço, daí, a noção do esquema corporal, a imagem corporal. Esta desenvolve-se pela

riqueza das situações, da aventura, da descoberta, da curiosidade, em envolvimento tranquilo e facilitador dos acontecimentos.

Não se pode separar neuronalmente as estruturas que são responsáveis pelo acto motor, na medida em que o movimento isolado não possui significado. Não podemos isolar do contexto relacional e emocional, o movimento e o gesto, que são um veículo da expressão global. Expressam emocional e cognitivamente a sua forma de estar nesse instante. Este processo promove o conhecimento das várias partes do corpo e também das suas competências e capacidades, bem como das suas limitações. É nessas etapas, que se vai reajustando a fantasia com a realidade, o sonhar do ser capaz, com o conseguir na realidade, da ilusão, com a desilusão.

*2ª FASE* - Abordagem individual ainda em grupo com as outras crianças.

Deixar que as relações se estabeleçam espontaneamente. Procuram-se e agrupam-se por interesses próprios, por pontos comuns ou para exercer o domínio egocêntrico, como já fora dito anteriormente.

O adulto está atento ao desenvolvimento das situações. As crianças vão experimentando os materiais e objectos conforme os seus interesses e motivações do instante e é nessa descoberta e experimentação, que vão saindo "ideias novas". As competências motoras aumentam, a qualidade de execução melhora, na medida em que as crianças cada vez mais vão sentir-se mais seguros de si: "a segurança aumenta o conhecimento; o conhecimento aumenta a segurança", como afirmava João dos Santos.

Temos aqui uma regra: quando uma criança já não se interessa por um determinado material, vai colocá-lo no local de origem, indicando o fim, naquele momento, dessa actividade.

Assim as outras sabem que esse material ficou disponível. Com esta actuação pretendemos que a criança consciencialize que iniciou uma tarefa, utilizou e terminou, com princípio, meio e fim. Não é uma “pega e larga” de uma forma caótica, como muitas vezes acontece. Se bem, que por vezes, esse estado caótico, em que fica o espaço com os objectos espalhados por todo o lado, não significa que a criança esteja desorganizada, mas sim à procura de um fio condutor para encontrar a organização. Faz-me lembrar aquelas pessoas que quando se preparam para fazer um trabalho, uma conferência, etc., primeiro vivem um estado caótico interior, procuram livros sem fim, que são espalhados pelo gabinete. Posteriormente começam a dar corpo ao seu projecto de trabalho e, progressivamente, vão-se organizando.

É necessário que as crianças escolham os materiais e os objectos de acordo com os seus interesses no momento e que construam os seus próprios jogos, com prazer em aventura e fantasia.

*3ª FASE* - Estruturar uma organização e ter a capacidade de contemporizar

Inicialmente, a criança, mesmo que esteja integrada num ambiente com outras crianças, em grupo só conta consigo, as outras apenas a incomodam. A criança cada vez mais se vai dando conta da presença das outras e, à medida que fica mais preenchida e segura, acomoda-se melhor às suas necessidades, adaptando-se ao tempo de cada uma das outras, sabendo desta maneira esperar pela sua vez, havendo sempre um tempo para si.

Estimular a noção das regras, contenção do agir. Para haver liberdade é necessário antes do mais, promover a responsabilidade pelos seus actos, num determinado espaço, em situações de e com os outros, crianças e adultos, ou adultos com adultos. Porém, essa liberdade vem de dentro para fora. São situações que são sentidas

pelos pais, e por eles preconizadas, e pelos eco-sistemas em que a criança está inserida – família, escola, bairro, cultura, etc.

É fundamental destringir aqui o sentido de liberdade, espontaneidade e criatividade. A pedagogia não directiva, historicamente em oposição à pedagogia clássica, não significa deixar fazer tudo o que as crianças querem. Se não houver orientação na pedagogia, simplesmente esta não está a acontecer.

Para haver pedagogia, é necessário que a criança seja encaminhada, ainda que pouco intervencionista. Que seja o pedagogo a ter na sua mente uma intenção porque, se assim não for, acontece uma ocupação da criança sem qualidade. Se a criança fica só entregue a si própria, ela vai sentir-se abandonada e, por consequência, insegura. Não podemos confundir, deixar a criança fazer só o que lhe apetece sem organização, com a exploração livre e espontânea.

A primeira situação traduz eventualmente indiferença e insegurança. A segunda, com o respeito dos ritmos da criança, resultará em conquistas, descobertas e curiosidades que, como sabemos, constituem a fonte primeira de todas as aprendizagens.

Melhorar as competências: nesta altura as crianças já se conhecem bem umas às outras e ao adulto também. Percebem a dinâmica das sessões e, nesse sentido, procuram intervir com propostas de intenções de jogos, faz-se discussão, cada uma procura argumentar a sua ideia, procura alianças. Certamente está a mentalizar, começando a prever e antecipar as situações. Nesta fase, elaboramos um plano de sessão no início, que será avaliado no final.

Para elaboração do plano, em “lutas verbais”, a maioria das crianças quer ser a primeira a “dar ideias”. Mas se há uma criança que não quer ser a primeira, a preocupação deve ser para ela. Qual o motivo desta atitude: por inibição, por timidez, por desistência?

Não podemos aceitar essa passividade ou aparente desinteresse. Essa criança necessita de outra atenção e deverá ser estimulada a quer ser também a primeira a dar a sua sugestão.

As crianças envolvidas nestas sessões, começam a sentir-se co-responsáveis e co-autoras, sabem que as suas ideias são acolhidas no grupo, organizam-se, e aprendem a esperar porque sabem que a sua vez chegará com a mesma importância que a das outras. Com esta estimulação, elas vão tentar fazer o seu melhor, observar como os outros fazem, imitá-los e reproduzi-los. As qualidades do seu gesto são significativamente melhoradas e, à medida que reconhece que melhor consegue fazer, mais se interessa e se sente motivada.

A participação das crianças é livre e aberta na descoberta do espaço, dos materiais e do adulto; na gestão do espaço e dos materiais com os outros, vão emergindo a procura, o confronto, o diálogo, a observação, a imitação, a reprodução... Em organização progressiva dando conta do que faz, e como faz a expressão: corporal, verbal e gráfica.

Em progressiva exigência da capacidade de participação e organização, motivando a: planificação – antecipação; descoberta – criatividade e espontaneidade. Com o objectivo de melhorar a eficácia individual, para mais disponibilidade, sempre em diálogo com os outros e com o adulto, num registo de cooperação, entreaajuda, solidariedade, disputa, e para aumentar o conhecimento de si, das sua competências e das suas capacidades múltiplas.

Etapas do trajecto numa sessão de psicomotricidade em grupo:

- i. Em primeiro lugar, é necessário estabelecer e consolidar a aliança terapêutica, isto é, estabelecer com a criança uma relação forte de simpatia, sintonia afectiva, de empatia, de

---

segurança, de cumplicidade, onde se vivem momentos de partilha e de construção de ideias, fantasias, projectos.

Esta aliança só acontece quando a criança e o adulto se interessam um pelo outro, se observam mutuamente, e se vão conhecendo. O adulto mostra à criança que têm coisas interessantes para lhe mostrar e que vai ao seu encontro. Nesse sentido empenha-se por ela, pela sua espontaneidade, interesses e motivações.

Uma vez que é o adulto a receber a criança no seu espaço, é natural ser gentil, simpático e acolhedor. A criança, na maioria das vezes, não sabe para onde vai, sabe que é levado pelos pais pelos seus problemas.

Quando o psicomotricista recebe a criança no seu espaço, o primeiro a ser observado é sempre o adulto pela criança e este tenta assegurar-se que não está a ser nem intrusivo, nem ameaçador. O adulto disponibiliza-se a ser observado. Depois de se apresentar, mostra o espaço e os objectos, estimulando a curiosidade. Dada a qualidade do contacto, a criança vai-se interessando por este ou aquele objecto, ou formas de movimento. Às vezes ficam perplexas face aos materiais e também à postura do adulto.

ii. Cada um escolhe o que quer. No início, as crianças são atraídas pelos materiais e objectos. Procuram situações e querem saber para que serve e o que podem fazer com este ou aquele material, e laçam-se ao encontro dos materiais de uma forma (aparentemente) desorganizada e até mesmo caótica.

O adulto regista num quadro os nomes das crianças que estão presentes e anota pela escrita ou desenha as intenções de cada uma. Escreve-se quando as crianças já dominam a leitura e escrita, desenham-se os objectos ou materiais quando estão antes do processo da escrita. A criança lê as imagens que se

---

desenharam e escrevem as suas ideias através dos desenhos. A essa fase designamos a “pré-escrita”.

iii. A criança, apesar de estar em grupo, ainda precisa de experimentar os materiais, centrados só em si, não presta atenção ao que os outros fazem. Porém, não se pode deixar o material por qualquer lado, quando já não se interessa, a criança deve voltar a colocá-lo no local de origem para indicar às outras que já não quer mais e também, que esse material está disponível para ser utilizado por outro. Procura e interessa-se por outro material e o adulto volta a registar essa nova escolha.

No final da sessão, todo o grupo se reúne junto ao quadro onde foram registadas as várias actividades e faz-se uma avaliação da sessão. Eventualmente tecem-se alguns comentários sobre as situações acontecidas.

iv. Quando entra para a sessão, a criança já pensou o que vai fazer, ou vai repetir situações que lhe deu prazer, ou vai inovar a partir dessas situações. Quer dizer que está a fazer planos e previsão, ou seja, a mentalizar a acção. É um dos fenómenos que nos interessa: que pense. Mesmo que para o adulto, seja pouco significativa a proposta apresentada, o importante é a intenção, para que a criança se sinta como o motor da sua própria motivação e construtor de projectos. Para o adulto disponível, aceita e maximiza, a criança cresce em conjunto e cumplicidade, desenvolvendo essa proposta.

À medida que vai conhecendo o espaço, e os materiais e como vai imaginando as próximas sessões (e isto acontece tanto no pensamento das crianças, como do psicomotricista), a criança tenta pelo menos repetir o prazer que teve na sessão anterior. Assim se estimula a imaginação, e o desejo... A aventura, a descoberta, o experimentar, geram um impulso que vão transformar a mobilidade motora em melhor adequação,

minimizam a rigidez e a tensão muscular, a angustia e tristeza, dando lugar ao bem-estar e até à alegria. As dificuldades são suprimidas pela exaltação das competências. E é neste desejo que a criança entrará na próxima sessão.

v. A criança, para melhorar a sua eficácia, pode procurar outra criança, que "sincronize" com ela, ou então, que possa exercer domínio sobre ela, mostrando-lhe a sua superioridade para estabelecer hierarquias, para ser admirada, ou seduzindo para ser apreciada. Por vezes estabelecem-se cumplicidades, e excluem-se do restante grupo.

Acontece, porém, que nesse interesse, a criança é confrontada com as outras que também se vão juntando, podendo passar à competição, ao domínio do espaço, às alianças de umas com as outras, à entreatajuda, à cooperação e solidariedade.

vi. No grupo, habitualmente juntam-se dois a dois, ou em pequenos grupos, fazem um plano escolhem o material.

Nessa altura, pretendemos que as crianças escolham materiais comuns e o partilhem, em jogo. Criam-se subgrupos, combinam e escolhem materiais em conjunto e planeiam as suas actividades. Após um entendimento progressivo e de porem em prática os seus projectos, vão expô-los aos outros que por sua vez, experimentam, reproduzindo as propostas dos outros subgrupos. Uns observam e reproduzem, por vezes acrescentam pormenores. Depois é a vez dos outros mostrarem os seus trabalhos, para serem reproduzidos.

vii. Na coesão de grupo esboça-se e experimentam-se estabelecer hierarquias. Afirma-se ou experimentam-se lideranças, por vezes, com agressividade ou com atitudes pouco pacíficas.

Nesta fase, a organização está no seu auge, as crianças esgrimem as suas posições, opinam sobre como desenvolver a sessão. Escolhem materiais, cada criança com a sua

espontaneidade e criatividade, inventam coisas que se podem fazer com esse material, aperfeiçoam os gestos, depois mostram às outras as suas descobertas reproduzindo, e assim cada uma faz a sua apresentação. Deste modo, sentem-se valorizadas e promovidas porque são as autoras.

viii. O grupo escolhe, com a concordância de todos, os materiais comuns. Na primeira fase da sessão, como todas já têm incorporada essa rotina, é necessário elaborar o plano dessa sessão. Cada criança dá a sua ideia e afirma-se. Umas são rejeitadas, outras são aceites, depois é necessário organizar as prioridades e ordenar as propostas. Em seguida, cada uma explora esses materiais de forma a descobrir novas maneiras de o jogar, utilizando também, para o efeito, as diferentes partes do corpo. Aqui há um apelo à criatividade, à capacidade inventiva, à diferença, e, posteriormente, quando estão seguras dos gestos, mostram a sua descoberta ou inovação às outras que observam e experimentam. Sobre essas propostas, o psicomotricista pode também dar a sua ideia e confrontar com as das outras.

Com efeito, quando está nessa descoberta, nessa pesquisa, a criança está seguramente a melhorar a sua coordenação motora, o seu ritmo, o seu equilíbrio, outras competências motoras e outros factores psicomotores. Também adquire mais confiança e tem a ideia de que é capaz de se afirmar com os seus saberes.

#### **2.2.2.5 Estruturação da sessão de psicomotricidade**

Tendo em conta os princípios metodológicos apresentados, estruturamos a sessão em Psicomotricidade Relacional com a duração aproximada de 45 minutos, da seguinte forma:

*ENTRADA* - necessitamos de criar rotinas, é importante que as crianças saibam o que vai acontecer, assim é importante dedicar

um local de acolhimento, pode ser um banco sueco, sentar junto ao quadro cerâmico, o terapeuta procura captar a atenção das crianças, e manter uma constância afectiva nessa recepção.

*CONVERSA INICIAL* - um momento que se pede a todos os participantes, por uma ordem previamente estabelecida, que contém algo do seu interesse, desde a narrativa de um fim-de-semana, uma ida a algum sítio especial, uma preocupação, uma manifestação de afecto, uma crítica, enfim é o momento que se faz uso da palavra, do discurso.

O terapeuta tem a função de organizar o discurso, de o tornar perceptível. O discurso espelha de certa forma o curso do pensamento. É um momento privilegiado para promover a organização psico-linguística, falar de sentimentos, de afectos, regular a semântica e a sintaxe.

Também é o momento de organizar o plano da sessão, as propostas vêm das crianças, são elas que escolhem as actividades, umas vezes para si só, outras vezes para o grupo.

Sendo as propostas expostas por eles, é mais seguro o investimento na sessão.

O terapeuta regula a organização do projecto e propõe também situações.

Esta forma de organização, permite a previsão e antecipação das actividades, isto é, possibilita à criança mentalizar.

*REALIZAÇÃO DA(S) ACTIVIDADE(S) ESCOLHIDA(S)* - nesta fase, tentamos desenvolver o plano estabelecido, dando o privilégio de orientação da situação ou do jogo, bem como explicar a ideia assim como o objectivo, ao autor.

O terapeuta assume um papel pouco intervencionista, tentando enfatizar o papel do preponente ao mesmo tempo, regular as eventuais assimetrias que possam ocorrer.

*RETORNO À CALMA* - um dos objectivos deste tratamento é baixar a actividade motora em excesso, portanto logo que seja possível, introduziremos a descontração. Nas primeiras sessões é quase impossível, pois é exactamente por esses motivos que os pais das crianças nos procuram, e elas estão imparáveis. Todavia, o tempo para a descontração aparece no plano da sessão, ganhando assim um carácter de rotina. É um momento que está previsto, e a duração será aumentada progressivamente.

Tentamos promover uma fase de descontração, apaziguar a excitação, é um momento de acalmia e de serenidade.

*DIÁLOGO FINAL* -nesta fase tentamos consciencializar as actividades executadas, avaliar do ponto de vista qualitativo a sessão e também falar da próxima sessão e o que desejaríamos fazer.