

**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

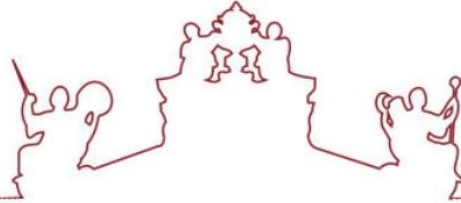
**Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infanto-Juvenil: dois estudos de caso.**

**Cláudia Sofia Faria de Almeida**

Orientador(es) | Guida Veiga  
Maria Rosa Torres Esquina

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

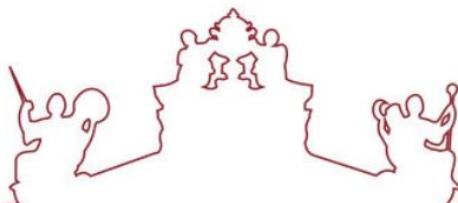
**Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infanto-Juvenil: dois estudos de caso.**

Cláudia Sofia Faria de Almeida

Orientador(es) | Guida Veiga  
Maria Rosa Torres Esquina

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais | Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador)  
Maria da Graça Santos (Universidade de Évora)



## **Agradecimentos**

Diz o provérbio “se queres ir rápido vai sozinho, se queres ir longe vai acompanhado”. Assim, e porque não fiz este caminho sozinha, quero agradecer a todos os que me acompanharam, pois este é resultado do contributo de todos os que por ele passaram.

Agradeço à Professora Guida Veiga pela partilha de conhecimentos e disponibilidade ao longo deste percurso. Agradeço também a todos os professores do Mestrado que contribuíram com a sua experiência e conhecimentos.

Quero agradecer a toda a equipa da Unidade de Pedopsiquiatria, pelo acolhimento caloroso, por toda a sabedoria, pelas vivências, pelas reflexões e por reconhecerem a importância do Psicomotricista numa equipa multidisciplinar. Um agradecimento especial à Dr<sup>a</sup> Rosa Esquina, que tanto nos apoiou ao longo deste estágio e por nos ter feito sentir em casa, e ao Dr. José Estrada por nos fazer sentir compreendidas e nos dar “força”.

Agradeço também à Dr<sup>a</sup> Maria José Vidigal pelas suas sábias palavras e pelos momentos de partilha. Foi uma honra e um prazer!

À Joana Bartolomeu, que percorreu este caminho comigo, pelas reflexões, pelas dúvidas, pelo apoio nos momentos de maior insegurança, pelas conversas ao almoço, pelas gargalhadas e pelas lágrimas.

E como sem eles este estágio não seria possível, um agradecimento muito especial a todas as crianças e jovens que acompanhei, por me ajudarem a crescer pessoal e profissionalmente. Obrigada aos pais pela confiança que depositaram nesta estagiária.

À Andreia Fernandes, à Liliane Pereira e à Joana Elias pelas partilhas, desabafos e pela disponibilidade.

À Laura e ao André por estarem sempre “lá” e me ajudarem a levantar perante os obstáculos do caminho.

Agradeço também às minhas afilhadas, por estarem sempre disponíveis para serem as minhas “cobaias” e por me fazerem querer ser sempre melhor. E, claro, aos meus tios por me confiarem as suas meninas.

Ao meu irmão pelo exemplo de persistência e por me incentivar a lutar pelos meus sonhos.

Aos meus avós, que são forças da natureza, pelos conselhos, pelo exemplo de vida, pelo carinho e amor que me dão.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer aos meus pais. Um obrigado não chega para lhes agradecer por tudo o que fazem por mim. Obrigado por me ensinarem que desistir não é caminho e por serem um exemplo de determinação. Tudo o que sou, é graças a vós.

Muito obrigada!

## **Resumo**

### **Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infanto-juvenil: dois estudos de caso**

O presente relatório tem por objetivo a descrição das atividades de estágio realizadas na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Garcia de Orta, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicomotricidade. O relatório inclui o enquadramento teórico e institucional da prática psicomotora, salientando-se a pertinência da Psicomotricidade em contexto de saúde mental infanto-juvenil. Serão descritas detalhadamente as intervenções psicomotoras de dois estudos de caso que foram acompanhados em terapia psicomotora por problemas do comportamento e de regulação emocional, sendo que um teve acompanhamento individual e o outro em grupo. Para cada estudo de caso serão apresentados a história pessoal e clínica, os resultados da avaliação inicial, as hipóteses explicativas, o projeto terapêutico e a progressão terapêutica. Devido à atual situação epidemiológica e conseqüente interrupção da intervenção, não foi possível comparar os resultados de intervenção, tendo sido realizada uma reflexão sobre a prática psicomotora à distância.

**Palavras-chave:** terapia psicomotora; saúde mental; infância; adolescência.

## **Abstract**

### **Psychomotor Therapy in Child-Adolescent Mental Health: two case studies.**

This report aims to describe the internship activities carried out at the Child and Adolescent Psychiatry Unit of the Garcia. de Orta Hospital, within the curricular internship of the master's degree in Psychomotricity. The report includes the theoretical and institutional framework of psychomotor practice, emphasizing the relevance of Psychomotricity in children and adolescents' mental health. The psychomotor interventions of two case studies that were followed up due to behavioral and emotional regulation problems will be described in detail, one of which had individual follow-up and the other in a group. For each case study will be presented the personal and clinical history, the results of the initial assessment, the explanatory hypotheses, the pedagogical-therapeutic project and the therapeutic progression. Due to the current epidemiological situation and consequent interruption of the intervention, it was not possible to compare the results of the intervention, therefore, a reflection on the psychomotor practice at a distance is carried out.

**Keywords:** psychomotor therapy; mental health; childhood; adolescence.

## Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>I</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>II</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>II</b>
<b>Índice Geral</b> .....	<b>III</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>V</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>VI</b>
<b>I. Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional</b> .....	<b>2</b>
1. Caraterização da Instituição e da População .....	2
2. A Psicomotricidade .....	3
2.1. <i>A Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infanto-juvenil</i> .....	3
2.2. <i>Mediadores de intervenção psicomotora</i> .....	5
3. Co-terapia na intervenção em grupo .....	8
<b>III. Descrição das atividades de estágio</b> .....	<b>9</b>
1. Objetivos e atividades de estágio realizados .....	9
1.1. <i>Calendarização e horário das atividades de estágio</i> .....	9
1.2. <i>Experiências complementares de formação</i> .....	10
1.3. <i>Intervenção psicomotora no local de estágio</i> .....	11
2. Etapas de intervenção .....	13
2.1. <i>Entrevista</i> .....	13
2.2. <i>Observação</i> .....	14
2.3. <i>Avaliação</i> .....	15
3. Descrição dos casos acompanhados .....	19
3.1. <i>Casos acompanhados individualmente</i> .....	19
3.2. <i>Casos acompanhados em grupo</i> .....	23
<b>IV. Estudos de caso</b> .....	<b>43</b>
1. Revisão teórica de suporte aos estudos de caso.....	43
1.1. <i>Funções Executivas</i> .....	43
1.2. <i>Vinculação</i> .....	44
2. Estudo de caso I .....	46
2.1. <i>Identificação do caso</i> .....	46
2.2. <i>História pessoal e clínica</i> .....	47
2.3. <i>Avaliação inicial</i> .....	49
2.4. <i>Elementos-critério</i> .....	51

2.5.	<i>Hipóteses explicativas</i> .....	52
2.6.	<i>Perfil intra-individual</i> .....	56
2.7.	<i>Objetivos terapêuticos</i> .....	56
2.8.	<i>Projeto terapêutico</i> .....	57
2.9.	<i>Progressão terapêutica</i> .....	61
3.	Estudo de caso II.....	65
3.1.	<i>Identificação do caso</i> .....	65
3.2.	<i>História pessoal e clínica</i> .....	65
3.3.	<i>Avaliação inicial</i> .....	67
3.4.	<i>Elementos-critério</i> .....	69
3.5.	<i>Hipóteses explicativas</i> .....	70
3.6.	<i>Perfil intra-individual</i> .....	73
3.7.	<i>Objetivos terapêuticos</i> .....	73
3.8.	<i>Projeto terapêutico</i> .....	74
3.9.	<i>Progressão terapêutica</i> .....	77
<b>V. Reflexão sobre a prática psicomotora à distância</b> .....		<b>83</b>
<b>VI. Conclusão</b> .....		<b>84</b>
<b>VII. Referências Bibliográficas</b> .....		<b>86</b>
<b>Anexos</b> .....		<b>i</b>
Anexo A – Acompanhamentos dos grupos terapêuticos.....		ii
<i>Anexo A.1 – Planeamentos e relatórios de sessão dos grupos da Área de Dia</i> .....		ii
<i>Anexo A.2 - Planeamentos e relatórios de sessão do grupo do Hospital de Dia</i> .....		v
Anexo B – Acompanhamentos dos Estudos de Caso.....		viii
<i>Anexo B.1 – Planeamento e relatórios de sessão do Alberto</i> .....		viii
<i>Anexo B.2 – Planeamento e relatório de sessão do Carlos</i> .....		xi

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Calendarização das atividades de estágio .....	9
Tabela 2: Horário semanal das atividades de estágio.....	10
Tabela 3: Objetivos terapêuticos dos grupos da Área de Dia .....	23
Tabela 4: Descrição dos casos acompanhados nos grupos da Área de Dia.....	25
Tabela 5: Objetivos terapêuticos do grupo do Hospital de Dia.....	39
Tabela 6: Descrição dos casos acompanhados no grupo do Hospital de Dia.....	40
Tabela 7: Perfil Intra-individual do Alberto .....	56
Tabela 8: Objetivos terapêuticos do Alberto .....	56
Tabela 9: Exemplos de atividades para cada objetivo geral – Alberto .....	61
Tabela 10: Perfil Intra-Individual do Carlos .....	73
Tabela 11: Objetivos terapêuticos do Carlos .....	73
Tabela 12: Exemplos de atividades para cada objetivo geral – Carlos .....	77



## **Lista de Abreviaturas**

- APA – *American Psychological Association*
- APP – *Associação Portuguesa de Psicomotricidade*
- BOT-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky-2ª edição
- BPM – Bateria Psicomotora
- DAP – *Draw a Person*
- DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*
- EPE – Empresa Particular do Estado
- FEs – Funções Executivas
- HGO – Hospital Garcia de Orta
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PHDA – Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção
- QCD – Questionário das Capacidades e Dificuldades
- STAIC – *State-Trait Anxiety Inventory for Children*
- UPIA – Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência

## **I. Introdução**

O presente relatório tem como objetivo a descrição das atividades de estágio realizadas no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. O estágio decorreu na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do Hospital Garcia de Orta, de outubro de 2019 a março de 2020.

Inicialmente será realizado o enquadramento teórico da prática profissional, em que será caracterizada a instituição e a população atendida, bem como será explicitada a relevância da terapia psicomotora em saúde mental infantojuvenil. De seguida, será feita a descrição das atividades de estágio, que inclui a organização das atividades realizadas, as etapas de intervenção e a descrição dos casos acompanhados individualmente e em grupo. Logo após, serão apresentados detalhadamente dois estudos de caso (um em acompanhamento individual e outro em grupo), contemplando a história pessoal e clínica, os resultados da avaliação inicial, as hipóteses explicativas, o perfil intra-individual, os objetivos terapêuticos, o projeto terapêutico e a progressão terapêutica seguida da discussão. Devido à atual situação epidemiológica e consequente interrupção da intervenção, não foi possível comparar os resultados de intervenção, sendo por isso realizada uma reflexão sobre a prática psicomotora à distância. Por fim, será feita uma breve conclusão acerca das experiências vividas e dos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.

A experiência adquirida neste estágio torna-se relevante uma vez que a integração da Psicomotricidade nos serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência contribui para a compreensão holística das dificuldades da criança e do seu funcionamento psíquico (Figueira & Freitas, 2017). Em contexto de saúde mental infantojuvenil, a intervenção psicomotora incide sobre o modelo reeducativo ou terapêutico, utilizando técnicas de relaxação, técnicas expressivas e atividades lúdicas como metodologias de intervenção (Maximiano, 2015), permitindo a expressão, compreensão e resolução dos conflitos internos da criança ou adolescente (Figueira & Freitas, 2017). Considerando que as perturbações mentais e comportamentais são comuns durante a infância e a adolescência, em que 10% a 20% das crianças e adolescentes parecem ter um ou mais problemas de saúde mental e que muitas das perturbações mais frequentemente observadas em adultos podem ter início durante a infância (OMS, 2002), torna-se essencial intervir precocemente com as crianças e jovens, de modo a melhorar o seu desenvolvimento físico, psíquico e emocional e, consequentemente, a sua qualidade de vida, promovendo a sua saúde física e mental.

## **II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional**

### **1. Caraterização da Instituição e da População**

O Hospital Garcia de Orta, EPE, sediado no Concelho de Almada, foi inaugurado em 1991, e presta cuidados de saúde diferenciados aos habitantes dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra (HGO, 2020).

O Serviço de Pediatria está organizado em 7 áreas funcionais, das quais faz parte a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA; Carvalho, 2005). A UPIA foi criada em 2004, seguindo as diretrizes de descentralização dos cuidados de saúde mental e de funcionamento próximo da comunidade (Carvalho, 2005). Esta localiza-se em espaço próprio, na freguesia da Cova da Piedade e atende crianças e adolescentes, dos 0 aos 18 anos de idade, com patologias do foro psiquiátrico e perturbações emocionais e comportamentais (HGO, 2020).

A UPIA é formada por uma equipa multidisciplinar que integra médicos pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social, enfermeira, professora de educação especial e educadora de infância (HGO, 2020). Compõem ainda a equipa uma musicoterapeuta, uma terapeuta de psicodrama, internos de pedopsiquiatria e de psiquiatria, e estagiários de psicomotricidade e psicologia.

Na UPIA são realizadas consultas de ambulatório e existem ainda dois projetos de Hospital de Dia a tempo parcial: a Área de Dia e o Hospital de Dia para Adolescentes. Além disso, na unidade são realizadas reuniões semanais de discussão de casos ou apresentação de temas e reuniões periódicas com as equipas dos diversos centros de saúde e as escolas (Carvalho, 2005).

O programa de intervenção Área de Dia foi criado em 2009 e consiste numa unidade de cuidados a tempo parcial que oferece uma intervenção terapêutica de grupo para crianças em idade de latência, com alterações do comportamento e patologia do agir, associadas a dificuldade nos processos de mentalização e de simbolização, com implicações significativas ao nível familiar e escolar (Esquina et al., 2014). A Área de Dia tem como principais objetivos transformar a impulsividade em processos de mentalização e criatividade, promover a transformação do funcionamento psíquico e a construção do Eu (Esquina et al., 2014). Este programa de intervenção é composto por quatro grupos terapêuticos, apresenta uma periodicidade semanal, e é composto por dois ateliês: o de expressão plástica e o de psicomotricidade. Quinzenalmente, reúne-se o grupo de famílias, que pretende ser um espaço de partilha e reflexão que procura apoiar as competências parentais. Em todos os períodos letivos é ainda realizada uma reunião com os professores das crianças acompanhadas (Esquina et al., 2014).

O Hospital de Dia para Adolescentes destina-se a jovens entre os 13 e os 18 anos de idade, com relações interpessoais instáveis, impulsividade, isolamento social, recusa ou absentismo escolar e/ou comportamentos de risco. Este projeto de cuidados a tempo parcial oferece diversos tipos de grupos terapêuticos, com periodicidade semanal, nomeadamente: Atelier criativo, Atelier pedagógico, Psicomotricidade, Psicodrama, Jogos de Tabuleiro, Musicoterapia e Grupo de Pais (Estrada, 2019).

## **2. A Psicomotricidade**

A Psicomotricidade é uma área de conhecimento transdisciplinar que tenta compreender as relações de associação entre as funções afetivo-relacionais e o potencial cognitivo e motor, ou seja, procura perceber as influências entre o psiquismo e a motricidade e as suas implicações na aprendizagem da criança (Fonseca, 2010; Fonseca & Oliveira, 2009). Esta é definida com base na interação entre o indivíduo e o meio envolvente, encarando de forma integrada a atividade motora e psíquica, sendo o movimento parte integrante do comportamento, uma vez que as relações e influências entre o psiquismo e o corpo e o psiquismo e a motricidade podem manifestar-se a nível biopsicossocial, afetivo-emocional e psicossociocognitivo (Fonseca, 2010). Assim, a psicomotricidade procura instituir uma organização psíquica, de intencionalidade do movimento, de autorregulação e consciencialização, através da mediação corporal, do gesto, do movimento e da resolução de problemas (Fonseca & Oliveira, 2009)

A intervenção psicomotora pode ocorrer no âmbito terapêutico, reabilitativo, reeducativo ou preventivo, dependendo dos objetivos da intervenção, destina-se sobretudo a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, ou no âmbito do comportamento, da aprendizagem ou problemas psicoafetivos (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017)

Neste relatório será focado o âmbito terapêutico da psicomotricidade, uma vez que em saúde mental infantojuvenil, a terapia psicomotora tem um caráter preventivo e terapêutico.

### ***2.1. A Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infanto-juvenil***

A saúde mental e a saúde física são mutuamente influenciáveis, tendo ambas uma etiologia biológica, psicológica e social (OMS, 2002). Sabe-se, atualmente, que as relações afetivas que a criança estabelece durante a infância com os pais e outras pessoas é determinante para o seu normal desenvolvimento, visto que há maior probabilidade de manifestar, na infância ou posteriormente, perturbações mentais e do comportamento quando há carência de afetividade (OMS, 2002). As perturbações psiquiátricas da infância e

adolescência afetam cerca de 20% da população mundial, sendo que grande parte das perturbações mentais do adulto começa a revelar-se ainda na adolescência (OMS, 2002; Santos, 2015). Daí que a intervenção na infância e adolescência seja fundamental, pois quanto mais cedo se intervir, melhor será a probabilidade de evolução da criança, permitindo, assim, que esta tenha um melhor desenvolvimento (Santos, 2015)

A terapia psicomotora é uma prática de mediação corporal, que compreende o ser humano como um ser holístico, em que corpo e mente são um todo, pelo que as abordagens terapêuticas utilizadas na terapia psicomotora têm sempre em conta a unidade corpo-mente (Probst et al., 2010), centrando-se na promoção da capacidade do sujeito agir com os outros, com os objetos e consigo mesmo (Fonseca, 2010).

Em saúde mental, a terapia psicomotora é considerada uma terapia complementar ao tratamento psiquiátrico (Probst et al., 2010). Esta tem como foco o desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e relacionais, através da experiência e do movimento (Probst et al., 2010), que permite a sua mentalização e consciencialização, traduzindo-se, assim, numa harmonia entre as funções motoras, tonicoemocionais e psíquicas (Raynaud et al., 2007). A possibilidade de sentir o corpo em movimento, a experiência do corpo em relação com o outro, permite um investimento harmonioso do sujeito na relação consigo e com o outro e, de modo simbólico, a articulação entre o corpo e a psique (Joly, 2007).

Para Fonseca (2004) a psicomotricidade encontra-se mais próxima do inconsciente que a psicoterapia verbal, na medida em que esta explora a linguagem corporal, que é a expressão mais básica do ser humano, e pela qual se manifesta a vida psíquica do sujeito. O autor considera ainda que a psicomotricidade tem uma função organizadora das experiências corporais, na medida em que permite a modificação de comportamentos. Deste modo, Fonseca (2004) considera que a terapia psicomotora na saúde mental tem uma maior eficácia terapêutica por colocar o corpo em evidência, uma vez que através das vivências corporais tidas na terapia a criança aprende a controlar o seu comportamento e a conhecer as suas capacidades e dificuldades (Martins, 2008).

Assim, a intervenção psicomotora na saúde mental infantil e juvenil, possibilita a observação da expressão motora enquanto espelho dos próprios conflitos internos e da organização psíquica e afetiva da criança, permite o acesso ao simbólico através da ação direta sobre os objetos, permite pensar sobre a ação (Rodrigues, 2013), levando à consciencialização e, deste modo, à organização mental e à resolução dos conflitos internos (Costa, 2008).

## **2.2. Mediadores de intervenção psicomotora**

Em saúde mental infantojuvenil, a intervenção psicomotora utiliza mediadores que servem de base à intervenção, adaptando-se às características do indivíduo, ao plano de intervenção e aos objetivos definidos (Maximiano, 2004). Estes são utilizados com o intuito de estabelecer a relação terapêutica com o indivíduo e de estimular a atividade espontânea e a criatividade, favorecendo a capacidade de decisão, de planejamento e de representação da ação (APP, 2017), podendo ser utilizadas técnicas de relaxação, técnicas expressivas (APP, 2017; Maximiano, 2004), atividades lúdicas, e ainda atividades representativas e simbólicas (APP, 2017).

De seguida, serão descritos os mediadores de intervenção mais utilizados ao longo do estágio: o jogo e a relaxação.

### **2.2.1. O Jogo**

De acordo com Joly (2007) o jogo é uma atividade complexa e multidimensional, que envolve os sistemas psíquico, psicomotor, cognitivo, social e interativo que vão atuar em todo o comportamento lúdico. O jogo (ou o brincar) tem uma base biológica e neurológica, observando-se não só em crianças, mas também noutras crias de mamíferos, sendo o jogo característico da infância e o qual envolve um momento de alta excitação e em que é despendida muita energia (Music, 2017).

A criança ao jogar desenvolve capacidades físicas e cognitivas, o funcionamento executivo e as habilidades sociais, além de que o jogo permite o treino de competências sociais e de tarefas do quotidiano, constituindo, por isso, uma atividade fundamental e central na infância. A espontaneidade do jogo ou o planeamento pouco rígido que o caracteriza, permite à criança aprender a lidar com a incerteza, o imprevisto, a esperar a vez, a solucionar problemas e a prever as ações do outro, estimulando assim o desenvolvimento de várias áreas através da motivação intrínseca da criança para a aprendizagem pelo jogo (Music, 2017).

O modo como a criança joga revela as suas preocupações e estado de espírito, sendo assim uma forma de aceder à sua vida psíquica, pois através das suas brincadeiras a criança expressa as suas ansiedades, conflitos internos, os seus sentimentos e desejos, tentando dar um sentido ao seu mundo interno (Cattanach, 2003; Cepeda & Gotanco, 2017; Music, 2017). Assim, o jogo é o lugar onde as experiências vividas são organizadas por meio de uma atividade que é agradável para a criança (Cattanach, 2003).

Desta forma, compreende-se a utilização do jogo como mediador na terapia, pois brincar perante alguém (o terapeuta) que escuta e partilha o momento de jogo, através de uma relação de confiança, permite à criança entender e dar significado ao seu mundo,

havendo assim um processo terapêutico (Cattanach, 2003). Para Ablon (1996) o jogo é um poderoso elemento terapêutico, na medida em que possibilita a organização psíquica, a síntese e promoção do processo de autorregulação, trazendo ordem ao caos à medida que é explorado simbolicamente, sendo por isso uma atividade integrativa. O autor enfatiza ainda que o jogo em ambiente terapêutico facilita bastante o desenvolvimento, mesmo quando carece de verbalização e interpretação (Ablon, 1996). O jogo terapêutico confere vantagens educacionais e emocionais consideráveis, uma vez que não necessita de haver nenhuma habilidade especial para jogar, é divertido, permite a compreensão das regras sociais, facilita a imitação de movimentos que afetam a coordenação motora, favorece a relação dos jogadores e proporciona um espaço de simbolização (Lobera & Orlandi, 2005).

Fernandes e colaboradores (2018), referem o jogo-em-relação, enquanto jogo como mediador em psicomotricidade. Neste sentido, o jogo assume a modalidade preferencial para explorar, imaginar e comunicar através do corpo-em-relação (Fernandes et al., 2018), ou seja, o jogo assume-se como uma análise à vivência das habilidades motoras lúdicas e à fixação desse exercício corporal em relação ao outro, havendo uma dinâmica de identificação entre si mesmo e o outro e entre o corpo e a psique, havendo assim um processo desenvolvimental de transformações e rearranjos da capacidade de brincar que permitem o crescimento psíquico e o desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Joly, 2007). O jogo-em-relação permite à criança obter a consciência do seu corpo e da sua identidade, experimentar ser autônoma, ser eficaz e ter confiança em si própria (Fernandes et al., 2018).

O jogo adquire uma forma privilegiada de expressão da vida fantasmática da criança, sendo, por isso, essencial no desenvolvimento do psiquismo, na medida em que é através deste que a criança pode experimentar os seus fantasmas e os seus desejos, elaborar as suas angústias, e comunicar, constituindo-se como uma atividade reparadora, promovendo movimentos elaborativos e progressivos pela experimentação de novas formas de simbolização (Sá, 2003).

Em suma, o jogo proporciona à criança uma multiplicidade de oportunidades para pôr em prática as suas competências e para explorar o seu corpo e as suas emoções, sendo a brincadeira a sua forma natural de se expressar e comunicar com o outro.

### **2.2.2. A Relaxação**

A relaxação é uma prática de mediação corporal de carácter terapêutico que, segundo Martins (2001), envolve diversos processos dirigidos à pessoa, no âmbito da sua dupla realidade interna e externa, funcionando como um elo de ligação entre o que é vivido e sentido ao longo dessa experiência, possibilitando, assim, cuidar do corpo e adequar a sua expressão emocional. As vivências corporais proporcionadas pela relaxação poderão ser mediadas a

partir do toque corpo a corpo, por objetos (como bolas, lenços, cordas e bastões) ou por automassagem (Maximiano, 2004).

A relaxação terapêutica é, portanto, uma técnica que combina a concentração mental com o relaxamento muscular, realizada na presença de um terapeuta (Bergès-Bounes et al., 2008). Esta técnica não tem apenas como objetivo o desaparecimento ou a atenuação do sintoma, mas tem em conta todo o corpo do sujeito e as suas vivências (Bergès-Bounes et al., 2008). A relaxação objetiva a descontração neuromuscular e psíquica, por meio de técnicas específicas que levam à diminuição do estado tônico do indivíduo. Estas técnicas permitem a aprendizagem e controlo progressivo e consciente dos segmentos do corpo, permitindo ao sujeito induzir em si próprio o relaxamento neuromuscular (Aguiar, 2003). A relaxação produz efeitos preventivos e curativos, como a melhoria das capacidades vitais, a aquisição de um estado de calma psíquico e a supressão de tensões supérfluas (Aguiar, 2003).

As técnicas de relaxação possibilitam a percepção das sensações e emoções experimentadas pelo corpo, atribuindo-se um valor e um significado pela palavra, ou seja, é feita a ligação verbal com o que foi sentido e percebido pela pessoa no decorrer do processo de relaxação (Martins, 2001). Assim, a relaxação tem uma função primordial no conhecimento do próprio corpo e na sua relação com as funções gnósticas e práxicas, possibilitando a diferenciação entre a função tónica e motora, através da consciencialização da diferenciação entre o fundo tónico e a emergência do próprio movimento, sendo este processo vivenciado pela alternância entre passividade e atividade (Martins, 2001; Maximiano, 2004). Assim, a relaxação possibilita a constituição de relações espaciais entre os segmentos do corpo e a elaboração da imagem e representação subjetiva do próprio corpo (Martins, 2001).

De acordo com Martins (2001) refere que a relaxação possibilita a regulação das emoções, atuando na intensidade com que estas se manifestam e adequando a ação à sua expressão emocional e cognitiva. A vivência de um processo terapêutico pela relaxação, irá pôr em evidência as dificuldades de consciencialização das sensações corporais e os mecanismos de defesa desadequados, permitindo, a partir daí, organizar os mecanismos psíquicos e adequar o corpo enquanto veículo de expressão equilibrada das emoções, sendo esta conjuntura essencial para a afirmação da identidade do indivíduo (Martins, 2001).

A relaxação é um mediador de intervenção que permite o tratamento de perturbações psicomotoras em crianças, na medida em que é através da motricidade que a criança estabelece as suas primeiras relações com o outro e com o envolvimento, sendo também através da motricidade que se revelam as suas dificuldades: os estados de tensão, a agitação, a descoordenação, dificuldade em situar-se no espaço e tempo, dificuldades de lateralização, entre outros (Bergès-Bounes et al., 2008). Assim, a relaxação vai permitir à criança sentir o seu corpo, vivenciar os seus limites, permitindo a troca do agir pela



representação e favorecendo, deste modo, o pensamento e o acesso ao imaginário (Bergès-Bounes et al., 2008).

### **3. Co-terapia na intervenção em grupo**

A co-terapia é uma prática em que o par de terapeutas trabalha de forma conjunta e colaborativa, de modo a cumprir os objetivos definidos para a intervenção terapêutica. Esta prática é utilizada muitas vezes para o treino clínico dos terapeutas, mas também em grupos terapêuticos (Ast et al., 2019). Quando os terapeutas dinamizam o grupo envolvendo-se de igual modo, estes tornam-se parte do processo terapêutico, uma vez que há uma participação ativa dos mesmos, permitindo a co-construção de significado e a transformação do grupo (Ast et al., 2019; McGee & Schuman, 1970).

A intervenção psicomotora em grupo decorreu em co-terapia, mostrando-se este funcionamento como uma mais-valia, tal como é descrito por vários autores (Ast et al., 2019; Lundin & Aronov, 1952; McGee & Schuman, 1970), uma vez que permite maior troca de informações e diálogo aberto entre os terapeutas, permite pensar sobre o grupo de diferentes perspetivas, pode facilitar o questionamento construtivo, permitirá uma compreensão mais rica das sessões e dos elementos do grupo, proporcionará maior facilidade em expressar os seus sentimentos em relação ao grupo, e ajudará cada terapeuta a conhecer-se a si mesmo, às suas fraquezas e forças, e possibilita um ambiente terapêutico que permite a mudança, o crescimento e o desenvolvimento de perspetivas e *insights* entre co-terapeutas e o grupo. Este tipo de intervenção exige que o terapeuta confie no seu parceiro, nas suas escolhas de intervenção e desenvolva também uma grande capacidade de empatia e cumplicidade (Rodríguez, 2014).

A dinamização em co-terapia traz diversas vantagens, entre as quais se destaca a possibilidade de recriar o ambiente familiar e a sociedade (Lundin & Aronov, 1952), visto que irá diversificar as reações transferenciais e contra-transferenciais entre os terapeutas e os vários elementos do grupo (McGee & Schuman, 1970). Quando o grupo replica a constelação familiar, através dos terapeutas, enquanto figuras parentais, e das restantes crianças que representam a fratria, há maior probabilidade de que as crianças representem os seus conflitos internos no grupo (Lundin & Aronov, 1952) e que, a partir daí, possam criar processos de identificação e internalizar esse modelo de relação parental para abordar os outros nas relações afetivas, assim as crianças poderão tomar consciência de que há mais do que uma pessoa gratificante na sua vida e também terão a possibilidade de preencher as lacunas dos seus relacionamentos primários com outras pessoas que encontrarão na sua vida (Rodríguez, 2014).

Assim, a co-terapia na intervenção psicomotora em grupo oferece à criança a oportunidade de encontrar outros modelos que permitem, em parte, reparar algumas

carências ou feridas encontradas na primeira infância, dando lugar à reparação a partir de novas experiências relacionais (Rodríguez, 2014).

### III. Descrição das atividades de estágio

#### 1. Objetivos e atividades de estágio realizados

O presente estágio curricular, realizado na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, no âmbito da terapia psicomotora em saúde mental infantojuvenil, objetiva o aprofundamento de competências profissionais neste contexto, tendo em vista a aquisição de habilitações ao nível da intervenção psicomotora e do trabalho em equipa multidisciplinar com outros técnicos e profissionais.

Ao longo das atividades de estágio, realizou-se a avaliação psicomotora, a elaboração do perfil intra-individual e do plano terapêutico dos casos acompanhados. Para além das sessões de grupo e individuais de terapia psicomotora, houve a participação nas reuniões semanais da equipa da Área de Dia e do Hospital de Dia e nas reuniões clínicas; reuniões de supervisão mensais; reuniões com a orientadora académica; assim como outras atividades complementares de estágio como a elaboração de planos de sessão e de redação dos relatórios de sessão, pesquisa e revisão de literatura, entre outros.

##### 1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio

O estágio curricular iniciou-se a 9 de outubro de 2019 e terminou a 12 de março de 2020 em consequência da pandemia de covid-19. O cronograma que se apresenta abaixo (Tabela 1) contempla a calendarização das atividades realizadas ao longo do estágio.

Tabela 1: Calendarização das atividades de estágio

Atividades realizadas		2019			2020									
		Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Out.	Nov.
Relatório de Estágio	Integração na equipa													
	Reuniões clínicas e de equipa													
	Reuniões de supervisão													
	Avaliação Inicial													
	Intervenção													
	Avaliação Final													
	Análise dos Resultados													
	Revisão de Literatura													
Redação do Relatório														
Revisão do Relatório														
Entrega do Relatório														

O horário semanal das atividades de estágio (Tabela 2) foi elaborado de modo a não haver sobreposição de horários das sessões individuais realizadas pelas estagiárias na sala de Psicomotricidade.

Tabela 2: Horário semanal das atividades de estágio

Segunda*	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
		Sessão individual 2 8h30-9h20		
Grupo 1 9h45-10h45	Sessão individual 1 9h30-10h20	Reunião Clínica 9h30-11h30		Reunião de Supervisão (mensal) 10h00-12h00
Lanche	Atividades complementares de estágio	Reunião de equipa (Hospital de Dia) 11h30-13h00		
Grupo 2 11h00-12h00				
Reunião de equipa (Área de Dia) 12h00-13h00				
Almoço	Almoço	Almoço		
Grupo 3 14h00-15h00	Grupo do Hospital de Dia 14h00-15h15	Sessão individual 3 14h10- 15h00		
Lanche		Atividades complementares de estágio		
Grupo 4 15h15-16h15	Atividades complementares de estágio			

\* Neste dia as sessões eram todas do projeto da Área de Dia.

## 1.2. Experiências complementares de formação

Para além das atividades inerentes ao estágio curricular, realizaram-se atividades complementares que contribuiriam para a formação da estagiária.

- **Reuniões de supervisão** - estas reuniões com a Dra. Maria José Vidigal e a equipa da Área de Dia decorreram nas primeiras sextas-feiras do mês, exceto em novembro, janeiro e fevereiro. No total concretizaram-se 3 reuniões de supervisão, nas quais houve a discussão de casos do programa Área de Dia;
- **Reuniões Clínicas** - às quartas-feiras realizaram-se reuniões com todos os técnicos da UPIA, onde eram discutidos assuntos internos da unidade e se analisavam casos acompanhados pelos diversos técnicos.
- **Reuniões da Área de Dia** - todas as segundas-feiras realizaram-se reuniões da equipa da Área de Dia, em que se partilhava o que tinha acontecido em cada ateliê e nos grupos terapêuticos, debatendo-se algumas estratégias a adotar de futuro.
- **Reuniões do Hospital de Dia** - às quartas-feiras realizaram-se as reuniões da equipa do Hospital de Dia, em que eram discutidos assuntos intrínsecos ao funcionamento dos diversos ateliês, discutiam-se os casos acompanhados e cada técnico teve a oportunidade de apresentar o trabalho realizado na sua intervenção.

- **1ª Consulta de Pedopsiquiatria** – a 12 de dezembro de 2019, a estagiária assistiu a uma primeira consulta de pedopsiquiatria, na qual teve oportunidade de ver como é feita a recolha da anamnese e a admissão dos casos na UPIA.
- **Fórum do Hospital de Dia** - a 18 de dezembro de 2019, realizou-se uma sessão de esclarecimento aos pais e adolescentes que integram o Hospital de Dia. Esta sessão teve como objetivo dar a conhecer os diversos ateliês do Hospital de Dia, bem como os profissionais que compõem a equipa. Deste modo, as estagiárias tiveram a oportunidade de fazer uma pequena apresentação sobre o que é a psicomotricidade e do trabalho que têm vindo a desenvolver com o grupo de adolescentes.
- **Observação e Avaliação Psicomotoras** - Para além dos casos acompanhados, foi realizada uma observação e avaliação psicomotoras a uma criança de modo a perceber a pertinência do acompanhamento em sessões de psicomotricidade, que acabou por não ter continuidade devido à falta de compatibilidade de horário.
- **Formações adicionais** - ao longo do estágio e também aquando da suspensão do estágio devido à pandemia, houve a necessidade de continuar a aprofundar conhecimentos científicos e técnicos, pelo que a estagiária participou nas seguintes formações: 10º Encontro de Internos de Psiquiatria de Infância e Adolescência “O Preâmbulo da Psicopatologia”, realizado a 8 de novembro de 2019, em Lisboa; Aula aberta “Corpo e Expressão Psicomotora na Psicopatologia: Encontro com duas psicomotricistas”, que decorreu no dia 21 de dezembro de 2019, em Évora; Aula aberta “As tecnologias da comunicação na Práxis Psicomotora: uma reflexão face à contemporaneidade”, que decorreu no dia 8 de maio de 2020 via Zoom; Curso Intensivo de Promoção da Inteligência Emocional nas Crianças (10ª Edição), em formato E-learning, realizado entre 18 de abril e 22 de maio de 2020; Formação Online: Desafios da Criança Desatenta/Irrequieta, via Zoom, realizado a 26 de maio de 2020; I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva, realizou-se entre os dias 2 e 4 de junho de 2020, em *livestreaming*; Encontro *Salud mental y COVID-19 desde la Psicomotricidad*, ciclo de entrevistas online, realizado no dia 28 de julho de 2020.

### **1.3. Intervenção psicomotora no local de estágio**

As consultas de Psicomotricidade são parte do conjunto de terapias complementares existentes na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HGO. Na UPIA, tal como noutros serviços de pedopsiquiatria, os utentes são referenciados por apresentarem algum tipo de problemática, sendo mais comumente observadas as seguintes perturbações: perturbações da vinculação, perturbações disruptivas do comportamento, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, perturbações do comportamento alimentar, e outras

perturbações do âmbito psicoafetivo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017). Os utentes são encaminhados para a consulta de Psicomotricidade pelo Pedopsiquiatra ou Psicólogo responsável pelo caso, havendo uma reunião informal entre os técnicos, na qual se analisa o caso e é entregue o processo do utente, para realizar a avaliação psicomotora e verificar a pertinência do acompanhamento em psicomotricidade.

No âmbito da Psicomotricidade são realizadas sessões de avaliação psicomotora, sessões de psicomotricidade, consultas de seguimento e de articulação com os pais e as escolas. Após o encaminhamento do caso, é feito um primeiro contato com o utente, através do acolhimento com a criança/adolescente e os pais, é realizada uma entrevista semiestruturada com os pais e, no caso dos adolescentes, esta será realizada com o jovem. Nas entrevistas, questiona-se sobre o motivo que o trouxe à consulta, as principais preocupações, quais as expectativas em relação a este serviço, bem como são recolhidos alguns dados anamnésicos, informações relativas aos sintomas, comportamentos, relação com os outros, e as repercussões destes na vida diária do utente. Posteriormente, é realizada a observação da criança/adolescente, de modo a tentar observar os seus comportamentos e interesses. Após a observação, são ainda realizadas 2 ou 3 sessões de avaliação psicomotora, em que são aplicados instrumentos de avaliação que vão ao encontro dos sintomas e comportamentos referidos e/ou manifestados pelo utente. Realizados estes três momentos – entrevista, observação e avaliação – são analisados todos os dados recolhidos e elabora-se o projeto de intervenção, sendo ainda realizada uma reunião com os técnicos que acompanham a criança/adolescente de modo a definir alguns atos terapêuticos e outra reunião com os pais para devolver a informação.

Verificando-se a pertinência do acompanhamento em Psicomotricidade, são marcadas as sessões, com a duração de 50 minutos, realizando-se na sala de Psicomotricidade, sita no segundo piso da UPIA, com a regularidade prevista no projeto de intervenção da criança/adolescente. Ao longo da intervenção, é realizada uma avaliação contínua e informal do projeto de intervenção e, no final da intervenção é realizada uma avaliação formal, em que são aplicados novamente os instrumentos de avaliação de modo a verificar se foram atingidos os objetivos terapêuticos, a refletir sobre a intervenção desenvolvida, e se haverá necessidade de dar continuidade, encaminhar para outro serviço ou de dar alta.

Relativamente à estrutura das sessões, quer seja acompanhamento individual ou grupal, estas são adaptadas às características, interesses e necessidades da criança. Todavia, em todas as sessões existe um diálogo inicial, seguido da parte fundamental da sessão em que são realizadas as atividades psicomotoras, terminando com uma atividade de retorno à calma e, por fim, o diálogo final. Habitualmente, a sessão é definida em conjunto com a

criança/adolescente, indo sempre de encontro aos objetivos terapêuticos definidos para a mesma.

## **2. Etapas de intervenção**

A intervenção psicomotora em saúde mental tem por base um modelo relacional, que privilegia a qualidade da relação que é estabelecida com a criança ou adolescente (Costa, 2008). Neste sentido, a intervenção deverá ser adequada aos interesses e motivações da criança/adolescente e os planos terapêuticos deverão ser elaborados tendo em conta o perfil individual da criança/adolescente e respeitar os seus ritmos de desenvolvimento (Costa, 2008).

Em psicomotricidade pretende-se ter uma visão holística do indivíduo, por essa razão, antes de se iniciar a terapia psicomotora, são realizados diversos métodos para recolha de informações de modo a conhecer o indivíduo e a delinear-se o plano de intervenção terapêutico mais adequado às suas necessidades e competências. Assim, as informações podem ser recolhidas através de entrevistas, observação direta e da aplicação de questionários, testes padronizados, escalas de avaliação e/ou escalas de autorrelato, de modo a ser possível compreender o sujeito e os seus sintomas nos diferentes contextos (Cepeda & Gotanco, 2017).

Deste modo, serão abordadas de seguida as etapas realizadas previamente à intervenção propriamente dita: entrevista, observação, avaliação.

### **2.1. Entrevista**

A entrevista, em contexto clínico, é uma técnica que permite recolher dados objetivos e subjetivos, através da interação entre duas ou mais pessoas, tendo objetivos voltados para o diagnóstico e a intervenção (Batista et al., 2017).

As entrevistas são caracterizadas pela sua forma de organização e fim a que se destinam. Neste caso, irá ser explicitada a entrevista semiestruturada, uma vez que foi a técnica aplicada no decorrer do estágio.

A entrevista semiestruturada é composta por perguntas de resposta fechada e aberta, tendo um guião para orientar a entrevista de modo a obter as informações que se pretendem (Almeida, 2008; Batista et al., 2017; Minayo & Costa, 2018). As perguntas fechadas restringem a verbalização a respostas específicas, sendo úteis para identificar e esclarecer a presença ou ausência de comportamentos e sintomas (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2014). Por outro lado, as perguntas abertas dão espaço ao entrevistado para refletir sobre os temas e de abordá-los de uma forma mais livre e espontânea (Minayo & Costa, 2018).

De modo que o entrevistado não se sinta constrangido no decorrer da entrevista, é importante que se crie um ambiente de cordialidade e simpatia para que o entrevistado se sinta à vontade para falar sobre os temas que serão abordados (Batista et al., 2017). Assim, o entrevistador deverá ter uma postura ativa e receptiva, escutar de forma ativa, demonstrando interesse pelo que é falado e aprofundando o relato do entrevistado (Batista et al., 2017). É importante realçar que o entrevistador deve ser sensível às expressões verbais e não verbais, bem como ter em conta fatores culturais, os traços de personalidade, e adequar o discurso às capacidades do entrevistado (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2014).

A entrevista em Psicomotricidade é, geralmente, o momento do primeiro contacto com o utente e a sua família, sendo também o ponto de partida da observação e avaliação. Assim, na entrevista é feita a recolha de dados anamnésicos, que permitem caracterizar historicamente o indivíduo, isto é, são recolhidas informações médicas e desenvolvimentais (e.g. reflexos, início da marcha, controlo dos esfíncteres), características do envolvimento familiar, relações com o meio envolvente, acontecimentos marcantes na vida da criança, adaptação escolar, entre outros (Almeida, 2008; Fonseca, 2010). A recolha destes dados será relevante para a caracterização do perfil intra-individual do sujeito (Fonseca, 2010) e permitirá ter uma compreensão clínica do indivíduo, relacionando a situação do momento atual com o percurso desenvolvimental (Almeida, 2008).

## **2.2. Observação**

A observação direta é uma das técnicas que permite o registo de detalhes e possibilita ao terapeuta adquirir informações para lidar com os eventos que ocorrem em contexto clínico (Britto et al., 2003).

A observação sistemática do utente é fundamental para a compreensão dos comportamentos evidenciados e para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz e de um adequado plano de intervenção (Cepeda & Gotanco, 2017).

De acordo com Fonseca (2010) a observação psicomotora procura captar a personalidade psicomotora da criança, identificar sinais desviantes ligeiros e detetar significações psiconeurológicas que constituem a materialização do intelecto, relacionando o movimento com as funções psíquicas superiores (Fonseca, 2010).

Observar a criança enquanto brinca também ajuda a compreender as suas dificuldades e comportamentos, uma vez que o modo como brinca fornece informações sobre o seu desenvolvimento e temperamento (Cepeda & Gotanco, 2017).

De modo a orientar a observação para os aspetos relevantes para a terapia psicomotora, foram utilizadas a Escala de Observação Louvain e a Grelha de Observação Psicomotora, que serão abordadas de seguida:

- **Louvain - Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora** (Coppenolle et al., 1989): esta é uma escala de observação comportamental criada com o intuito de fornecer informações, para a elaboração dos objetivos terapêuticos, relacionadas com características disruptivas da personalidade em atividades (Coppenolle et al., 1989). Esta escala é composta por 9 itens: relações emocionais, autoconfiança, tipo de atividade, relaxação, controlo do movimento, capacidade de atenção, expressão corporal, comunicação verbal e regulação social (Coppenolle et al., 1989). Cada item é cotado entre -3 e +3, consoante o comportamento se apresenta perturbado por ausência ou por excesso, sendo que 0 corresponde ao comportamento típico (Coppenolle et al., 1989).
- **Grelha de Observação Psicomotora** (versão adaptada de Costa, 2008): esta grelha permite observar o indivíduo de acordo com vários parâmetros, nomeadamente: interação com o outro, interação com os objetos, aspetos psicomotores, comunicação verbal e não-verbal, planificação, atenção, entre outros (Costa, 2008). A partir da observação, é possível identificar se há presença ou ausência de determinado comportamento, registando-se se o comportamento se verifica ou não.

### **2.3. Avaliação**

A avaliação psicomotora consiste numa situação que permite ao psicomotricista observar os comportamentos e realizações do indivíduo, de modo a traçar o seu perfil e o seu nível de desenvolvimento, tendo em conta o seu funcionamento neurológico, emocional, relacional e cognitivo (Saint-Cast, 2004). Para a sua realização, o psicomotricista dispõe de inúmeros instrumentos de avaliação, podendo estes ser padronizados ou não (Saint-Cast, 2004).

De seguida, apresentam-se os instrumentos de avaliação utilizados para os casos acompanhados em grupo e individualmente.

- **Bateria Psicomotora** (BPM; Fonseca, 2010): é um instrumento clínico e psicopedagógico de observação psicomotora que permite detetar e identificar qualitativamente disfunções psicomotoras e dificuldades de aprendizagem, bem como facilita a compreensão dos problemas de comportamento e aprendizagem apresentados pela criança, permitindo assim definir o seu perfil psicomotor (Fonseca, 2010). Aplicada a crianças entre os 4 e os 12 anos de idade, a bateria compõe-se por um conjunto de tarefas que permitem observar e avaliar os sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010).



- **Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – 2ª edição (BOT-2; Bruininks & Bruininks, 2010):** este é um instrumento de avaliação da proficiência motora para indivíduos com ou sem desenvolvimento motor típico, com idade compreendida entre os 4 e os 21 anos de idade (Bruininks & Bruininks, 2010). O BOT-2 é composto pelas versões completa e reduzida, sendo que a versão aplicada foi a reduzida. Esta versão está agrupada em quatro áreas motoras: controlo manual, coordenação, coordenação do corpo, e força e agilidade, contendo no total oito sub-testes (Bruininks & Bruininks, 2010). Este teste foi projetado para fornecer uma avaliação confiável e eficiente das habilidades motoras finas e grossas, fornecendo informações sobre as capacidades motoras, permitindo identificar défices motores leves e moderados, e podendo auxiliar na avaliação do funcionamento cognitivo e académico quando aplicada em conjunto com testes de maior abrangência (Bruininks & Bruininks, 2010).
  
- ***Draw a Person* (DAP; Naglieri, 1988):** este teste pode ser aplicado em grupo ou individualmente, a crianças e jovens entre os 5 e os 17 anos de idade e permite avaliar o nível de integração da imagem e do esquema corporal através da análise quantitativa dos desenhos da figura do homem, da mulher e do próprio, em relação à presença, proporção, detalhes e ligações entre as partes do corpo, e presença de vestuário (Naglieri, 1988). Permite ainda compreender o conhecimento que a criança tem dos movimentos e posturas que se podem realizar com o corpo, bem como o nível de desenvolvimento intelectual da criança (e.g. como a diferenciação entre géneros e gerações), por uma observação qualitativa (Naglieri, 1988). Além disso, durante a realização dos desenhos pode-se observar aspetos como a preensão do lápis, a noção espacial, a lateralidade, a coordenação, a expressão corporal e o tempo despendido para cada desenho (Naglieri, 1988).
  
- **Escala de Autoconceito de Piers-Harris (Veiga, 2006):** esta escala foi originalmente desenvolvida por Ellen Piers e Dale Harris, em 1964, e posteriormente adaptada à população portuguesa por Feliciano Veiga, em 2006. aplicada a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos, permite avaliar a perceção que o indivíduo tem de si próprio, dos seus atributos e comportamentos (Veiga, 2006). Foi aplicada a versão revista e reduzida da escala (PHCSCS-2), que é composta por um questionário de autorrelato com 60 itens que revelam o autoconceito geral, estando divididos em seis fatores: aspeto comportamental, estatuto intelectual e escolar, aparência e atributos físicos, ansiedade, popularidade, satisfação e felicidade (Veiga, 2006). Este questionário é de resposta dicotómica (sim/não), sendo atribuído 1 ponto a respostas com atitude

positiva e 0 pontos a respostas com atitude negativa, a partir do somatório das pontuações de cada item obtém-se a pontuação total da escala (Veiga, 2006).

- **Avaliação da Motricidade Gnosoprática Distal** (Vaivre-Douret, 1997): esta é uma bateria composta por um conjunto de itens de imitação de gestos simples e complexos, que permite observar a capacidade de adaptação ideomotora do esquema motor visual de crianças em idade escolar e pré-escolar (Vaivre-Douret, 1997). Este instrumento foi adaptado e reduzido por Vaivre-Douret, em 1997, do original criado por Jean Bergès e Irène Lézine em 1960. Esta versão adaptada, e que foi aplicada pela estagiária, é composta por quatro itens de imitação de movimentos das mãos e oito itens de imitação dos movimentos dos dedos (Vaivre-Douret, 1997). A realização deste teste permite observar o modo de planeamento do gesto, isto é, se é contínuo e espontâneo ou se é realizado por tentativa e erro (Vaivre-Douret, 1997)
- **Torre de Londres** (Shallice, 1982): este teste é um instrumento neuropsicológico que permite avaliar as funções executivas, especialmente as capacidades de planeamento e de resolução de problemas (Anderson et al., 1996). Este teste foi desenhado para ter uma dificuldade gradual, partindo da posição inicial para a posição-alvo, realizando o mínimo de ações possíveis para mover as esferas de umas hastes para as outras (Shallice, 1982). O teste é composto por 12 problemas, sendo permitidas três tentativas para cada um. Se o problema for realizado à primeira tentativa são atribuídos 3 pontos, à segunda tentativa são 2 pontos e à terceira tentativa é dado 1 ponto, se não conseguir realizar atribui-se 0 pontos. A pontuação total máxima que pode ser atribuída é de 36 pontos.
- **Questionário das Capacidades e Dificuldades** (QCD; Goodman, 1999): este questionário permite obter informações relativas aos comportamentos, emoções e relacionamentos de crianças e jovens entre os 3 e os 16 anos de idade, é respondido por pais e professores e tem ainda uma versão de autorrelato que pode ser preenchida por jovens entre os 11 e os 16 anos (Goodman, 1999). Este questionário é composto por 25 itens, agrupados em cinco escalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas, e comportamento pró-social (Goodman, 1999). A versão aplicada foi a extensa, que integra o suplemento de impacto, que visa perceber se a criança/jovem apresenta dificuldades e, em caso afirmativo, qual a cronicidade, sofrimento e sobrecarga consequentes das mesmas (Goodman, 1999)
- **State-Trait Anxiety Inventory for Children** (STAIC; Rodrigues, Pandeirada, Bem-Haja, & França, 2018): este é um questionário respondido pelo próprio que permite avaliar a

ansiedade em duas escalas: a ansiedade-estado (C1), que permite medir o estado de ansiedade momentâneo, e a ansiedade-traço (C2), que permite avaliar a tendência mais estável e duradoura em experienciar ansiedade (Lourenço et al., 2010; Rodrigues et al., 2018) Este inventário é composto por 20 afirmações para cada escala em que a criança/adolescente deverá assinalar com uma cruz o estado que melhor descreve como se sente habitualmente.

- **Teste de Atenção d2** (Brickenkamp, 2007): permite avaliar os vários aspetos da atenção seletiva e da capacidade de concentração, podendo ser aplicado individual ou grupalmente a indivíduos a partir dos 8 anos de idade (Brickenkamp, 2007). Este teste é constituído por uma folha de respostas com 14 linhas (cada linha apresenta 47 caracteres) e o sujeito tem de assinalar os 'd' com dois traços, dispondo de 20 segundos para cada linha e tendo de percorrer a linha da esquerda para a direita (Brickenkamp, 2007). Com a aplicação deste teste, é ainda possível medir a velocidade e a precisão de processamento da informação e aspetos relacionados com o desempenho (Brickenkamp, 2007). Este teste foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Carla Ferreira e António Rocha.
- **Bateria NEPSY – Subteste da Estátua** (Kemp & Korkman, 2010): A “NEPSY: Uma Avaliação Neuropsicológica do Desenvolvimento” é uma bateria que foi criada por Korkman, Kirk e Kemp em 1998 e, sofreu uma revisão em 2007, dando origem à sua segunda edição (NEPSY-II). Esta bateria é de fácil aplicação e de grande utilidade clínica, tendo como objetivo avaliar a função neurocognitiva de crianças e adolescentes entre os 3 e os 16 anos de idade (Holcomb & Davis, 2011). A NEPSY-II oferece uma grande flexibilidade de aplicação, podendo ser administrada a bateria completa ou apenas alguns dos sub-testes para complementar outros testes (Kemp & Korkman, 2010). Pela aplicação da bateria, é possível obter informações úteis para a o diagnóstico, planeamento e monitorização da intervenção. Esta bateria é composta por 32 sub-testes, divididos em seis domínios: atenção e função executiva, linguagem, memória e aprendizagem, sensório-motricidade, perceção social, e processamento visuoespacial (Holcomb & Davis, 2011). O domínio da atenção e função executiva integra a Prova da Estátua, que pretende avaliar a persistência motora e inibição (Kemp & Korkman, 2010), tendo sido este o subteste aplicado. Esta prova, consiste na emissão de estímulos auditivos, enquanto a criança se encontra de pé, parada, e de olhos fechados, sendo-lhe pedido que se mantenha nessa posição durante 75 segundos, pretendendo-se que iniba a resposta aos estímulos emitidos.

Dos testes acima descritos, foram aplicados aos casos da Área de Dia: a Bateria Psicomotora, o teste DAP, o QCD, a Louvain e o teste Torre de Londres. No Hospital de Dia foram utilizados os seguintes testes: a Louvain, STAIC, BOT-2, Escala de Autoconceito de Piers-Harris e a Bateria Psicomotora.

### 3. Descrição dos casos acompanhados

#### 3.1. Casos acompanhados individualmente

No decorrer do estágio foram acompanhados individualmente três casos – o Manuel, o Sérgio e o Alberto. De seguida serão apresentados os casos do Manuel e do Sérgio e o caso do Alberto será apresentado no capítulo IV, no estudo de caso I.

##### ▪ Manuel

O Manuel (nome fictício) é uma criança de 11 anos e foi encaminhado pela Psicóloga para acompanhamento em Psicomotricidade. Os motivos do encaminhamento prendem-se com dificuldades de coordenação e grande rigidez corporal; intolerância à frustração, com episódios de autoagressão; dificuldades na socialização e interação com os pares, apresentando um contacto indiferenciado e total ausência de empatia. O Manuel apresenta rituais de limpeza, comportamentos repetitivos e compulsivos e interesses específicos. Tem dificuldade em expressar e lidar com as emoções.

Da observação realizada, verificou-se que o Manuel tem um contacto indiferenciado e um pouco bizarro. O Manuel gosta de conversar sobre os temas de seu interesse, tendo um discurso muito factual, o contacto ocular é evitante e apenas o estabelece com intenção. Revela rigidez de pensamento e perfeccionismo, não gostando de ser corrigido. Apresenta um discurso adultomorfo e por vezes o ritmo de fala é elevado dificultando a compreensão das suas produções. Na sala, explora os materiais com intencionalidade e atribui significado simbólico de acordo com a situação. A planificação é elaborada. Em contexto de jogo, é competitivo e fica frustrado quando perde, revelando alguns comportamentos disruptivos e agressividade (destrói as construções, bate nos materiais).

Relativamente à avaliação psicomotora, a aplicação do teste **DAP** teve como objetivo a recolha de informações sobre a integração da imagem e do esquema corporal da própria criança. Quanto aos resultados, o Manuel obteve uma classificação final deficitária, correspondendo a uma idade equivalente de 5 anos. Os desenhos apresentaram poucos detalhes faciais, a figura do homem e da mulher são muito semelhantes, não se notando diferenças entre os géneros. Deste modo, conclui-se que o Manuel apresenta uma noção do corpo imatura. Quanto à aplicação do teste **Torre de Londres** prendeu-se com a necessidade

de compreender se existiam dificuldades ao nível da resolução de problemas, atenção na tarefa e de organização do pensamento. No que se refere aos resultados, o Manuel obteve 25 pontos de 36 possíveis, tendo apresentado capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, e de atenção na tarefa, com evidências de dificuldades na mudança de pensamento para chegar ao resultado desejado, alguma agitação e frustração face ao insucesso. A aplicação do **BOT-2** prendeu-se com a necessidade de perceber melhor as dificuldades do Manuel ao nível da coordenação motora e da motricidade global. Como resultados, o Manuel apresentou um total de 48 pontos, situando-se abaixo da média esperada para a idade. O Manuel evidenciou dificuldades na coordenação manual, nomeadamente na precisão e na coordenação oculo-manual, e no equilíbrio, em especial no equilíbrio dinâmico unipodal. O subfator **Tonicidade** da Bateria Psicomotora, foi aplicado de modo a compreender melhor qual o estado tónico do Manuel e a forma como o mesmo poderia comprometer o seu funcionamento e desempenho perante as situações. A partir da análise de resultados, é possível afirmar que o Manuel apresenta um perfil eutónico, apresentando uma realização adequada e controlada em quase todos os parâmetros avaliados. O Manuel apresentou maiores dificuldades na realização da tarefa das diadococinésias, revelando perdas de amplitude e de ritmicidade, bem como movimentos descoordenados. Foram visíveis sincinesias bucais (aperta os lábios) e contralaterais quase impercetíveis. Por fim, a aplicação do **QCD**, respondido pela mãe, surgiu da necessidade de compreender melhor os comportamentos que a criança apresenta. Como resultado final, na Pontuação Total das Dificuldades, o Manuel apresenta um resultado limítrofe, de 14 pontos em 40 possíveis, sendo por isso motivo de alerta. Destacam-se os problemas ao nível do relacionamento com os pares e dos comportamentos pró-sociais, cujos resultados demonstram que poderá haver uma maior indicação de problemas significativos que, segundo a mãe, parecem interferir nas brincadeiras e tempos livres.

Face ao exposto, propôs-se trabalhar com o Manuel a imagem e esquema corporais, o equilíbrio, a motricidade global, a resolução de problemas e as competências sócio-emocionais. Deste modo, realizaram-se atividades que privilegiassem o movimento corporal (e.g. percursos com diferentes tipos de deslocamento), jogos de estratégia e de inteligência emocional (e.g. quadro do monstro das cores), e aplicaram-se algumas técnicas de relaxação (e.g. mobilizações com bola). Devido ao reduzido número de sessões realizadas, não é possível aferir a progressão terapêutica do Manuel, no entanto foi possível verificar ligeiras alterações ao nível do equilíbrio, maior acesso à passividade, capacidade de expressar emoções e sentimentos. Tendo-se continuado a verificar frustração face ao insucesso, rigidez de pensamento, desenho imaturo e dificuldades na capacidade de simbolização.

- **Sérgio**

O Sérgio (nome fictício) foi encaminhado para avaliação psicomotora pela Pedopsiquiatra a fim de compreender melhor as necessidades da criança a nível psicomotor, cognitivo e afetivo-relacional, uma vez que este apresenta alterações do comportamento (agitação motora e dificuldade de controlo dos impulsos), dificuldades de atenção e concentração, bem como fracas capacidades de mentalização com comportamento mais agido ao nível motor.

Da observação realizada, foi possível verificar que o Sérgio apresenta uma aparência pouco cuidada, com desenvolvimento estato-ponderal coincidente ao seu escalão etário, apresentando uma postura inibida e um contacto desadequado, com evidência de comportamentos de desafio e onnipotência. O Sérgio apresenta alguma dificuldade em manter a atenção e o foco nas tarefas. É uma criança que não adere voluntariamente às atividades, nem se esforça na realização das mesmas, adotando comportamentos de desistência, sendo necessário estímulo e reforço constantes por parte da terapeuta. O Sérgio apresenta um grafismo imaturo, aparenta ter algumas dificuldades no processo de simbolização e a planificação das suas ações é semiestruturada. Revela uma preferência manual e podal dextra.

Relativamente à avaliação psicomotora, a aplicação do teste **DAP** teve como objetivo a recolha de informações sobre a integração do esquema corporal da própria criança. O Sérgio obteve uma classificação final deficitária, correspondendo a uma idade equivalente a 6 anos. Os desenhos elaborados apresentam uma forma geometrizada e pouca proporcionalidade. As figuras apresentam detalhes faciais e vestuário, bem como uma adequada distinção entre homem e mulher. A aplicação do teste **Torres de Londres** prendeu-se com a necessidade de compreender se existiam dificuldades ao nível da resolução de problemas. O Sérgio obteve 17 pontos de 36 possíveis, estando abaixo do esperado, tendo apresentado dificuldades na resolução da maior parte dos problemas, revelando dificuldades no planeamento, na capacidade de antecipação e sequencialização de procedimentos, e de atenção na tarefa. Da observação dos comportamentos, é importante mencionar que durante o teste se observou alguma impulsividade, dificuldades de retenção da imagem, incumprimento das regras de realização e frustração face ao insucesso com manifestações tonicoemocionais. A aplicação do **Teste de Atenção D2** surgiu da necessidade de perceber as dificuldades da criança em manter a atenção e concentração. O Sérgio obteve resultados muito abaixo do esperado para a sua idade, apresentando percentil 1 na maioria das variáveis observadas, apresentando atenção e concentração reduzida, uma *Percentagem de Erros* elevada, bem como um *Total de Eficácia* e *Índice de Variabilidade* baixos, o que denota dificuldades em controlar a sua atenção e de inibição em relação aos estímulos irrelevantes. A aplicação do **BOT-2** prendeu-se com a necessidade de perceber as dificuldades do Sérgio

ao nível do *Controlo Manual Fino*, da *Coordenação Manual*, do *Controlo do Corpo* e da *Força e Agilidade*. Como resultados, o Sérgio apresentou uma pontuação *standard* de 26 pontos, situando-se bem abaixo da média esperada para a idade. O Sérgio evidenciou dificuldades em todos os parâmetros avaliados, revelando maiores dificuldades nas tarefas de precisão motora fina e de destreza manual, de coordenação bilateral e de equilíbrio, em especial no equilíbrio dinâmico unipodal, apresentando algum descontrolo corporal. Através da aplicação do subfator **Tonicidade** da Bateria Psicomotora, permitiu compreender melhor qual o estado tónico da criança. O Sérgio aparenta ter um perfil hipertónico, no entanto não foi possível avaliar este aspeto uma vez que a criança se recusou a realizar as tarefas de paratonia, passividade e de extensibilidade. Recusou também o toque e a mobilização da terapeuta, apresentando comportamentos de evitamento e distanciamento entre ele e a terapeuta. O Sérgio realizou a tarefa das diadococinésias com arritmicidade e perda de amplitude de movimentos, sendo observadas manifestações tonicoemocionais. Foram observadas sincinesias contralaterais e bucais pouco óbvias. Por fim, a aplicação do **QCD**, aplicado à mãe, surgiu da necessidade de compreender melhor os comportamentos que a criança apresenta. Na Pontuação Total das Dificuldades, o Sérgio apresenta um resultado típico, de 10 pontos em 40 possíveis, sendo que os comportamentos mais significativos e com maior pontuação, se verificam na escala de *Problemas de Comportamento* (3 pontos em 10 – pontuação limítrofe). No *suplemento de impacto*, a mãe refere pequenas dificuldades de concentração e comportamento, que parecem incomodar ou causar pouco sofrimento ao Sérgio.

Ante o exposto, propôs-se trabalhar com o Sérgio a autorregulação comportamental, através da consciencialização dos seus estados emocionais e corporais, as praxias global e fina, a atenção e a inibição. Deste modo, realizaram-se atividades que incidissem na noção do corpo, no movimento corporal, na capacidade de inibição e que potenciasses a atenção (e.g. jogo das estátuas, jogo de memória). Devido ao reduzido número de sessões realizadas, não é possível aferir a progressão terapêutica do Sérgio, uma vez que o menino ainda estava a estabelecer a relação terapêutica com a técnica na altura em que as sessões foram interrompidas. Não obstante, foi possível verificar uma maior adesão às atividades, menos comportamentos de oposição-desafio e maior expressão das suas emoções em sessão.

### 3.2. Casos acompanhados em grupo

Ao longo do estágio, foram acompanhados quatro grupos do projeto Área de Dia e um grupo do projeto Hospital de Dia para Adolescentes.

#### 3.2.1. Grupos da Área de Dia

Os grupos da Área de Dia iniciaram em outubro de 2019 e terminaram em março de 2020, por consequência da pandemia covid-19, tendo sido realizadas um total de 18 sessões. As sessões eram de caráter semanal, com a duração de uma hora por grupo e foram realizadas em co-terapia pelas duas estagiárias.

Neste projeto foram acompanhados quatro grupos: dois constituídos por crianças do sexo masculino, um por crianças do sexo feminino, e outro de composição mista.

Na Tabela 3 constam os objetivos terapêuticos definidos para cada grupo da Área de Dia, conforme os resultados obtidos na avaliação e tendo em conta as necessidades e características de cada um. Os objetivos terapêuticos foram definidos pelas estagiárias, tendo em consideração as informações obtidas através da anamnese, observação e avaliação dos casos acompanhados.

*Tabela 3: Objetivos terapêuticos dos grupos da Área de Dia*

<b>Identificação dos grupos</b>	<b>Objetivos terapêuticos</b>
<b>Grupo 1</b>	Adequar a tonicidade (estado tónico, relaxação muscular);
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal);
	Promover a capacidade de planeamento;
	Promover a capacidade de atenção;
	Promover a consciencialização e regulação emocional;
	Promover a autorregulação comportamental;
	Promover a autoestima e o autoconceito;
	Estimular o cumprimento de regras;
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro);



<b>Grupo 2</b>	Adequar a tonicidade (estado tônico, relaxação muscular);
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal);
	Promover a capacidade de planeamento;
	Promover a capacidade de atenção;
	Promover a regulação emocional;
	Promover a consciencialização dos estados emocionais e das alterações fisiológicas;
	Promover a autorregulação comportamental;
	Adequar a autoestima e o autoconceito;
	Estimular a expressividade;
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro);
	Estimular o cumprimento de regras;
<b>Grupo 3</b>	Adequar a tonicidade (estado tônico, relaxação muscular);
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal);
	Promove a estruturação temporal (noções rítmicas e temporais);
	Promover a coordenação motora em diferentes situações;
	Promover a capacidade de planeamento;
	Promover a capacidade de atenção;
	Promover a consciencialização e regulação emocional;
	Promover a autorregulação comportamental;
	Promover a autoestima (valorização pessoal);
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro);
	Estimular o cumprimento de regras;
<b>Grupo 4</b>	Adequar a tonicidade (estado tônico, relaxação muscular);
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal);
	Promover a estruturação temporal (noções rítmicas e temporais)
	Promover a coordenação motora em diferentes situações;
	Promover a capacidade de planeamento;

Promover a capacidade de atenção;
Promover a consciencialização e regulação emocional;
Promover a autorregulação comportamental;
Promover a autoestima (valorização pessoal)
Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro);
Estimular o cumprimento de regras.

De seguida serão apresentados os casos acompanhados para cada grupo (ver Tabela 4), fazendo referência às problemáticas, resultados das avaliações iniciais e progressões observadas no decorrer da intervenção com os grupos.

*Tabela 4: Descrição dos casos acompanhados nos grupos da Área de Dia*

<b>Grupo 1</b>		
Constituíam o grupo seis participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos.		
<b>Identificação dos Casos</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Progressão</b>
<p><b>AT (8 anos)</b> Referenciado por alterações do comportamento com hetero-agressividade em contexto escolar e familiar.</p>	<p>Louvain - contacto inadequado, com dificuldades em cumprir as regras; não consegue seguir e persistir na situação de movimento até ao fim, presença de agitação motora e dificuldades no controlo dos movimentos; DAP - classificação final abaixo da média para a idade, revelando noção do corpo desadequada; pontuação abaixo da média para a idade; poucos pormenores anatómicos e desproporcionalidade das partes do corpo; TOL - obteve 25 pontos de 36 possíveis; revelando alguma impulsividade; capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; e dificuldades no contacto e interação com terapeuta;</p> <p>BPM - perfil hipotónico, com capacidade de acesso à passividade, dificuldades ao nível da inibição psicomotora e da regulação tónica, e ligeiras manifestações emocionais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos nas escalas de hiperatividade, problemas de comportamento e de</p>	<p>O AT interfere com tudo e toda a gente, intrusivo, muito familiar, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta; nunca toma a iniciativa e tenta imitar os outros, mas apresenta maior expressão das suas opiniões e de modo mais adequado; movimenta-se pouco durante situações de movimento; move-se de forma estranha, movimentos descoordenados, desinibidos e precipitados, fica facilmente sem fôlego; dificuldades na imitação de movimentos e ações; por vezes parece estar preso a pensamentos, contudo demonstra maiores tempos de atenção focalizada; expressões faciais monótonas, no entanto esporadicamente começam a evidenciar-se traços de felicidade/alegria; comunicativo e participativo, apesar do seu discurso ainda ser um pouco desorganizado; em situações de frustração, insulta e grita com os colegas, manifesta-se através de choro e por vezes revela comportamentos agressivos; empenho no</p>

	relacionamento com os pares, com interferência no contexto familiar, escolar e social;	cumprimento das regras, verificando se colegas as cumpriram; dificuldades ao nível do reconhecimento de direita-esquerda; irrequieto; agitação motora;
<b>DD (8 anos)</b> Referenciado por alterações do comportamento, em casa e na escola; comportamentos agressivos e impulsivos.	Louvain - não faz contacto com os colegas ou terapeutas, ou fá-lo de forma inadequada; algumas dificuldades em cumprir regras e indicações; distrai-se facilmente com coisas externas; movimenta-se muito – sem objetivo e por vezes esbarra contra objetos; expressa-se muito pouco verbalmente, responde de forma simples, fala devagar e de forma pouco audível; DAP - noção do corpo adequada com classificação final superior à média para a idade; TOL- obteve 23 pontos de 36 possíveis; dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; dificuldades na capacidade de antecipação e sequencialização de procedimentos; algumas dificuldades em compreender as indicações; revela ainda impulsividade e dificuldades em cumprir as regras do teste; BPM - perfil hipertónico; apresentou bloqueios, resistências e tensões, com manifestações tonicoemocionais frequentes; insuficiente inibição e regulação tónica; QDC - sem resposta por parte dos pais e professor;	Tem-se mostrado mais comunicativo, apesar das suas dificuldades ao nível da linguagem receptiva (compreensão das instruções); interage e participa voluntariamente nas atividades propostas, apesar de ainda apresentar algumas dificuldades em cooperar com os colegas; revela falta de iniciativa ou independência, demasiado modesto e hesitante; movimento intenso, parece já estar ocupado antes da situação de movimento ser explicada, algumas dificuldades em permanecer sentado nos momentos de reflexão; agitação psicomotora; movimentos desajeitados; movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, realizados de forma desleixada; procura de reconhecimento e de feedback positivo, constantemente; apresenta alguns momentos de alheamento, apesar de estar mais atento aos colegas durante a interação; evita contacto ocular com os outros e a sua expressão facial varia pouco; continua a apresentar dificuldades ao nível do cumprimento de regras, desafiando as indicações das terapeutas; em momentos de interação provocados pelo outro, pode reagir com alguma agressividade ou evitamento ao contato, demonstrando dificuldades em lidar com a interação e proximidade do outro; dificuldades em expressar as suas próprias emoções e dificuldades ao nível do planeamento;
<b>FM (9 anos)</b> Referenciado por agitação motora; perturbação da oposição e alterações do comportamento, com	<i>Louvain</i> - contacto recusado; movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, chama a atenção dos outros por pequenos erros; movimento excessivamente autoconfiante e dominante; despreza/crítica as performances dos outros; DAP - noção do corpo adequada, com classificação final dentro da média; desenho completo, organizado e simétrico; TOL – obteve 27 pontos de 36 possíveis apresentando capacidades de	O FM continua a apresentar um contacto superficial e formal; comportamentos narcísicos; comportamentos excessivamente autoconfiantes, desvaloriza as performances e opiniões dos outros; dificuldades em tolerar os comportamentos dos outros; mais moderado na ostentação das posses; comportamentos onnipotentes; geralmente demonstra um atividade moderada, no entanto

<p>hetero-agressividade em contexto familiar;</p>	<p>planeamento, execução e resolução de problemas; verificou-se alguma frustração face ao insucesso; <i>BPM</i> – apresenta um perfil hipotónico, com reação adequada ao toque e à mobilização, sincinesias bucais e contralaterais; alterações na ritmicidade e amplitude de movimentos de pronação/supinação; <i>QDC</i> - sem resposta por parte dos pais e professor;</p>	<p>quando está mais ansioso apresenta maior agitação motora; menor manifestação de movimentos irritáveis e impulsivos; evidências de agressividade verbal e física; habitualmente, fala com os colegas durante a atividade ou a explicação da mesma e parece estar ocupado, no entanto consegue estar atento; indisponibilidade para aceitar e ouvir os outros; ainda revela dificuldades ao nível do cumprimento de regras, tentando contrariar e desafiar as indicações das terapeutas; tem se apresentado menos competitivo e mais cooperante; capacidade de identificação e imitação das expressões faciais, capacidade de planeamento, capacidade de mentalização, boa capacidade de resolução de problemas.</p>
<p><b>MN (9 anos)</b> Referenciado por comportamentos de oposição; agressividade verbal e física para com os colegas e os adultos; intolerância à frustração; onnipotência; dificuldade em regular emoções; e agitação psicomotora;</p>	<p>Louvain - apresenta movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, chama a atenção dos outros por pequenos erros; ordena atenção indevida sem conseguir lidar com isso, despreza as performances dos outros; distrai-se facilmente; o movimento é demasiado intenso para a situação; fala depressa e de forma excessiva, por vezes responde pelos outros; <i>DAP</i> - noção do corpo adequada, com classificação dentro da média; <i>TOL</i> – obteve 29 pontos em 36 possíveis; mostrando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; <i>BPM</i> - perfil hipotónico; apresenta capacidade de abandono; alterações na amplitude e ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias contralaterais pouco óbvias; <i>QDC</i> - resultados indicativos de problemas significativos nas escalas de problemas de comportamento e de relacionamento com os pares., que interferem no contexto familiar, escolar e social;</p>	<p>Mostra-se comunicativo, participativo e com contacto adequado com o outro; pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; ordena atenção indevida, todavia não sabe lidar com isso; despreza as performances dos outros; apresenta-se menos agitado, com um maior controlo do movimento; apresenta mais períodos de atenção, no entanto, interrompe os colegas, fala com os colegas durante a atividade ou a explicação da mesma; indisponibilidade para aceitar e ouvir as opiniões dos outros, acabando por gritar, elevar o tom de voz e ofender verbalmente; apresenta algumas atitudes onnipotentes; chama a atenção dos colegas para o cumprimento das regras de sessão, apesar das suas dificuldades em cumprir essas mesmas; despreza e desvaloriza as performances e opiniões dos outros; comportamentos de oposição e desafio; agravamento da intolerância a frustração; evidência de maior competitividade; agressividade verbal e física; revela alterações repentinas do humor; dificuldades ao nível da cooperação e interação com os colegas; dificuldades de metalização; dificuldades ao nível do reconhecimento de esquerda-direita; dificuldades de planeamento; reconhece e identifica as expressões faciais;</p>

<p><b>MS (9 anos)</b> Referenciado por dificuldades em aceitar ordens e cumprir obrigações; comportamentos agressivos na escola; agitação psicomotora; desinibição; intolerância à frustração; e verborreia.</p>	<p>Louvain - grande proximidade corporal, contacto artificial, com demasiados elogios, intrusivo, muito familiar e muito solícito; contacto corporal excessivo, dificuldades em cumprir as regras; procura muito a atenção do terapeuta; movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados; revela fala excessiva e um discurso rápido, não se consegue manter em silêncio e interrompe os outros; DAP - noção do corpo adequada com classificação dentro da média; TOL – obteve 20 pontos de 36 possíveis; ligeiras dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; algumas dificuldades ao nível da recuperação de dados relevantes; dificuldades em focalizar a atenção na tarefa e nas instruções; baixa tolerância à frustração e comportamentos de autoagressão; BPM - perfil hipotónico; capacidade de acesso à passividade; dificuldade de extensibilidade dos membros superiores; ligeiras alterações de ritmo nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias contralaterais, bucais e linguais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos nas escalas de problemas de comportamento e de relacionamento com os pares.</p>	<p>O MS ainda revela um contacto muito familiar e indiferenciado, mas menos intrusivo; procura reconhecimento e feedback positivo para os seus comportamentos; ordena atenção indevida, apesar de não saber lidar com isso; acha que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; movimentos desinibidos e precipitados; irrequieto; discurso excessivo, mas maior capacidade de se regular; ligeiras dificuldades em esperar pela sua vez; capacidade para verbalizar o que é correto, contudo consegue manter o comportamento adequado; adequada interação e colaboração com os colegas; apresenta-se mais atento, tranquilo e com disponibilidade para ouvir o outro;</p>
<p><b>PD (9 anos)</b> Referenciado por alterações do comportamento, hetero-agressividade, agitação psicomotora; irritabilidade, comportamentos de oposição/desafio; impulsividade; alterações do sono.</p>	<p>Louvain - pouca capacidade de iniciativa, por vezes com movimento hesitante; envolve-se tanto na situação, que por vezes revela tom de voz elevado para silenciar os outros; discurso um pouco confuso e desorganizado; DAP - noção do corpo muito imatura; classificação final inferior à média; TOL - obteve 30 pontos de 36 possíveis; dificuldades ao nível do controlo visuomotor e alguma impulsividade; revelou capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; BPM - perfil hipotónico; capacidade de acesso à passividade; alguma tensão e bloqueio inicial nas manipulações; sincinesias bucais; manifestações tonicoemocionais, dificuldades de coordenação e ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento, de</p>	<p>Revela-se comunicativo e participativo na seleção das atividades a realizar, colaboração na organização das atividades; adequada cooperação com os colegas; revela movimento hesitante, controlado e cauteloso, evita o confronto e não toma a iniciativa e imita os outros; apresenta maiores tempos de atenção focalizada, envolve-se tanto na situação que se esquece de tudo o resto, quer realizar a atividade de uma forma perfeita; chama a atenção dos colegas para o cumprimento das regras; dificuldades ao nível da linguagem recetiva; dificuldades ao nível do planeamento e da estruturação espacial; aparenta estar mais tranquilo e calmo, com adequado nível de interação e cooperação com os colegas;</p>

hiperatividade e de problemas de relacionamento com os colegas, que interferem no contexto familiar, escolar e social.

## Grupo 2

Grupo misto composto por seis elementos (duas raparigas e quatro rapazes), com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos.

Identificação dos Casos	Avaliação Inicial	Progressão
<b>DB (8 anos)</b> Referenciado por agitação psicomotora e instabilidade emocional em contexto escolar.	Louvain - contacto desprovido de afeto e superficial; movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos; irrequieto e agitado; DAP - baixa noção do corpo com classificação final abaixo da média; TOL – obteve 31 pontos de 36 possíveis revelando boas capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; ligeiras dificuldades ao nível do controlo visuomotor e alguma frustração ao insucesso; BPM - Perfil hipertónico, com dificuldade na muscular; QDC – sem resposta dos pais e professor.	O DB tem-se mostrado um pouco agitado nas sessões, mas mais tolerante com as atitudes dos colegas. Interage adequadamente com os colegas, em especial com o TS, criando relações e colaborando com os colegas. Quando é confrontado pelos colegas, reage com alguma agressividade, ainda se continua a evidenciar uma grande resistência à alteração ou adaptação das suas ideias (rigidez de pensamento) e aceitação das sugestões das terapeutas. É de salientar que o DB foi pouco assíduo às sessões, pelo que não obtivemos muitos dados da sua progressão.
<b>GR (7 anos)</b> Referenciado por comportamentos de oposição e onnipotência, dificuldade em cumprir regras e desafio ao adulto; dificuldade em lidar com a frustração; desregulação emocional e comportamental.	Louvain - contacto recusado e inacessível; revela movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, desafia as decisões do observador e viola as regras de boa educação; comportamento excessivamente autoconfiante e dominante; movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, movimentos instruídos realizados de forma desleixada; expressões faciais monótonas; fala excessivamente rápido e alto; DAP - noção do corpo desadequada com classificação abaixo da média; TOL - obteve 19 pontos de 36 possíveis; revelando dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; dificuldades na recuperação de dados relevantes; dificuldades em focar a atenção; impulsividade e agitação motora. BPM - perfil hipotónico; ligeiras tensões e resistências muito fracas à manipulação; dificuldades nos movimentos de pronação/supinação, com ligeira descoordenação, perda de amplitude, de ritmicidade e movimentos em espelho;	Revela contacto intrusivo e inadequado com os colegas e interfere com tudo e toda a gente; interrompe os outros e responde sempre por eles; despreza as performances dos outros; fala rápido e alto, não se consegue manter em silêncio, embora apresente uma linguagem mais adequada; revela comportamentos impulsivos e agressivos; demonstra movimentos pouco persistentes e excessivamente intensos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma violenta e esbarra com tudo e toda a gente, dificuldade em permanecer sentado durante a conversa final; agitação motora; movimento excessivamente autoconfiante e dominante, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente, ordena atenção indevida e não consegue lidar com a mesma; comportamentos onnipotentes; baixa tolerância à frustração; mostra-se muito competitivo; dificuldades em seguir as indicações da terapeuta, incumprimento das regras de sessão; algumas dificuldades ao nível da organização espacial; contudo tem demonstrado

	<p>sincinesias bucais e contralaterais pouco óbvias; dificuldades no reconhecimento direita-esquerda; fraca consciencialização e integração das partes do corpo; QDC - resultados indicativos de problemas significativos na escala de comportamento pró-social que interferem no contexto familiar;</p>	<p>maior disponibilidade para interagir, colaborar e cooperar com os colegas e terapeutas, em especial com o IA, e mostra-se alegre e motivado;</p>
<p><b>IA (7 anos)</b> Referenciado por agitação psicomotora; marcada oposição; onnipotência; intolerância à frustração; dificuldades no percurso escolar e do desenvolvimento psico-afetivo.</p>	<p>Louvain - contacto imparcial, recusado e inacessível, não reage e não mostra interesse quando os outros entram em contacto com ele, afasta-se dos outros; desafia as decisões do observador, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos; excessivamente autoconfiante e dominante; movimentos imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta; fala excessiva e discurso rápido, interrompe os outros; DAP - noção do corpo desadequada com classificação abaixo da média; TOL - obteve 12 pontos de 36 possíveis; dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; observaram-se comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição; baixa resistência à frustração; impulsividade; BPM - Perfil hipertónico, apresentando elevada tensão muscular; Grandes dificuldades em realizar os movimentos de pronação/supinação; Recusou realizar as tarefas de passividade e paratonia; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os colegas, que interferem no contexto familiar, escolar e social;</p>	<p>Revela contacto imparcial, interfere com tudo e toda a gente, geralmente não mostra interesse quando os outros entram em contacto com ele, mas tem interagido um pouco mais com o GR e com o TS; parece ter falta de empatia pelo outro; movimentos excessivamente intensos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, já está ocupado mesmo antes da situação do movimento ser explicada, tem dificuldade em permanecer sentado, agitação motora; movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, chama a atenção dos outros por pequenos erros; excessivamente autoconfiante e dominante, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente, despreza as performances dos outros; encara a atividade de forma excessivamente séria; fala excessiva e com discurso rápido, algumas dificuldades em se manter em silêncio, interrompe os outros e responde por eles; distrai-se com coisas externas à situação de movimento; comportamentos de oposição/desafio e de onnipotência; dificuldades em respeitar as indicações do terapeuta e as regras de sessão; dificuldade e resistência em terminar a sessão; agressividade dirigida aos objetos e terapeutas; verbalização frequente de emoções como raiva e medo, mente; acesso ao jogo simbólico;</p>
<p><b>MR (7 anos)</b> Referenciada por comportamentos regredidos, carência</p>	<p>Louvain - verifica-se falta de iniciativa, pede sempre permissão, evita o confronto; envolve-se tanto na situação que se esquece de tudo o resto; falta de expressividade revelada por expressões faciais monótonas; linguagem imatura; DAP -</p>	<p>A MR mostra-se mais comunicativa, mas com uma linguagem imatura; apresenta um comportamento demasiado infantil para a idade; contacto familiar e intrusivo, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta; revela falta de</p>

<p>afetiva e ansiedade na escola.</p>	<p>noção do corpo adequada com classificação final dentro da média; TOL – obteve 25 pontos de 36 possíveis; apresentando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; com alguma impulsividade e dificuldades ao nível do controlo visuomotor; BPM - perfil hipotónico, facilidade de acesso à passividade; alguma resistência à mobilização; correções no movimento e alguma ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias bucais e contralaterais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de hiperatividade que interferem no contexto familiar;</p>	<p>iniciativa ou independência, é hesitante, pede permissão e evita o confronto; necessita de encorajamento, apesar de se movimentar mais durante a situação de movimento; por vezes, observam-se movimentos precipitados e descoordenados; quer realizar a atividade de uma forma demasiadamente perfeita, envolve-se tanto na situação que se esquece de tudo o resto; expressões faciais (choro/gritos ou alegria); reconhece e expressa emoções em si e no outro; verifica se os outros cumpriram as regras; revela alguns comportamentos onnipotentes; apresenta ligeiras dificuldades na escrita, fragilidades na memória de trabalho e rigidez de pensamento; revela capacidade de categorização e de jogo simbólico e aceita os colegas nas suas brincadeiras.</p>
<p><b>TS (9 anos)</b> Referenciado por dificuldades na interação social e mutismo seletivo.</p>	<p>Louvain - revela contacto inibido, não parece fazer contacto intencional com nenhum dos colegas ou terapeuta; demonstra falta de iniciativa, nunca toma a iniciativa e imita os outros, evita o confronto; movimentos pouco dinâmicos e lentos, a participação nas atividades é esporádica, necessita de encorajamento constantemente; revela movimentos demasiados cautelosos; expressão corporal permanece quase a mesma quer falhe ou tenha sucesso, as expressões faciais variam muito pouco; revela discurso difícil ou inaudível, não se expressa verbalmente, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP - noção do corpo bastante imatura com classificação final abaixo da média; TOL - obteve 29 pontos de 36 possíveis; apresenta capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; BPM - perfil hipertónico; elevada rigidez muscular, bloqueios e resistências ao movimento; marcadas reações tonicoemocionais; sincinesias bucais e contralaterais; movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos; QDC - resultados indicativos de problemas significativos nas escalas de problemas de relacionamento com os colegas e de</p>	<p>Revela contacto inibido, apesar de já começar a iniciar interações com os colegas (em especial com o IA) e terapeutas e de realizar contacto físico com os mesmos; maior colaboração e cooperação com os colegas; maior expressão corporal e facial (alegria, divertimento e medo) e expressão das suas opiniões e desejos; revela maior comunicação verbal, com tom de voz adequado; começa a revelar alguma iniciativa, mas ainda algo hesitante e evita o confronto com os outros; movimentos mais dinâmicos, maior participação nas atividades, necessidade de algum encorajamento, realização de movimentos cautelosos e controlados; capacidade de aceder ao jogo simbólico; apresenta alguma agitação motora.</p>



<p><b>YS (9 anos)</b> Referenciada por grandes níveis de ansiedade; não respeitar ordens/regras; hetero-agressividade; comportamentos desafiantes; agitação psicomotora; grande necessidade de atenção.</p>	<p>comportamento pró-social que interferem no contexto escolar e social;</p> <p>Louvain - revela contacto inibido; verifica se os outros cumpriram as regras; demonstra falta de iniciativa, não toma a iniciativa, evita o confronto; movimentos pouco dinâmicos e lentos, a participação nas atividades é esporádica, necessita de encorajamento constantemente; as expressões faciais variam muito pouco, apresentando alguma desconfiança ou medo; revela discurso difícil ou inaudível, não se expressa verbalmente, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP - noção do corpo imatura com classificação final abaixo da média; TOL – obteve 30 pontos de 36 possíveis; capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; observaram-se comportamentos pacificadores; BPM - perfil hipertónico, com elevada tensão e bloqueios à manipulação; movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos; sincinesias contralaterais, bucais e linguais. QDC - resultados indicativos de problemas significativos nas escalas de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os colegas que interferem no contexto social e interação com os pares.</p>	<p>A YS apresenta um contacto muito inibido, movimentos cautelosos e contidos, necessita de encorajamento constante. Interage com os colegas, de modo muito contido, mostrando-se mais à vontade com a MR. Toma mais a iniciativa, pede permissão e evita o confronto. A postura e as expressões faciais variam pouco, sendo que a YS geralmente apresenta-se ansiosa e receosa. Mostra-se mais comunicativa, porém utiliza frases simples e um tom de voz muito reduzido. Revela ligeiras dificuldades de planeamento no espaço; É de salientar que a YS foi pouco assídua às sessões, pelo que não obtivemos muitos dados da sua progressão.</p>
---	---	--

### Grupo 3

Composto por sete crianças do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, contudo aqui só serão apresentadas seis crianças, uma vez que um dos meninos será apresentado como estudo de caso.

Identificação dos Casos	Avaliação Inicial	Progressão
<p><b>GP (6 anos)</b> Referenciado por dificuldades de mentalização, onipotência; e rituais obsessivos.</p>	<p>Louvain – preocupa-se com os outros, “cola-se” ao terapeuta; movimentos irritáveis e impulsivos; excessivamente dominante; é rapidamente distraído por coisas externas; oscilação entre inibição e agitação; movimentos desinibidos e precipitados; movimentos eufóricos, expressões faciais extremas: chora ou ri; DAP – noção do corpo adequada com classificação final dentro da média; TOL – obteve 12 pontos de 36 possíveis;</p>	<p>Apresenta contacto um pouco solícito, “cola-se” ao terapeuta e alguns colegas, preocupa-se com os outros; maior interação com os colegas, em especial com o GV, o JG e o LC; baixa autoconfiança; revela movimentos hesitantes e imita os outros, mas maioritariamente apresenta movimentos dominantes, desinibidos, precipitados e irritáveis; ligeiras dificuldades na destreza manual, descoordenação motora e</p>

	<p>dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; observaram-se níveis elevados de frustração, comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição; BPM – perfil hipertónico, revelando resistência aos movimentos; dificuldades de coordenação, perda de amplitude e dificuldades na ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias bucais e contralaterais; manifestações tonicoemocionais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento e de hiperatividade, que interferem no contexto familiar;</p>	<p>desequilíbrios; é rapidamente distraído por coisas externas à situação de movimento; onnipotência; comportamentos de desafio/provocação para com os colegas; movimentos eufóricos, expressões faciais extremas (chora ou ri); comportamentos imaturos; face ao insucesso tende a desistir; apresenta muitos medos e, por isso, tende a não persistir nas situações ou a experimentar.</p>
<p><b>GV (6 anos)</b> Referenciado por labilidade emocional, comportamentos de oposição e desafio; comportamentos regredidos e dificuldades na relação com os outros.</p>	<p>Louvain – por vezes “cola-se” ao terapeuta ; não respeita acordos; movimentos pouco dinâmicos; revela discurso difícil, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – noção do corpo desadequada com classificação inferior à média; TOL – obteve 10 pontos de 36 possíveis capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; capacidade de sequencialização de procedimentos; BPM – perfil hipotónico, alguma resistência e tensão à mobilização; sincinesias bucais e linguais; dificuldades de coordenação e de ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação; manifestações tonicoemocionais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível das nas escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento, de problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social que interferem no contexto familiar e social, interação com os pares.</p>	<p>Apresenta contacto um pouco solícito, “cola-se” ao terapeuta e alguns colegas, preocupa-se com os outros; maior interação, colaboração e cooperação com os colegas, em especial com o GP; procura do contacto física/proximidade corporal com as terapeutas, apesar de revelar maior independência e movimentos dominantes; mais comunicativo, animado e motivado; movimentos intensos, desinibidos, precipitados e impulsivos; agitação motora; facilidade no reconhecimento de emoções no outro; dificuldades em cumprir as regras de sessão e em respeitar acordos; comportamentos de oposição e de desafio; comportamentos imaturos (gritar, colocar as mãos nos ouvidos ou ameaçar/sair da sala); mantem a atenção nas atividades, não se mostra tão frustrado quando contrariado; revela dificuldades em terminar a sessão.</p>
<p><b>JG (7 anos)</b> Referenciado por agressividade, impulsividade, inquietude, grande intolerância à frustração,</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo e muito familiar, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta; movimentos irritáveis e impulsivos; movimento excessivamente autoconfiante; movimentos desconcentrados e não persistentes, é rapidamente distraído por coisas externas; movimentos excessivamente intensos, desinibidos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de</p>	<p>Revela contacto indiferenciado, intrusivo e muito familiar, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta, interfere com tudo e toda a gente; movimento autoconfiante, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; ordena atenção indevida e não sabe lidar com a mesma; movimentos intensos, desinibidos, imprudentes, precipitados, impulsivos,</p>

<p>revolta, insegurança, comportamento explosivo com os outros.</p>	<p>forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente; revela movimentos afetados e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo; fala constantemente, excessivamente alto, interrompe os outros e responde sempre por eles; DAP – noção do corpo desadequada com classificação abaixo da média; TOL – obteve 20 pontos de 36 possíveis; dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; observaram-se níveis elevados de frustração; comportamentos imaturos, e dificuldades em cumprir as regras do teste; BPM – perfil hipertónico, revelou rigidez muscular, tensão e resistência à manipulação; dificuldades de coordenação, ritmicidade e realização incompleta nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias bucais, linguais e contralaterais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de hiperatividade que interferem no contexto familiar e social, interação com os pares.</p>	<p>desconcentrados e irritáveis; movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente; agitação motora; dificuldades em focar a sua atenção; dificuldades em esperar pela sua vez; revela movimentos afetados e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo, fala constantemente, excessivamente alto, interrompe os outros e responde por eles; dificuldades em cumprir as regras de sessão, em seguir a ordem de realização das atividades; baixa tolerância à frustração; comportamentos imaturos (chorar, gritar), sexualizados e agressivos (arranhar ou apertar o pescoço dos colegas); dificuldades ao nível da regulação tónica; alguns indícios de incontinência urinária.</p>
<p><b>LF (7 anos)</b> Referenciado por dificuldades de aprendizagem, desatenção, ansiedade; baixa tolerância à frustração com dificuldades na capacidade de autorregulação; baixa autoestima com sentimento de incompetência;</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo; movimentos irritáveis e impulsivos; ordena atenção indevida, mas não consegue lidar com isso; movimentos desconcentrados e não persistentes, é rapidamente distraído por coisas externas à situação; movimentos excessivamente intensos; movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados; revela movimentos afetados e eufóricos, expressões faciais extremas: chora ou ri, usa movimentos excessivos para exprimir algo; fala excessivamente alto, não se consegue manter em silêncio, interrompe os outros e responde sempre por eles; DAP – noção do corpo adequada com classificação final dentro da média; TOL – obteve 25 pontos de 36 possíveis; capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; apresentou dificuldades ao nível dos tempos de espera e em focalizar a sua atenção na instrução; baixa tolerância à frustração; comportamentos desadequados e imaturos; BPM – perfil hipertónico; revela elevada rigidez muscular, tensões e bloqueios na mobilização; descoordenação, arritmidade e</p>	<p>Revela contacto intrusivo, interfere com tudo e toda a gente, preocupa-se demasiado com os outros pacientes; ordena atenção indevida, mas não consegue lidar com isso; pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; movimentos intensos, desinibidos, imprudentes, precipitados, impulsivos e irritáveis; movimentos desconcentrados e não persistentes; distrai-se facilmente; utiliza movimentos excessivos para exprimir algo; fala excessivamente alto, não se consegue manter em silêncio, interrompe os outros e responde sempre por eles; elevados níveis de frustração; apesar de revelar movimentos afetados e eufóricos, com expressões faciais extremas (chora ou ri), mostra tentativas de se autorregular; dificuldades em aceitar as opiniões dos outros, alguns comportamentos agressivos para com os colegas, decorrentes da sua necessidade de agradar aos outros; grandes dificuldades em aguardar a vez, porém aceita mais facilmente quando lhe é pedido para aguardar.</p>

	descoordenação nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias bucais e contralaterais; manifestações tonicoemocionais; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível da escala de hiperatividade que interferem no contexto escolar e social, interação com os pares;	
<b>TM (8 anos)</b> Referenciado por alterações do comportamento, com comportamentos agressivos verbais e de oposição; incapacidade de lidar com a frustração; dificuldade na regulação das emoções.	Louvain – falta iniciativa, evita o confronto; movimentos pouco dinâmicos; se o paciente for chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – noção do corpo muito imatura com classificação final abaixo da média; TOL – obteve 33 pontos de 36 possíveis; capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; observaram-se algumas dificuldades ao nível do controlo visuomotor; BPM – perfil hipotónico; reações tonicoemocionais frequentes; ligeiras alterações de ritmo e com correção nos movimentos de pronação/supinação; sincinesias contralaterais pouco óbvias; QDC - resultados indicativos de problemas significativos ao nível da escala de problemas de comportamento e que interferem no contexto familiar;	Apresenta contacto inibido, contudo revela maior interação com as terapeutas e alguns colegas; mostra-se mais participativo e disponível, apesar de não tomar iniciativa e necessitar de algum incentivo, todavia começa a expressar desejos e interesses; movimentos irritáveis e impulsivos, especialmente em relação ao LF; expressões faciais monótonas; discurso simples, apesar de se expressar mais verbalmente; algumas dificuldades em expressar e reconhecer emoções; recusa o toque; revela uma boa destreza e agilidade manual; revelou alguma desmotivação ao longo das sessões devido aos comportamentos imaturos do LF;
<b>TA (6 anos)</b> Referenciado por dificuldades de comportamento; intolerância à frustração; agressividade; e dificuldades de memorização.	Louvain – contacto inibido; revela movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos; falta iniciativa e imita os outros, evita o confronto; a participação nas atividades é esporádica, necessita de encorajamento constantemente; revela expressões faciais monótonas; revela discurso difícil, não se expressa verbalmente, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – noção do corpo desadequada com classificação final abaixo da média; TOL – obteve 21 pontos de 36 possíveis; dificuldades ao nível das capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; observou-se procura constante de aprovação ou indicações sobre os movimentos que realizava; BPM – perfil hipertónico; rigidez muscular e elevada tensão e bloqueio à mobilização; sincinesias bucais e linguais; alguns movimentos em espelho,	O TA abandonou o grupo em janeiro de 2020.

dificuldades de coordenação e de ritmo no movimentos de pronação/supinação; QDC - sem resposta dos pais e professor.

#### Grupo 4

Este grupo era composto por cinco elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos de idade. A AR integrou o grupo 2 semanas após o início da intervenção.

Identificação dos Casos	Avaliação Inicial	Progressão
<p><b>AR (9 anos)</b> Referenciada por alterações do comportamento e recusa alimentar.</p>	<p><i>Louvain</i> - preocupa-se demasiado com os outros, verifica meticulosamente se os outros cumpriram as regras, apresenta contacto inibido, falta de iniciativa, evita o confronto, revela movimentos cautelosos e medidos, por vezes fala de forma pouco audível; <i>DAP</i> - noção do corpo adequada, com classificação final acima da média; <i>TOL</i> – obteve 25 pontos de 36 possíveis, revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se algumas dificuldades no controlo visuomotor e alguma impulsividade; <i>BPM</i> - perfil hipotónico, revela alguma tensão e resistência às manipulações, sincinésias contralaterais pouco óbvias e discerníveis; <i>QDC</i> – Sem resposta dos pais e professor.</p>	<p>A AR revela um contacto adequado com as colegas e terapeutas; é comunicativa e interativa, fazendo sugestões e apresentando a sua opinião, apesar de evitar o confronto, e apresenta movimentos cautelosos e controlados, movimenta-se de forma muito medida, encara as atividades de forma excessivamente séria. Ligeira dificuldade em reter informações, ao nível da memória de trabalho. A AR foi pouco assídua às sessões, dificultando deste modo a observação da sua progressão.</p>
<p><b>BH (9 anos)</b> Referenciada por agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração na escola e comportamentos desadequados; dificuldade em acatar regras; dificuldades no controlo das emoções (elevação do humor); baixa tolerância à frustração.</p>	<p><i>Louvain</i> – apresenta contacto artificial, movimento independente e dominante, distrai-se com coisas externas à situação, por vezes parece estar presa a pensamentos, revela movimentos artificiais e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo e exagera na expressão corporal; <i>DAP</i> - noção do corpo desadequada, com classificação final abaixo da média; <i>TOL</i> - obteve 26 pontos de 36 possíveis, mostrando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se algumas dificuldades na focalização da atenção e impulsividade; <i>BPM</i> - perfil hipertónico, revela resistência e tensão à manipulação, sincinésias bucais e contralaterais, descoordenação e arritmicidade nos movimentos de pronação/supinação; <i>QDC</i> – sem resposta dos pais e professor.</p>	<p>Apresenta contacto artificial; movimento independente e dominante, despreza as performances dos outros, pensa que consegue lidar com tudo, ordena atenção indevida; movimentos mais intensos, desinibidos e precipitados; agitação motora; distrai-se com coisas externas à situação; movimentos artificiais e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo e exagera na expressão corporal; discurso um pouco confuso e desorganizado; dificuldades em aceitar as sugestões das colegas ou das terapeutas; indisponibilidade para ouvir as colegas; interação seletiva com as colegas (afastamento ou proximidade para com a YS e a MS, sendo que se afasta delas crítica e desvaloriza as suas ações); provoca as colegas, magoando-as; dificuldade em reter informações.</p>

<p><b>HG (9 anos)</b> Referenciada por agitação motora, incontinência fecal em contexto de obstipação retentiva e comportamentos sexualizados.</p>	<p>Louvain - pede desculpa por ligeiros inconvenientes, mesmo quando não é necessário que o faça; raramente toma a iniciativa e imita os outros; parece estar presa a pensamentos, revela movimentos pouco dinâmicos, a sua participação nas atividades é esporádica; por vezes expressa-se de forma excessiva; revela discurso difícil e responde de forma simples; DAP - noção do corpo adequada com classificação final superior à média; TOL - obteve 24 pontos de 36 possíveis, revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, observando-se algumas dificuldades de focalização da atenção e hesitação na execução dos movimentos a realizar; BPM - perfil hipertónico, revelando elevada rigidez muscular, resistência à manipulação, manifestações tonicoemocionais, sincinesias bucais e contralaterais, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arritmicos; QDC – Sem resposta dos pais e professor.</p>	<p>A menina sofreu um acidente por atropelamento, tendo deixado de comparecer em janeiro de 2020.</p>
<p><b>MS (8 anos)</b> Referenciada por baixa tolerância à frustração; irrequietude; alterações graves do comportamento na sala de aula.</p>	<p>Louvain - contacto intrusivo, muito familiar e artificial, “cola-se” aos outros; apresenta movimentos irritáveis e impulsivos, falta de independência, imita os outros, evita o confronto; revela movimentos desconcentrados e não persistentes, desinibidos e precipitados, artificiais e eufóricos, revela expressões faciais extremas, exagera na expressão corporal e age como o “palhaço” do grupo; DAP - noção do corpo adequada com classificação final dentro da média; TOL – obteve 23 pontos de 36 possíveis revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se reações ou expressões faciais exageradas para a situação, alguma agitação, dificuldades em focar a atenção e hesitação nos movimentos a executar; BPM - perfil hipertónico; reação desadequada ao toque e à mobilização, dificuldades de coordenação, ritmicidade e amplitude nos movimentos de pronação/supinação, reações tonicoemocionais frequentes; QDC – Sem resposta dos pais e professor.</p>	<p>Apresenta contacto indiferenciado, familiar e artificial, “cola-se” aos outros, interfere com tudo e toda a gente; dificuldade em respeitar o espaço pessoal do outro; falta de independência, imita os outros, evita o confronto; desvalorização das suas próprias realizações; movimentos desinibidos, precipitados, impulsivos, desconcentrados e não persistentes; agitação motora; movimentos artificiais e eufóricos, revela expressões faciais extremas (chorar e rir), exagera na expressão corporal; dificuldade em focar a atenção; distrai-se com facilidade, parece perder-se nos seus pensamentos; dificuldades ao nível da identificação de expressões faciais; reduzida capacidade de exploração do material; baixa tolerância à frustração; dificuldades em cumprir as indicações das terapeutas; dificuldade em reter informações, discurso um pouco confuso e desorganizado, dificuldade em descrever estímulos sensoriais; apresenta uma relação de dependência com a YG.</p>

**YG (9 anos)**

Referenciada por alterações do comportamento com hetero-agressividade; intolerância à frustração; irritabilidade; agitação psicomotora; comportamentos de oposição/desafio, impulsividade e dificuldades de aprendizagem.

Louvain – apresenta contacto artificial, intrusivo e muito familiar, “cola-se” aos outros, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, usa linguagem profana ou rude, não cumpre as regras, revela movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, movimentos artificiais, afetados e eufóricos, expressões faciais extremas, exagera na expressão corporal, fala excessiva e discurso rápido, interrompe os outros e responde sempre por eles; DAP - noção do corpo adequada com classificação final dentro da média; TOL - obteve 27 pontos de 36 possíveis, revela capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas com algumas dificuldade ao nível da capacidade de antecipação e de sequencialização de procedimentos; BPM - perfil hipertónico, revela bloqueios e resistências à mobilização, dificuldades de coordenação, alterações de ritmo e perda de amplitude na realização dos movimentos de pronação/supinação, sincinesias contralaterais quase impercetíveis e reações tonicoemocionais; QDC – Sem resposta dos pais e professor.

Apresenta contacto indiferenciado, artificial e familiar, “cola-se” e imita aos outros; mais comunicativa e bem-disposta; movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, usa linguagem profana ou rude; movimentos desinibidos, imprudente, impulsivos e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente; agitação motora; baixa tolerância à frustração; elevado nível de competitividade; movimentos artificiais, afetados e eufóricos, expressões faciais extremas, exagera na expressão corporal, fala excessiva e discurso rápido, interrompe os outros e responde sempre por eles; dificuldades no cumprimento de regras; onnipotência; comportamentos de oposição e desafio; dificuldades ao nível da identificação e expressão emoções; desvalorização das suas próprias realizações, procurando a aceitação do outro; comportamentos agressivos; dificuldades ao nível da regulação tónica; dificuldades de simbolização, dificuldades em planear as ações e das consequências que as mesmas podem ter no outro; dificuldades em reconhecer as emoções no outro; comportamentos onnipotentes em relação à MS, sendo que a MS quase que se torna submissa da YG.

### 3.2.2. Grupo do Hospital de Dia

O grupo do Hospital de Dia iniciou em novembro de 2019 e terminou em março de 2020, por consequência da pandemia covid-19, tendo sido realizadas um total de 16 sessões. As sessões decorreram semanalmente, tendo a duração de uma hora e quinze minutos, e foram realizadas em co-terapia.

Os objetivos terapêuticos do grupo do Hospital de Dia (ver Tabela 5) foram definidos pelas estagiárias, tendo em conta as informações obtidas através da entrevista, observação e avaliação dos casos acompanhados. Os objetivos vão ao encontro das necessidades e características de cada adolescente.

<b>Objetivos terapêuticos</b>	Adequar a tonicidade (estado tónico, relaxação muscular);
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal);
	Promover a motricidade global;
	Promover a capacidade de planeamento;
	Promover a capacidade de atenção;
	Promover consciencialização dos estados emocionais;
	Estimular a expressão de sentimentos e emoções;
	Promover a regulação emocional;
	Promover a autorregulação comportamental;
	Reforçar a autoestima (valorização pessoal);
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro);
	Estimular o cumprimento de regras

De seguida serão apresentados os casos acompanhados no grupo do Hospital de Dia, fazendo referência às problemáticas, resultados das avaliações iniciais e progressões observadas no decorrer da intervenção com os adolescentes (ver Tabela 6).



Tabela 6: Descrição dos casos acompanhados no grupo do Hospital de Dia

Identificação dos adolescentes	Avaliação inicial	Progressão
<p><b>Grupo HD</b> O grupo de adolescentes é constituído por cinco jovens (3 do sexo feminino e 2 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade.</p> <p><b>CP (17 anos)</b> Referenciada por dificuldades no percurso escolar e do desenvolvimento psico-afetivo.</p>	<p>Louvain – revela um contacto apático, distanciamento entre si e os outros e algum desinteresse na interação com os mesmos, dificuldades ao nível da expressão das suas emoções, apresentando expressões faciais monótonas, revela um discurso rápido e fala excessiva, interrompendo os colegas constantemente, e movimentos rígidos sobre as regras e procedimentos de cada tarefa; BPM - perfil hipertónico revelando resistências e bloqueios à mobilização, reações tonicoemocionais ligeiras; Desenho do corpo – noção do corpo adequada, representação mental e representação real do corpo muito semelhantes; BOT – frequentes oscilações e dificuldades em manter o controlo postural;</p>	<p>Revela um contacto mais adequado, interagindo e comunicando de forma mais adequada, interrompendo menos os colegas; maior disponibilidade para participar nas atividades, apesar de muitas vezes adotar uma postura passiva no decorrer das mesmas; movimentos um pouco mais espontâneos e fluidos; verificam-se algumas melhorias ao nível da expressão de emoções e do reconhecimento das expressões corporais; ligeiras dificuldades em manter a atenção, especialmente em situações de dupla tarefa; empenho no cumprimento das regras e procedimentos de cada tarefa;</p>
<p><b>DB (13 anos)</b> Referenciado por estado de ansiedade agravado, com choro incontrolável e recusa escolar (desde 2017).</p>	<p>Louvain – apresenta um contacto inibido e hesitante, revelando dificuldades de interação com o outro, oscilação entre expressões faciais eufóricas e monótonas, e reduzida expressão corporal, revela expressão verbal adequada, apesar do discurso ser simples ou uma reprodução do discurso do outro; BPM – perfil hipertónico, com incapacidade de aceder à descontração muscular, resistência à mobilização, ligeiras reações tonicoemocionais; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação do seu corpo; BPM - perfil hipertónico, com resistência à mobilização e presença de reações tonicoemocionais; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação do seu corpo; BOT - classificação global abaixo da média, observando-se dificuldades na dissociação de movimentos, frequentes oscilações e descontrolo postural, alterações posturais e de regulação do esforço, e dificuldades na compreensão da instrução verbal;</p>	<p>Apresenta um contacto mais adequado, menos inibido, mais interativo e mais comunicativo, expressando as suas opiniões com maior frequência; maior identificação com colegas do mesmo sexo; tem mostrado expressões faciais de felicidade, sorrindo e rindo com maior frequência; movimentos pouco confiantes e hesitantes, demonstrando muitas vezes baixa confiança nas suas capacidades e necessitando de encorajamento; por vezes, movimenta-se de forma um pouco violenta e deambula pelo espaço, sem objetivo aparente; menor agitação; movimentos mais dinâmicos; alguma dificuldade em cumprir as regras de jogo; expressão verbal adequada, com discurso simples;</p>
<p><b>GS (12 anos)</b> Referenciada por comportamentos de oposição/desafio, agressividade</p>	<p>Louvain - apresenta um contacto excessivo e por vezes muito familiar, demonstrando preocupação para com os colegas, movimentos eufóricos e expressões faciais extremas, um discurso rápido e fala exagerada, interrompendo constantemente os</p>	<p>Apresenta um contacto familiar, mais adequado em termos de proximidade corporal; demonstra preocupação para com os colegas; apresenta um discurso rápido e desorganizado, embora revele</p>

<p>física e verbal e dificuldades de aprendizagem.</p>	<p>colegas, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, e comportamentos de desafio perante as regras impostas; BPM - perfil hipertónico, revelando rigidez muscular nos membros superiores, bloqueios e resistências face à manipulação; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação do seu corpo; TOL - obteve 20 pontos em 36 possíveis, revelando ligeiras dificuldades de planeamento, execução e resolução de problemas, de sequencialização de procedimentos e de recuperação de dados relevantes, revelando alguma impulsividade; BOT - classificação global muito abaixo da média, revelando grafismo muito imaturo, oscilações e desequilíbrios, descoordenação óculo-manual, alterações na postura e na regulação do esforço;</p>	<p>uma maior expressão verbal dos seus sentimentos e emoções; interrompe diversas vezes os colegas e manifesta algumas dificuldades em ouvir e aceitar a opinião dos outros; é rapidamente distraído por coisas externas à situação de movimento; movimentos intensos e, por vezes, precipitados; em alguns momentos, movimenta-se pelo espaço, sem objetivo aparente, especialmente quando parece estar mais ansioso; baixa tolerância à frustração; comportamentos reativos; desvalorização constante das suas capacidades; ordena atenção indevida, mas não sabe lidar com isso; alguns comportamentos de desafio perante as regras impostas; evidência de algumas dificuldades ao nível da linguagem recetiva; dificuldade em lidar com a espera;</p>
<p><b>MB (13 anos)</b> Referenciada por alterações do comportamento, oscilações de humor e ansiedade por causa da situação familiar.</p>	<p>Louvain - revela uma atenção reduzida, distraindo-se com facilidade, e movimentos intensos, impulsivos, imprudentes, precipitados e desleixados, durante a realização das diferentes tarefas. Verificou-se ainda que a MB apresentou uma atitude dominante, confiante e independente, e sinais de alguma tensão. BPM - perfil hipotónico, com capacidade de abandono e algumas manifestações tonicoemocionais; Desenho do corpo - apresenta uma noção do corpo razoável, apesar de se verificarem algumas alterações ao nível da representação gráfica da imagem do corpo; BOT - classificação global dentro da média esperada para a idade, apresentando ligeiras oscilações e desequilíbrios e algumas alterações na regulação do esforço; TOL - obteve 31 pontos de 36 pontos possíveis, revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, de sequencialização de procedimentos e de recuperação de dados relevantes, com evidências de alguma impulsividade; STAIC – revela sinais significativos de ansiedade.</p>	<p>Apresenta um contacto adequado, com menos evidências de agitação motora e impulsividade, revelando maior tolerância à frustração, com ausência de episódios de agressividade, e maior controlo inibitório. A jovem apresenta-se mais participativa, com maior tomada de iniciativa e maior interação com os colegas e terapeutas. Revela melhor adequação tónica, revelando poucas resistências e bloqueios face à manipulação. Verifica-se maior autorregulação comportamental, mostrando maior cumprimento das regras e consciencialização dos seus comportamentos, sendo capaz de corrigir e/ou alterar os mesmos e refletir sobre os mesmos. Verifica-se também aumento dos períodos de atenção e maior capacidade de verbalização e expressão dos seus estados emocionais.</p>
<p><b>RB (13 anos)</b> Referenciada por quadro de angústias de abandono reativas ao contexto familiar, dificuldades cognitivas com rearranjos</p>	<p>Louvain – contacto evitante, inibido e apático, afasta-se dos outros, não reage ou mostra interesse na interação com os colegas, dificuldades ao nível da expressividade, apresenta expressões faciais monótonas, expressão corporal retraída, taciturnidade, um discurso difícil, simples ou inaudível, com</p>	<p>Apresenta um contacto mais adequado, apesar de ainda ser um pouco inibido; maior interação com os colegas e terapeutas; mais participativa e comunicativa; melhor expressão verbal, embora apresente discurso simples; mais sorridente e com</p>

<p>defensivos, predominantemente face à ansiedade sentida na escola e na família.</p>	<p>reduzida expressão verbal, atenção reduzida, não segue a situação de movimento até ao fim, parece perder-se nos seus pensamentos, expressão motora lentificada, movimentos hesitantes e desajeitados, com pouca amplitude e com sinais de tensão, falta de iniciativa, e evita o confronto com os outros; BPM – perfil hipertónico, revelando tensão muscular, resistência e bloqueios à manipulação e reações tonicoemocionais; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação à escala real do seu corpo (alterações na ligação dos membros ao tronco, ausência de pormenores anatómicos, desproporcionalidade entre as partes do corpo, dimensão real do corpo muito pequena); PHSCS – revelou elevada ansiedade, baixa autoestima, baixo sentimento de pertença, distanciamento entre si e os outros, e dificuldades em fazer amizades.</p>	<p>melhor aceitação do contacto ocular; movimentos menos rígidos, mas pouco espontâneos; alguma passividade; evita o confronto com os outros; maiores períodos de atenção; por vezes, ainda parece perder-se nos seus pensamentos.</p>
---	---	--

## IV. Estudos de caso

### 1. Revisão teórica de suporte aos estudos de caso

#### 1.1. Funções Executivas

As funções executivas (FEs) englobam um conjunto de processos cognitivos complexos necessários para realizar tarefas novas ou difíceis direcionadas a um objetivo, estando envolvidas na regulação da atenção e do comportamento e, por isso, no autocontrole (Piek et al., 2004; Shaffer & Obradović, 2017). As FEs dependem de um circuito neural no qual o córtex pré-frontal desempenha um papel basilar, abrangendo diversos domínios metacognitivos, sendo consensual que existem três funções executivas principais: controle inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva (Diamond, 2012; Piek et al., 2004; Shaffer & Obradović, 2017), sendo estas a base de outras funções executivas como o raciocínio, resolução de problemas e planeamento (Diamond, 2012). A *memória de trabalho* mantém as informações mentais e requer ter em mente os acontecimentos anteriores e relacioná-los com os acontecimentos que se desenvolvem no momento presente, de modo a ser possível reordenar mentalmente itens e compreender relações causa-efeito (Diamond, 2012). A *flexibilidade cognitiva* refere-se à capacidade de mudar perspetivas ou o modo como se pensa sobre um problema, e ser flexível o suficiente para se ajustar aos novos desafios/prioridades (Diamond, 2012). O *controle inibitório* (ou a inibição da resposta) é essencial para o controle do comportamento, da atenção e das emoções, permitindo ignorar distrações, ajustar a resposta aos contextos e agir de forma adequada às situações (Diamond, 2012). A inibição da resposta é, assim, um pré-requisito para a autorregulação, na medida em que o controle inibitório permite um atraso na formulação da resposta, de modo a haver uma avaliação ou modificação na decisão de responder, sendo este comportamento autodirigido a essência da autorregulação, ou seja, permite prever as consequências da resposta e direcionar para o comportamento desejado (Barkley, 2001)

É através destes processos que o ser humano tem a capacidade de atrasar ou inibir uma resposta específica, desenvolver um planeamento sequencial de ações, manter e manipular representações mentais (Piek et al., 2004; Shaffer & Obradović, 2017), desenvolver e aplicar estratégias, e manter um padrão comportamental (Barkley, 2001). Percebe-se assim porque é que as FEs são fundamentais para o sucesso na escola, no trabalho, nas relações interpessoais, para a saúde mental e física e para a qualidade de vida, por isso é necessário desenvolver estas funções precocemente, uma vez que os problemas ao nível das FEs na primeira infância predizem problemas agravados a este nível mais tarde (Diamond, 2012). As FEs são utilizadas no dia-a-dia para regular, monitorizar e controlar o comportamento em

direção a uma meta (Diamond, 2000), sendo essenciais para avaliar a eficiência e adequação das ações, para alterar estratégias e para resolver problemas (Sartori et al., 2020). De acordo com Livesey e colegas (2006), o desempenho motor e as FEs estão interligadas, na medida em que défices precoces nas FEs e na função motora podem ser preditivos de problemas comportamentais, uma vez que há uma estreita relação entre as vias motoras e as áreas neurais implicadas no controlo inibitório. Além disso, Koziol e Lutz (2013) verificaram no seu estudo que existe uma interdependência entre as dificuldades motoras e a memória de trabalho visuoespacial, uma vez que as áreas de preparação do movimento e de planeamento motor são ativadas durante as tarefas de memória de trabalho visuoespacial. Assim, ao intervir para melhorar as FEs, não pode haver apenas um enfoque nos aspetos cognitivos, mas também no desenvolvimento emocional, social e motor, de modo a que a intervenção seja mais bem-sucedida (Diamond, 2012).

## **1.2. Vinculação**

A vinculação é definida como o vínculo afetivo estabelecido entre o bebé e o seu cuidador -geralmente a primeira figura de vinculação é a mãe – e a qualidade deste vínculo inicial vai influenciar o modo como o indivíduo percebe o mundo social e físico, e como interage com os outros (Bowlby, 1990).

De acordo com Bowlby (1990) e Ainsworth (1989), o bebé desenvolve um sistema comportamental de modo a garantir que os cuidadores primários permaneçam próximos, forneçam apoio em momentos de angústia e funcionem como uma "base segura" para a exploração do ambiente circundante. À medida que se desenvolve, o bebé vai criando representações cognitivas dos seus relacionamentos com outras pessoas tendo por base as suas experiências de vinculação primárias (Nickerson & Nagle, 2004; Wilkinson, 2004). Os padrões de relacionamento estabelecidos na infância com os cuidadores primários vão influenciar as crenças, o comportamento e as interpretações das interações sociais do indivíduo, moldando assim suas expectativas sobre como o próprio e os outros deveriam comportar-se e reagir no mundo social (Bowlby, 1990; Ooi et al., 2006).

A teoria da vinculação permite compreender como os primeiros relacionamentos entre pais e filho podem ser promotores ou prejudiciais para o desenvolvimento de relacionamentos para além da base familiar (Booth-laforce et al., 2006). Assim, Bowlby (1990) identificou três padrões de vinculação, de acordo com as condições familiares que os promovem, em que um padrão diz respeito ao desenvolvimento saudável e dois são preditivos de desenvolvimento perturbado, sendo que o padrão de vinculação que a criança desenvolve é profundamente influenciado pelo modo como as figuras de vinculação a tratam.

O padrão de vinculação segura está relacionado com o facto da criança saber que a figura de vinculação está disponível, prestativa e responsiva caso encontre situações adversas ou assustadoras, o que lhe dá um profundo sentimento de segurança e, conseqüentemente, encoraja-a a valorizar e continuar a explorar o mundo (Bowlby, 1990). Ou seja, uma criança com vinculação segura é uma criança que será capaz de explorar outros relacionamentos, uma vez que sente que o seu cuidador é uma “base segura” e, por isso, a criança terá mais expectativas positivas relativamente aos relacionamentos e terá um comportamento socialmente competente com os pares (Booth-laforce et al., 2006). Embora o comportamento de vinculação seja mais óbvio na primeira infância, ele pode ser observado ao longo do ciclo de vida, especialmente em situações de maior angústia, em que são procurados para obter proteção, conforto e apoio (Bowlby, 1990). Os pais promovem este padrão de vinculação quando, nos primeiros anos de vida, são sensíveis aos sinais do filho, estão prontamente disponíveis e respondem de forma amorosa quando a criança procura proteção, ajuda ou conforto, sendo por isso o modelo consistente com o desenvolvimento saudável (Bowlby, 1990), pois leva a criança a sentir-se valorizada, amada e importante, pelo que a representação mental de si mesma irá refletir estas qualidades (Pinto et al., 2015). Por isso, as crianças que têm padrões de vinculação segura são mais cooperantes, empáticas, autoconfiantes e socialmente competentes em relação a crianças com padrões de vinculação insegura (Nickerson & Nagle, 2004; Ooi et al., 2006).

O padrão de vinculação ambivalente é um padrão em que o conflito é evidente, dado que a criança não consegue prever o comportamento das figuras de vinculação quando solicitadas, uma vez que o cuidador tem tendência a ser disponível e prestável numas ocasiões, mas não em outras, e por esse motivo a criança tende a apresentar ansiedade de separação e receio na exploração do mundo (Bowlby, 1990).

Por último, o padrão de vinculação evitante estabelece-se quando a criança prevê que será rejeitada pela figura de vinculação. Este padrão desenvolve-se quando a mãe rejeita constantemente a criança quando esta procura conforto ou proteção (Bowlby, 1990). Nestes casos, o indivíduo tenta ser emocionalmente autossuficiente, descurando o amor e o apoio dos outros e a ter baixa autoestima (Bowlby, 1990; Ooi et al., 2006). Quando este padrão persiste, pode levar a perturbações da personalidade, como a personalidade narcísica (Bowlby, 1990).

Assim, compreende-se como o relacionamento entre pais e filhos pode ter implicações relevantes nos relacionamentos subsequentes. Se o cuidador não consegue compreender que o filho tem os seus próprios estados emocionais, a criança também não será capaz de perceber estados emocionais subjetivos em si mesma ou nos outros, sendo menos sensível e empática na relação com os outros (Marrone & Diamond, 1998), podendo levar a contínuos relacionamentos problemáticos (Ooi et al., 2006). O estudo de Nickerson e Nagle (2004)

mostra que as relações de vinculação com os pais e/ou colegas predizem maior satisfação em todos os domínios de vida das crianças e adolescentes do estudo. Os autores identificaram que aspetos positivos das relações, como a confiança e a comunicação, estão altamente relacionados com a satisfação de vida. Enquanto a alienação dos pais e colegas e a delinquência dos pares estava negativamente correlacionada com a satisfação com a vida. O estudo de Booth-laforce e colegas (2006) mostra que uma vinculação segura está diretamente relacionada com as competências sociais, na medida em que a criança ao experimentar cuidados apropriados, desenvolve um modelo interno amável e digno, o que leva a uma maior perceção de valor próprio e, conseqüentemente, essas auto-perceções são extrapoladas para o relacionamento com os pares, afetando a qualidade e o desenvolvimento das interações. Além disso, crianças com uma vinculação segura são mais propensas a aceitar regras e têm menor probabilidade de desenvolver comportamentos agressivos ou antissociais (Ooi et al., 2006).

Em suma, o comportamento de vinculação estrutura-se na criança consoante a maneira como é tratada pelos seus cuidadores, podendo ser mais ou menos favorável ao seu desenvolvimento. As crianças cujos pais são sensíveis e responsivos tenderão a desenvolver-se de modo saudável e com uma sensação de segurança. Por outro lado, crianças cujos pais são indiferentes, negligentes ou rejeitantes, tendem a ser mais vulneráveis, podendo desenvolver problemas de saúde mental (Bowlby, 1990). Contudo, há que ter em conta que o desenvolvimento não é linear e que os modelos internos desenvolvem-se e modificam-se através das experiências e de outros relacionamentos que o sujeito vai tendo ao longo da infância e idade adulta (Nickerson & Nagle, 2004; Wilkinson, 2004).

## **2. Estudo de caso I**

### **2.1. Identificação do caso**

O Alberto (nome fictício) iniciou o acompanhamento Pedopsiquiátrico, em março de 2018, devido a alterações do comportamento. A médica pedopsiquiatra encaminhou a criança para avaliação e acompanhamento em psicomotricidade em novembro de 2019, de modo a dar continuidade ao trabalho desenvolvido pela psicomotricista no ano anterior. Os motivos do encaminhamento prendem-se com dificuldades de autocontrolo, imaturidade psicomotora, dificuldades emocionais e comportamentais evidentes, dificuldades de ajustamento no contexto académico, hetero-agressividade quando é contrariado, dificuldades em acatar regras e em aceitar o não, dificuldade em lidar com a frustração, reação negativa face à contrariedade, comportamento de oposição e desafio e recusa face às solicitações.

O Alberto nasceu a 25 de agosto de 2011, tendo atualmente 8 anos de idade. A terapia psicomotora iniciou-se a 12 de fevereiro de 2020, com acompanhamento semanal às quartas-feiras das 8h30 às 9h20.

As informações que em seguida serão apresentadas foram recolhidas através da consulta do processo, da troca de informações com a médica pedopsiquiatra, da entrevista aos pais e das avaliações realizadas.

## **2.2. História pessoal e clínica**

O Alberto nasceu às 39 semanas de gestação, por cesariana. A gravidez foi planeada e desejada e decorreu sem complicações. A mãe refere que durante a gravidez se sentia bem e feliz, mas que no momento do parto estava nervosa, uma vez que tinha passado por uma experiência traumática no parto do 1º filho, em que a anestesia não fez efeito tendo resultado numa situação muito dolorosa.

O Alberto vive com os pais e a irmã mais velha, de 13 anos, havendo alguma rivalidade fraterna na relação com a irmã. Segundo a pedopsiquiatra, os pais são muito preocupados e ansiosos com o Alberto, devido aos problemas de saúde que este apresenta. O menino é acompanhado na imunologia por asma e foi seguido a partir dos 3 anos de idade, no centro de desenvolvimento do Hospital D. Estefânia, por suspeita de neurofibromatose do tipo I, os exames e os resultados não foram conclusivos pelo que mantém vigilância. Por esta altura, o Alberto começou a apresentar problemas na alimentação, recusando-se a comer diversos alimentos. Atualmente, o Alberto come carnes brancas, douradinhos, legumes e algumas frutas.

Aos 5 anos de idade, o Alberto começou a apresentar alterações do comportamento, depois de ter sido agredido por um adulto. Os pais relatam episódios de hetero-agressividade, grande intolerância à frustração e choro fácil, pelo que começou a ser seguido em Psicologia e houve melhorias.

Relativamente ao desenvolvimento, aos 8 meses o Alberto ainda não se sentava, revelando hipotonia ao nível do tronco, pelo que foi acompanhado em fisioterapia. O menino começou a gatinhar por volta dos 15 meses e deu os primeiros passos autonomamente por volta dos 17 meses de idade. Ao nível da linguagem proferiu as primeiras palavras antes de completar o primeiro ano de vida, porém verificou-se um ligeiro atraso no desenvolvimento da linguagem. Ao nível do desenvolvimento do sono, o Alberto teve algumas dificuldades de adaptação a dormir sozinho no quarto, principalmente quando estava mais agitado, pelo que ia muitas vezes durante a noite para a cama dos pais. Deixou de usar chucha aos 6 anos. Atualmente, dorme sozinho e passa a noite toda na própria cama. O Alberto é autónomo no



vestir e calçar, no tomar banho e na alimentação, porém, maioritariamente são os pais que o vestem e calçam de manhã para não se atrasarem a sair de casa.

O Alberto apresenta alguns tiques, como lambe o lábio e pentear a franja.

Em termos de desenvolvimento social, o Alberto não tem muitos amigos, prefere brincar com o adulto e estabelece cuidado pouco diferenciado com o outro.

Relativamente ao percurso escolar, o Alberto entrou no pré-escolar com 3 anos, tendo dificuldades de adaptação e fazendo muitas birras. No início do 1º ciclo, aos 6 anos de idade, teve também dificuldades de adaptação, revelando uma grande imaturidade, períodos de atenção curtos e problemas de aprendizagem, pelo que começou a ter acompanhamento em Terapia da Fala. Além disso, houve episódios de agressão para com os colegas e a professora, sendo que a professora refere ainda mau comportamento em sala de aula, não cumprimento de regras, dificuldade em obedecer e reatividade contra a pessoa quando é contrariado. O Alberto recusa-se a fazer os trabalhos de casa e quando chega da escola costuma vir triste.

São também referidos, e por isso, motivo de preocupação, comportamentos de grande intolerância à frustração, dificuldades na contenção do comportamento com manifestações físicas e verbais por vezes desadequadas ao contexto e à idade, dificuldades em manter a atenção e em permanecer na mesma atividade durante períodos de tempo maiores, sendo que o Alberto é uma criança que não brinca muito e muda de brincadeira constantemente. Os pais referem ainda que apresenta choro fácil e birras quando os seus pedidos não são atendidos, que não consegue expressar o que sente e que não fala sobre os seus sentimentos e emoções. O Alberto é mais agressivo com o desconhecido e quando se sente ameaçado. É um menino que perante a dificuldade tende a desinvestir e que necessita de muito apoio e incentivo do adulto para permanecer nas tarefas. Para além disso, é uma criança que gosta de realizar tarefas domésticas, gosta de puzzles, construções de lego e de expressões plásticas, em especial de pintar. O Alberto pratica judo e equitação, revelando gosto nestas atividades.

A pedopsiquiatra refere ainda que os pais do Alberto oscilam entre um estilo educacional permissivo e autoritário, tendo dificuldades em estabelecer limites e regras, sendo que em certos momentos os pais alteram o seu comportamento em função do resultado não esperado por parte do Alberto (passando do permissivo para o autoritário). Estas alterações têm consequências não só no comportamento do Alberto, com maior evidência de frustração, como também comportamentos desadequados, espelhando o comportamento dos pais.

### **2.3. Avaliação inicial**

A avaliação inicial consistiu na entrevista aos pais, na observação psicomotora (adaptação da grelha de observação de João Costa - Costa, 2008), na aplicação dos testes Torre de Londres (Anderson et al., 1996), Draw a Person (DAP; Naglieri, 1988), e do Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency - 2nd Edition (BOT-2; Bruininks & Bruininks, 2010), na avaliação dos subfatores Tonicidade e Estruturação Espaço-temporal da Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), na Avaliação da Motricidade Gnosoprática Distal (Vaivre-Douret, 1997) e no preenchimento do Questionário de Capacidades e Dificuldades (QCD; Goodman, 1997).

Da observação realizada, verificou-se que o Alberto tem uma aparência cuidada e investida, apresentando um contacto muito inibido, uma postura hipertónica e algum evitamento no contacto. Ao nível da comunicação não-verbal, o Alberto apresenta uma gesticulação retraída, um olhar aceitante e direto, um tom de voz calmo e baixo.

O Alberto mostra interesse pelos materiais, explorando os mesmos com intenção. Não revelou grandes interesses ou preferências, no entanto deu sugestões e mostrou iniciativa em algumas atividades, bem como capacidade de aceder ao jogo simbólico. O Alberto adere voluntariamente às tarefas, porém precisa de incentivo e reforço da terapeuta para permanecer na mesma. Perante tarefas que lhe parecem mais difíceis ou que exigem maior esforço, há um evitamento e/ou recusa. Tal também acontece em atividades que envolvam maior proximidade e toque da terapeuta.

Apresentou dificuldades ao nível da coordenação visuomotora, do planeamento e organização, atingindo os seus objetivos com algum esforço. A planificação das suas ações é semiestruturada, não indo até ao fim. Revelou ainda uma coordenação de movimentos bastante imatura e dificuldades ao nível do esquema e imagem corporal. Apresenta uma lateralidade definida com preferência manual e podal dextra.

Relativamente aos testes aplicados, a aplicação do teste **DAP** (Naglieri, 1988) teve como objetivo a recolha de informações sobre a integração do esquema corporal da própria criança. Quanto aos resultados, o Alberto obteve uma classificação final muito abaixo do esperado para a sua idade. Os desenhos apresentam detalhes faciais (olhos, pestanas, sobrancelhas, nariz e boca), o tronco é arredondado e está presente o umbigo, os braços estão ligados ao pescoço e as pernas são muito alongadas relativamente ao resto do corpo. O Alberto desenhou 10 dedos em cada braço. No desenho do próprio verifica-se um maior investimento ao nível dos pormenores. Enquanto desenhava, o Alberto questionou a terapeuta em relação ao local onde se colocavam os braços, afirmou que não sabia desenhar camisolas e que não tinha jeito para desenhar corpos. Além disso, mediu as distâncias entre os membros, de modo a confirmar que estavam ao mesmo nível e do mesmo tamanho. Verificaram-se ainda dificuldades no grafismo e elevada pressão no lápis, pelo que quando

tentou apagar com a borracha ficou marcado na folha. Deste modo, conclui-se que Alberto apresenta um esquema corporal muito imaturo para a sua faixa etária.

Quanto à aplicação do teste **Torres de Londres** (Anderson et al., 1996) prendeu-se com a necessidade de compreender se existiam dificuldades ao nível da resolução de problemas, através da capacidade de planeamento e atenção na tarefa. No que se refere aos resultados, o Alberto obteve 22 pontos de 36 possíveis, tendo conseguido realizar todos os problemas, exceto o 2, 10 e 12. No que diz respeito à observação dos comportamentos, é importante mencionar que durante o teste o Alberto apresentou-se disponível e comunicativo, com adequada reação ao *feedback* positivo, no entanto, mostrou algumas dificuldades em manter a atenção, distraíndo-se com facilidade. Conclui-se que o Alberto apresenta dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, dificuldades na capacidade de antecipação e sequencialização de procedimentos, e dificuldades de atenção e concentração.

A aplicação do subfator **Tonicidade** da Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010) foi utilizado como forma de compreender melhor qual o estado tónico do Alberto e a forma como o mesmo poderia comprometer o seu funcionamento e desempenho perante as situações. A partir da análise de resultados, é possível afirmar que o Alberto apresenta um perfil Hipertónico, dada a incapacidade de aceder à descontração muscular voluntária, apresentando uma elevada rigidez corporal. O Alberto realizou a tarefa de extensibilidade de forma adequada e controlada, sendo esta a sua área de maior potencial. Na tarefa das diadococinésias apresentou alterações de ritmo e perda de amplitude durante a realização e movimentos em espelho da mão esquerda. Foram observadas sincinesias bucais e linguais. Verificaram-se reações tonicoemocionais, tendo o Alberto mantido o contacto ocular com a terapeuta durante a realização das tarefas e mostrando-se desconfortável perante o toque e as mobilizações da terapeuta.

A aplicação do subfator **Estruturação Espaço-temporal** da Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010) teve como objetivo perceber as dificuldades do Alberto nas dimensões espacial e temporal. O Alberto apresentou desadequada planificação e verbalização no cálculo visuoespacial, com alargamento das passadas no final do percurso, dificuldade de retenção do número de passadas e de ajustamento espacial, não tendo conseguido realizar com sucesso a tarefa. Verificaram-se ainda dificuldades ao nível da interiorização direcional e espacial, com algumas hesitações e interrupções, e marcadas dificuldades de integração auditivo-motora, revelando irregularidades, alterações de ordem e inversões, que por sua vez resultam numa integração rítmica desajustada.

A aplicação do **BOT-2** (Bruininks & Bruininks, 2010), prendeu-se com a necessidade de perceber melhor as dificuldades do Alberto ao nível da coordenação motora e da motricidade global e fina. Como resultados, o Alberto apresentou um total de 31 pontos,

situando-se no percentil 5 e, por isso, abaixo da média esperada para a idade. O Alberto evidenciou dificuldades na coordenação manual, nomeadamente na precisão e na coordenação oculo-manual, e ligeiras dificuldades no equilíbrio. Não conseguiu realizar as tarefas de coordenação bilateral e de força. Dos resultados obtidos, é possível verificar que o Alberto tem dificuldades ao nível do esquema corporal e da coordenação.

A **Avaliação da Motricidade Gnosoprática Distal** (Vaivre-Douret, 1997) foi realizada com o objetivo de compreender o grau de aquisição dos elementos do esquema corporal e das praxias do Alberto. Este teste foca a exploração do corpo e a orientação espacial do mesmo, bem como a eficiência postural e motora. O Alberto obteve um resultado bruto de 7,5 pontos situando-se muito abaixo da média do esperado para a sua idade. Os resultados obtidos são indicadores de incapacidade em realizar uma correta planificação dos esquemas motores, apresentando um nível primário de planificação (realiza os gestos com interrupções e com necessidade de uma maior lentidão do gesto), de dificuldades de destreza gestual e de perceção espacial dos segmentos corporais.

Por fim, a aplicação do **QCD** (Goodman, 1997), aplicado aos pais e à professora, surgiu da necessidade de compreender melhor os comportamentos que a criança apresenta. Após avaliar os resultados obtidos, foi possível verificar que os comportamentos mais significativos e com maior pontuação, referidos pelos pais e pela professora, se verificam nas escalas de *Problemas de Comportamento*, *Hiperatividade* e *Problemas de Relacionamento com os Colegas*, sendo que os resultados indicam que o Alberto tem dificuldade em obedecer às indicações do adulto, enerva-se com facilidade e faz muitas birras, é irrequieto, distrai-se com facilidade, não pensa nas coisas antes de as fazer e em situações novas é receoso. A professora refere ainda que o Alberto luta frequentemente com outras crianças. Na escala de *Comportamento Pró-social*, apresenta resultados entre o limite e o típico, tendo alguma dificuldade em empatizar e partilhar com os pares. Como resultado final, na Pontuação Total das Dificuldades, o Alberto apresenta um resultado atípico, demonstrando que poderá haver uma maior indicação de problemas significativos, que segundo os pais e a professora, parecem incomodar e fazer sofrer o Alberto, interferindo na aprendizagem escolar e na interação com os pares.

#### **2.4. Elementos-critério**

Os elementos-critério são as informações mais relevantes que caracterizam o indivíduo e a partir dos quais se estabelecerá o plano terapêutico mais adequado possível. Deste modo, os elementos-critério mais pertinentes são:

- dificuldades de autorregulação comportamental;
- dificuldades em expressar emoções e sentimentos;

- episódios de agressividade para com os pares;
- hipertonia;
- noção do corpo desadequada;
- dificuldades na organização espacial;
- dificuldades na coordenação motora;
- dificuldade de planeamento;
- dificuldades em manter a atenção;
- preocupação dos pais em relação à problemática;
- estilo educacional ambivalente (oscila entre o permissivo e o autoritário);
- disponibilidade e colaboração nas atividades;
- gosto pelo jogo simbólico;
- interesse pela expressão plástica.

## **2.5. Hipóteses explicativas**

Atendendo à história pessoal e clínica e aos resultados da avaliação do Alberto, é importante formular hipóteses que permitam compreender as suas características e sintomas, de modo a delinear o programa de intervenção terapêutico mais adequado. Assim sendo, foram tidos em conta os aspetos que parecem ter tido um maior impacto no seu desenvolvimento.

O facto de Alberto ter uma doença crónica – a asma, e de ter havido suspeita de neurofibromatose tipo 1 aos 3 anos de idade e esta não ter sido confirmada, pode ter levado a que os pais do Alberto ficassem muito mais preocupados e ansiosos com a sua saúde. Alguns estudos evidenciam que os pais de crianças com doenças crónicas estão mais propensos a maior stress, a problemas psicossociais, e a sofrimento emocional, que poderão afetar a sua qualidade de vida, a relação conjugal e o desempenho profissional (Martin et al., 2018). Segundo Martin e colaboradores (2018), os pais descrevem a experiência do momento do diagnóstico como frustrante e avassaladora, havendo grandes preocupações com o bem-estar cognitivo, psicossocial e emocional dos seus filhos.

Os resultados para a neurofibromatose não foram conclusivos, pelo que o Alberto continua a ser acompanhado para vigilância. Apesar de ainda não haver dados concretos sobre a manifestação fenotípica e no modo como a neurofibromatose afeta a criança, há estudos que realçam a presença de atrasos no desenvolvimento, défice de atenção e hiperatividade, alterações de comportamento, dificuldades de aprendizagem, de linguagem, na perceção visuoespacial, na motricidade fina, na planificação e na execução de tarefas, e dificuldades na relação com o outro (Martins et al., 2007). Todas estas manifestações são evidenciadas pelo Alberto, tal como se observou durante as sessões de observação e

avaliação, bem como são relatadas pelos pais. O Alberto revelou dificuldades em realizar atividades que envolvessem coordenação visuomotora, planeamento e organização, fazendo-as com algum esforço e, por vezes, desistindo de realizar a tarefa.

Seguindo a compreensão do Alberto no diagnóstico da neurofibromatose pode denotar-se alterações ao nível do funcionamento executivo. As dificuldades ao nível da atenção, planeamento, inibição e de regulação do comportamento levam-nos a assumir um défice ao nível do funcionamento executivo, uma vez que a maior parte das funções cognitivas de alto nível envolvem processos executivos como os referidos anteriormente (Franks & Diament, 2008). As funções executivas contemplam um conjunto de habilidades cognitivas que permitem o ajustamento, regulação, adaptação ou flexibilidade cognitiva e comportamental e de diversas competências intelectuais, emocionais e sociais (Dias et al., 2010). Comprometimentos nas funções executivas, podem levar a alterações cognitivo-comportamentais, como desatenção, dificuldades de organização, na antecipação das consequências do seu comportamento e no ajuste social, no planeamento e na memória (Dias et al., 2010).

As crianças com doenças crónicas são mais propensas a desenvolver dificuldades de adaptação, uma vez que faltam mais frequentemente à escola e podem ter restrições de participação em determinadas atividades (Anthony et al., 2003). Os pais de crianças com doença crónica costumam considerar os filhos mais vulneráveis e suscetíveis, levando a uma interação pais-filho desadequada, como a uma superproteção, o que poderá ter repercussões na criança, nomeadamente alterações de comportamento, sofrimento e angústia social perante novas situações sociais (Anthony et al., 2003).

Sabendo que a interação pais-filho é basilar para o desenvolvimento da criança, deve-se ter em conta que o facto de os pais do Alberto terem um estilo educacional ambivalente, oscilando entre o permissivo e o autoritário, poderá ter repercussões no seu desenvolvimento e na adequação dos seus comportamentos. Segundo Cardoso e Veríssimo (2013), pais autoritários tendem a criar crianças com baixo autoconceito, inseguras, agressivas, dependentes, com dificuldades de socialização e de regulação das emoções. Enquanto pais permissivos tendem a criar crianças imaturas, impulsivas, dependentes, com comportamentos disruptivos, dificuldades de autonomia, de regulação das emoções, de autocontrolo, e baixa autoconfiança e autoestima (Cardoso & Veríssimo, 2013). Tendo-se observado a maior parte destas características no Alberto.

Os comportamentos dos pais são influenciados pelos comportamentos dos filhos, sendo por isso a autorregulação um fator preditor de comportamento importante no contexto das interações pai-filho, na medida em que as respostas comportamentais e emocionais dos pais aos comportamentos dos filhos vão influenciar a qualidade da interação pais-filhos e a capacidade da criança em regular as emoções (Morris et al., 2017; Shaffer & Obradović,

2017). Comportamentos parentais como a superproteção, o controlo intrusivo e a disciplina inconsistente têm sido identificados como desfavoráveis para o desenvolvimento infantil, impedindo o estabelecimento de interações mais harmoniosas e cooperativas entre pais e filhos, que se poderão refletir nas dificuldades de relacionamento com os colegas e a família, no sucesso académico e de saúde mental (Cooke et al., 2018; Morris et al., 2017; Shaffer & Obradović, 2017). Isto acontece porque a família tem um grande impacto no desenvolvimento da regulação emocional da criança, tal como Morris e colaboradores (2007) expõem no modelo tripartido da influência familiar. Neste modelo, os pais exercem influência na regulação emocional através de três mecanismos: a) os filhos observam a regulação emocional dos pais, por referência social, modelação ou outro; b) pelas práticas parentais, como a reação dos pais às emoções dos filhos; e c) pelo clima emocional familiar, isto é, pelo estilo parental, a vinculação, a expressividade emocional, a relação conjugal, entre outros (Morris et al., 2007). Assim, uma educação positiva, em que os pais reconhecem as pistas emocionais dos filhos, que os ajudam a expressar as suas emoções e são responsivos, com regras e limites claros, permitem à criança saber o que esperar dos pais e aumenta a sua segurança emocional, levando ao desenvolvimento do controlo emocional e, conseqüentemente, de comportamentos socialmente aceites (por exemplo, a criança percebe que se pode sentir zangada, mas que não pode bater nos colegas; Morris et al., 2017).

Quando os pais respondem de forma inconsistente às manifestações afetivas e emocionais do filho, a criança pode exagerar e intensificar as suas expressões de afeto negativo para reduzir o risco de perder a atenção do pai, sendo por isso menos eficazes na regulação de suas emoções, uma vez que mostram respostas emocionais incoerentes ou contraditórios, refletindo a inadequação de estratégias de *coping* para a autorregulação (Cooke et al., 2018) Assim, as dificuldades sentidas pelos pais em lidar com os comportamentos do Alberto, que os levam a ter um estilo parental ambivalente, poderão ser um dos fatores que influencia a dificuldade de regulação comportamental e emocional do menino.

A nível psicomotor, verificou-se que o Alberto apresenta um perfil hipertónico, evidenciando uma grande rigidez muscular, o que se traduz em movimentos mais contidos e com menor amplitude. Para Fonseca (2010) a tonicidade é o principal centro de comando das atividades motoras, sendo fundamental para o desenvolvimento motor e psicológico, uma vez que engloba o estado de vigilância e a comunicação não-verbal, sendo, por conseguinte, uma das bases fundamentais da psicomotricidade. Assim, quando este fator psicomotor não se encontra com um desenvolvimento adequado, poderão surgir dificuldades de controlo ao nível da impulsividade, instabilidade, distratibilidade, imprecisão na aplicação da força, velocidade e controlo dos movimentos, bem como imaturidade na inibição psicomotora e na regulação tónica (Fonseca, 2010), tal como se verificou a avaliação do Alberto.

O Alberto evidenciou ainda grandes dificuldades ao nível da noção do corpo e da estruturação espaço-temporal. Segundo Fonseca (2010), a noção do corpo elabora-se e armazena-se como uma construção somatognósica, resultando da convergência da tonicidade, equilíbrio e lateralização. A noção corporal pode ser definida como uma representação mais ou menos consciente, ativa e dinâmica do corpo no espaço e no tempo, que se estrutura a partir dos estímulos periféricos, das referências do movimento corporal e das experiências emocionais, e que engloba a postura e os segmentos corporais, bem como o seu revestimento cutâneo com o qual se contacta com o mundo exterior (Fonseca, 2001, 2008, 2010). Através de processos de integração e regulação, a imagem corporal coordena a relação entre a componente perceptiva e motora, porém quando esta sofre alterações no âmbito da sensibilidade (input) existe uma propensão a que a motricidade (output) seja também afetada (Fonseca, 2008). Deste modo, perturbações ao nível da noção do corpo poderão pôr em causa a realização e a fluidez do movimento (Fonseca, 2010). Fonseca (2010) salienta a importância da noção do corpo, não só por ser fundamental no desenvolvimento da aprendizagem, como da personalidade do indivíduo, uma vez que envolve diversos processos sensitivos, emocionais e afetivos, experienciados pelo sujeito. Ou seja, a noção corporal influenciará a forma como o sujeito se relaciona com o meio envolvente, não se restringindo apenas à componente motora, mas também abrangendo a representação psicológica e linguística, por essa razão, advém deste fator a capacidade de autocontrolo e a planificação das atividades conscientes, uma vez que toda a informação que diz respeito ao corpo do sujeito é analisada e processada através desse mesmo corpo (Fonseca, 2010).

Sabe-se que a estruturação espaço-temporal está intimamente ligada à noção do corpo e à lateralização, porém da observação realizada, o Alberto não evidenciou dificuldades ao nível da lateralização, sendo mais evidentes as dificuldades nos outros dois fatores anteriormente mencionados. Para Fonseca (2010), sem uma devida noção espacial interna do corpo não é possível projetar, corretamente, o referencial somatognósico para o exterior, o que poderá pôr em causa o processo de aprendizagem. Ou seja, a somatognosia fornece as informações necessárias para a exploração do espaço circundante e até para estabelecer contacto com os objetos, sendo também extremamente importante para este processo a motricidade, uma vez que a presença de uma estrutura espacial operacional e dinâmica permite ao sujeito localizar-se e orientar-se mentalmente, não só em relação ao espaço como em relação aos objetos (Kephart, s.d. cit in Fonseca, 2010).

A estruturação temporal, por sua vez, constitui a localização do espaço em relação ao tempo, permitindo a conservação das relações entre os acontecimentos (Fonseca, 2010). Em suma, o trabalho conjunto da estruturação temporal e da estruturação espacial constitui um pilar fundamental ao nível da aprendizagem e da cognição, providenciando as bases do



pensamento relacional, as capacidades necessárias para as funções de ordenação e de organização, assim como a capacidade de processar de forma simultânea e sequencializada as informações recebidas, o que se verificou serem dificuldade sentidas pelo Alberto.

Perante estas hipóteses, percebe-se que as dificuldades apresentadas pelo Alberto ao nível das funções executivas e dos fatores psicomotores estão relacionadas na medida em que há uma inter-relação entre o psiquismo e a motricidade, havendo por isso uma integração superior da motricidade, em que o movimento é tido como parte integrante do comportamento (Fonseca, 2010). As relações e influências existentes entre a atividade psíquica e a atividade motora podem apresentar-se como manifestações biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicossociocognitivas (Fonseca, 2010).

## 2.6. Perfil intra-individual

O Perfil Intra-individual foi realizado tendo por base toda a informação recolhida durante a entrevista e a avaliação inicial. Verifica-se que existem várias áreas onde será necessário incidir na terapia psicomotora. Deste modo, a tabela seguinte (Tabela 7) mostrará as áreas fortes, as áreas intermédias e as áreas a desenvolver.

Tabela 7: Perfil Intra-individual do Alberto

Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas a Desenvolver
Colaboração e disponibilidade	Equilíbrio	Tonicidade
Lateralidade	Estruturação temporal	Noção do corpo
Contacto visual	Praxia fina	Estruturação espacial
Capacidade de iniciativa		Coordenação motora
Jogo simbólico		Autorregulação comportamental
Criatividade		Regulação emocional
Envolvimento dos pais		Competências sociais
		Capacidade de atenção

## 2.7. Objetivos terapêuticos

Tendo em conta todos os dados obtidos relativamente ao Alberto, bem como as áreas a desenvolver, foram definidos os objetivos terapêuticos (ver Tabela 8) a desenvolver em acompanhamento individual.

Tabela 8: Objetivos terapêuticos do Alberto

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	- Adequar a regulação tónica.	- Promover o acesso à passividade. - Aumentar a consciência dos estados tonicoemocionais.
	- Melhorar a noção do corpo.	- Melhorar a consciência dos seus limites corporais. - Reproduzir posições e movimentos com o corpo. - Realizar o desenho do corpo com forma e proporção.

	- Promover a organização e orientação no espaço.	- Melhorar o conhecimento de indicações espaciais em relação a si e aos objetos. - Orientar-se no espaço utilizando um mapa.
	- Melhorar a coordenação motora.	- Coordenar o movimento dos membros superiores com os membros inferiores - Coordenar o seu movimento com objetos.
<b>Sócio-Emocional</b>	- Melhorar a regulação emocional.	- Identificar e reconhecer emoções em si e no outro. - Aumentar a expressão dos estados de humor e de emoções. - Aumentar a expressão livre/espontânea das emoções. - Adequar a expressão das emoções aos contextos. - Aumentar a tolerância à frustração. - Estimular a regulação dos comportamentos de agressividade.
	- Adequar as competências sociais.	- Reconhecer e ajustar comportamentos desadequados. - Aumentar a interação e comunicação na relação com o outro. - Reconhecer e cumprir as regras dos jogos e da sessão.
<b>Cognitivo</b>	- Aumentar o tempo de atenção.	- Manter o foco na atividade. - Aumentar a capacidade de concentração nas tarefas.
	- Desenvolver a capacidade de planejamento.	- Aumentar o planejamento das ações motoras

## **2.8. Projeto terapêutico**

Atendendo à avaliação realizada e ao perfil intra-individual do Alberto, serão nomeadas as diretrizes de intervenção e a fundamentação da mesma, com descrição e justificação da intervenção a ser realizada, bem como serão apresentadas as estratégias específicas de intervenção e serão dados alguns exemplos de atividades a realizar.

### **2.8.1. Diretrizes e fundamentação da intervenção**

O acompanhamento será realizado individualmente, apenas com a presença da psicomotricista e do Alberto. As sessões de psicomotricidade irão ter uma periodicidade semanal, à quarta-feira das 8h30 às 9h20, com duração média de 50 minutos. Ao longo das sessões serão trabalhados os objetivos terapêuticos previamente indicados, por meio de jogos lúdicos, técnicas expressivas e técnicas de relaxação.

As sessões individuais permitem ao terapeuta ter uma maior disponibilidade para com a criança, permitindo conhecer melhor o seu ritmo de aprendizagem, dar-lhe uma maior participação dentro da sessão, realizando-se assim um trabalho mais aprofundado e terapêutico (Aragón, 2012).

As sessões serão semiestruturadas, em que haverá atividades escolhidas pela terapeuta e atividades escolhidas pelo Alberto, tendo sempre dois momentos de partilha (no início e no final), uma parte fundamental (em que se realizam as atividades escolhidas) e um momento de retorno à calma (através de técnicas de relaxação). No momento inicial será organizada a sessão, escrevendo ou desenhando num quadro as atividades que irão ser

realizadas, pela ordem em que irão ser executadas. Deste modo, pretende-se incentivar e motivar a criança para a sessão, envolvendo-a no planeamento da mesma e fomentando a participação ativa da criança, tendo em conta os seus desejos, espontaneidade, iniciativa e criatividade, de modo a suscitar o seu interesse e motivações (Costa, 2008). O registo das atividades permitirá ainda que o Alberto seja capaz de prever o que vai acontecer, levando a uma maior mentalização, responsabilização e tomada de consciência das ações (Costa, 2008).

No momento final, haverá um diálogo ou será realizado um desenho que expresse o que sentiu ao longo da sessão, o que gostou mais de fazer e o que gostaria de fazer na próxima sessão. Desta forma pretende-se estimular a capacidade de expressão de sentimentos e emoções e a organização do pensamento (Maximiano, 2004), bem como aumentar a interação e comunicação na relação com o outro, sendo estes alguns aspetos a desenvolver ao longo da intervenção com o Alberto.

No momento de retorno à calma serão utilizadas técnicas de relaxação e o toque terapêutico, uma vez que estas técnicas induzem um estado de calma, permitem a diminuição do tónus muscular e contribuem para o desenvolvimento da imagem corporal (Aragón, 2012). A relaxação contribui ainda para a regulação das emoções, através da associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva (Martins, 2001). Estas técnicas irão ser baseadas no método de relaxação terapêutico para crianças de Bergés, que tem por base a nomeação das partes do corpo, a mobilização passiva e a imagem mental, levando assim à concentração mental e descontração neuromuscular, permitindo a resolução tónica, a consciencialização de cada segmento corporal, melhor autoconhecimento e regulação emocional (Bergès-Bounes et al., 2008), sendo necessário desenvolver estes aspetos com o Alberto, uma vez que o menino apresenta hipertonia, noção do corpo desadequada, dificuldades em manter o foco nas tarefas e dificuldades na regulação emocional.

Tendo em conta o exposto nas hipóteses explicativas, é essencial que o Alberto beneficie de uma abordagem mais relacional, sendo esta uma metodologia de intervenção corporal que consiste em favorecer o desenvolvimento holístico da criança, dando mais relevo aos aspetos sócio-afetivos, atuando ao nível da relação com o corpo, com o espaço, com os objetos e com os outros (Aragón, 2012; Silva & Santos, 2020). Deste modo pretende-se desenvolver aspetos relacionados com a imagem corporal, controlo postural, tónus muscular, a utilização e exploração do espaço, a exploração e manipulação dos objetos, a relação com o terapeuta (Aragón, 2012) e a intencionalidade do movimento, por forma a estimular modificações a nível emocional, social e cognitivo (Lobera & Orlandi, 2005).

No início da intervenção haverá maior investimento no estabelecimento da relação terapêutica, em que o terapeuta adota uma atitude de compreensão, aceitação e empatia (Costa, 2008), de modo a construir um vínculo de confiança que permita à criança expressar

os seus sentimentos (Silva & Santos, 2020) e que facilite a expressão das suas potencialidades, possibilitando o acordo em relação às tarefas terapêuticas em áreas de maior fragilidade da criança (Ribeiro, 2009). O estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica sólida é crucial para o sucesso da intervenção, uma vez que transmite segurança à criança e permite adotar padrões de relacionamento interpessoais adaptados (Ribeiro, 2009), sendo que na intervenção com o Alberto se pretende que este seja capaz de reconhecer e ajustar comportamentos desadequados.

Inicialmente, será importante trabalhar as emoções e o corpo para posteriormente desenvolver as capacidades cognitivas, como a atenção e o planeamento, isto porque para haver regulação do comportamento, tem de haver primeiramente uma integração dos componentes tónicos, posturais, somatognósticos, espaciais e temporais, de modo a estruturar a ação (Fonseca, 2008). Assim, a integração das aquisições motoras posturais passa por um sistema somatognóstico repleto de vivências e experiências corporais, ajustadas no espaço e no tempo, levando à elaboração e organização das respostas motoras como respostas adaptativas, modificando os processos de perceção e de cognição da conduta e a apreensão das aferências emocionais e relacionais (Fonseca, 2008). Deste modo, o terapeuta deverá criar variadas atividades que promovam o desenvolvimento integral da criança. Serão realizadas atividades de expressão plástica (fator de interesse da criança), atividades de expressão emocional e atividades gnoso-práticas tendo sempre uma componente lúdica. Para Serrabona Mas (2019) a componente lúdica é essencial para a (re)construção do indivíduo, por ser uma fonte de prazer e interesse da criança que favorece a expressão de pensamentos, emoções e experiências, pela externalização dos problemas da criança, que posteriormente permitirá o acesso à representação e interpretação dessas vivências.

Para a realização das atividades serão utilizados diversos objetos, como bastões, cones, arcos, bolas, cordas, almofadas, colchões, entre outros. Os objetos são mediadores que facilitam a comunicação gestual e tónico-emocional e ajudam na estruturação dos jogos/atividades (Silva & Santos, 2020).

Face ao exposto nas hipóteses explicativas relativamente às atitudes parentais, serão ainda realizadas reuniões com os pais de forma regular, de modo a dar estratégias para lidar com os comportamentos do Alberto, bem como serão facultadas algumas atividades que os pais poderão realizar em casa com o menino de modo a melhorar a qualidade da relação pais-filho e a potenciar as capacidades da criança.

### **2.8.2. Estratégias específicas**

Considerando as especificidades do presente caso, foram definidas as seguintes estratégias de intervenção:

- Realização de atividades que vão de encontro aos interesses e aos gostos da criança de modo a mantê-la motivada nas sessões (e.g. atividades de expressão plástica);
- Proporcionar um ambiente securizante através do estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade;
- Definir limites e regras dentro do espaço de sessão;
- Promover a criação de uma rotina, estipulando etapas da sessão e estabelecendo as atividades a realizar na sessão;
- A terapeuta deverá ser um modelo social para a criança;
- Fomentar e reforçar a persistência através da conclusão das tarefas antes de se iniciar outra;
- Instrução prévia das tarefas de forma clara e simplificada;
- Demonstração de ações e tarefas;
- Criar um progresso gradual e crescente, em termos de nível de dificuldade, progredindo das áreas fortes para as áreas a desenvolver;
- Atribuição de feedbacks, podendo ser verbais ou não-verbais, corretivos, descritivos, ou de outro tipo;
- Fomentar e incentivar a participação durante as atividades, promovendo a consciencialização das emoções vivenciadas e das próprias competências;
- Questionamento - em que o menino é questionado acerca da compreensão da instrução da tarefa antes de a realizar; ou durante a realização da atividade, em que é questionado acerca do que fez, de modo a compreender se realizou a mesma devidamente;
- Valorizar e reforçar positivamente comportamentos adequados de modo a promover o autocontrolo.

### **2.8.3. Exemplos de atividades**

De modo a alcançar os objetivos definidos previamente serão realizadas as atividades apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9: Exemplos de atividades para cada objetivo geral – Alberto

<b>Domínios</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Atividades</b>
<b>Psicomotor</b>	- Adequar a regulação tónica.	Técnicas de relaxação ou toque terapêutico, com ou sem a utilização de mediadores (e.g. massagem com bola, mobilizações passivas)
	- Melhorar a noção do corpo.	Jogos de imitação de gestos; jogos de imitação de posturas (e.g. Ponte, caranguejo); desenhar o contorno do próprio corpo;
	- Promover a organização e orientação no espaço.	Criação de um percurso no espaço com representação do mesmo no quadro; realizar um percurso gnoso-práxico seguindo as indicações da terapeuta; desenhar no quadro o trajeto realizado ao longo do percurso;
	- Melhorar a coordenação motora.	Jogos que envolvam a utilização de padrões de movimento diferentes para os membros dos lados esquerdo e direito (e.g. Pôr um pé no solo e o outro a impulsionar o corpo durante a marcha; sentar no chão e andar impulsionando o corpo com os pés;); jogos que envolvam saltos (e.g. Macaca, saltos com padrões); jogos de manipulação (e.g. com bolas); atividades de desenho/pintura com ambas as mãos em simultâneo e com olhos fechados;
<b>Sócio-Emocional</b>	- Melhorar a regulação emocional.	Jogos de identificação e associação de emoções vivenciadas às situações do quotidiano; jogos de competição; jogos de inibição e imobilidade;
	- Adequar as competências sociais.	Jogos de “faz-de-conta” com representação de situações sociais;
<b>Cognitivo</b>	- Aumentar o tempo de atenção.	Jogos de memória (e.g. espalhar objetos pela sala, pedir que memorize os objetos e depois que feche os olhos; retirar um objeto e perguntar à criança qual é o objeto em falta); recurso a atividades de expressão plástica com vista a aumentar o tempo de permanência na tarefa.
	- Desenvolver a capacidade de planeamento.	Construir uma casa (fazer lista de materiais necessários, representar no quadro a casa que quer construir, etc); jogos de resolução de problemas; jogos de sequências (e.g. reproduzir sequências motoras; ordenar sequências de cartas);

## **2.9. Progressão terapêutica**

As sessões terapêuticas de psicomotricidade com o Alberto decorreram entre 12 de fevereiro e 11 de março de 2020. Inicialmente estavam previstas 19 sessões, tendo sido apenas realizadas 4 sessões, devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19). É de salientar que no dia 26 de fevereiro não foi realizada a sessão por o Alberto estar de férias.

Ao longo da intervenção psicomotora, o Alberto mostrou disponibilidade e motivação para participar nas sessões e atividades propostas, tomando a iniciativa e sugerindo atividades. Como previsto no projeto terapêutico, as sessões apresentaram dois momentos de partilha, uma parte fundamental e um retorno à calma. Todavia, o menino não acedeu ao momento de retorno à calma conforme foi planeado, tendo sido realizado apenas uma vez o momento de relaxação através de massagem com bola.

Como proposto nas diretrizes de intervenção, as sessões foram planeadas tendo por base jogos lúdicos, técnicas expressivas e técnicas de relaxação. Contudo, nem todas as atividades foram realizadas, devido a imprevistos (o Alberto chegou atrasado algumas vezes)

e a recusa por parte do menino. Além disso, tendo-se verificado dificuldades acrescidas na realização das tarefas, foram realizadas algumas tarefas da BPM, de modo a compreender com maior clareza as dificuldades apresentadas pelo Alberto ao nível da estruturação espaço-temporal e noção corporal, uma vez que nas sessões de avaliação e observação não tinham sido verificadas tantas dificuldades a este nível e, também, porque o menino não tinha sido muito colaborante.

Nos momentos de diálogo, o Alberto apresentou-se pouco comunicativo, verbalizando pouco acerca dos acontecimentos da sua semana, contudo sugeriu sempre atividades a realizar e partilhou com a terapeuta os seus interesses e gostos. Verificaram-se algumas dificuldades em recordar as atividades realizadas nas sessões anteriores e as regras da sessão, porém quando chegava à sessão vinha sempre motivado para realizar as atividades sugeridas por ele na sessão anterior. O Alberto fez várias sugestões de adaptações/variantes às atividades propostas e mostrou-se competitivo no decorrer das atividades, mesmo que estas não envolvessem competição entre os intervenientes. Com o evoluir da relação, começou a falar mais com a terapeuta e mostrou ser um menino curioso, questionando por várias vezes a terapeuta em relação às atividades e a coisas do dia-a-dia. Além disso, inicialmente o menino mostrou-se muito inibido na relação com a terapeuta, mas com o evoluir da intervenção começou a revelar mais à vontade e, por vezes, maior agitação motora.

Nas primeiras três sessões, o Alberto mostrou alguma dificuldade de separação do pai, não querendo largar a mão ou escondendo-se atrás do pai, no entanto quando deixava o pai e ia para a sessão, mostrava-se entusiasmado por fazer as atividades.

O Alberto mostrou preferência por realizar jogos simbólicos, em que construía uma casa e desenvolvia uma história a partir daí, e em fazer percursos gnoso-práticos. Apresenta um discurso e narrativa desorganizados, revelando também dificuldades em planear as atividades e as ações. Verificou-se ainda, no decorrer da intervenção, imaturidade no grafismo e dificuldade em distinguir fonemas.

À data da suspensão das sessões, era possível verificar uma maior facilidade de separação da figura de referência, acesso ao jogo simbólico, menor agitação motora e maior relaxamento muscular.

### **2.9.1. Discussão**

A presente discussão será realizada com base na progressão terapêutica e nas observações informais realizadas ao longo da intervenção com o Alberto, uma vez que a intervenção foi interrompida devido à situação epidemiológica atual, sem possibilidade de retoma, não tendo sido possível realizar avaliações finais.

Como referido na progressão terapêutica, o Alberto apresentou dificuldades de separação do pai nas primeiras sessões, não tendo sido visível na quarta sessão, sendo um sinal positivo, uma vez que a dificuldade de separação da figura de referência revela insegurança e dificuldade de individualização e, quando a criança se torna capaz de separar da figura de referência, há um reconhecimento dos seus próprios limites, uma diferenciação do outro e do reconhecimento do outro na sua alteridade, permitindo uma maior capacidade de representação e simbolização (Calza & Contant, 2007).

No início da intervenção, privilegiou-se o estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade, de forma a proporcionar um ambiente de segurança e aceitação para a criança, fora de qualquer ameaça, julgamento, condenação ou rejeição, pretendendo-se assim gerar um clima confortável e adequado (Sassano & Bottini, 2013), que permitisse ao Alberto expressar-se e que promovesse uma ação reparadora, de desenvolvimento global, aprendizagem e equilíbrio (Costa, 2008). Deste modo, a terapeuta teve em consideração os interesses e preferências da criança, mostrando-se disponível para aceitar as suas sugestões e escutando as suas ideias.

Foram criados jogos e atividades lúdicas de modo a promover a diversificação de experiências para fortalecer competências, permitir a descoberta de novas relações com o outro e os objetos, com vista a criar uma ponte entre a imaginação e a realidade externa da criança, por forma a desenvolver mais facilmente as suas habilidades para agir e aprender, ou seja, através do corpo em movimento, construir-se um vínculo do indivíduo com o mundo, permitindo o surgimento de diversas habilidades motoras, perceptivas e cognitivas (Boscaini & Saint-Cast, 2010). Desta forma, nas sessões com o Alberto foram realizados percursos e feitas várias construções (e.g. de casa, de restaurantes), que envolvessem vários tipos de deslocamento, coordenação, orientação espacial, organização e planeamento das ações, uma vez que através do movimento há uma interação entre a motricidade e as funções psicológicas, contribuindo para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança (Cardoso & Lima, 2019). Tendo em conta que o Alberto teve apenas quatro sessões de psicomotricidade, não é possível verificar melhorias. Contudo, se tivesse tido mais tempo de intervenção, seria expectável que o Alberto desenvolvesse as suas habilidades motoras e que, por meio do movimento e da ação, houvesse uma internalização das ações, assim, através do conhecimento do seu corpo na relação com o mundo exterior, a criança poderá desenvolver as noções de espaço, relações espaciais e orientação espacial enquanto desenvolve o esquema corporal, levando a uma maturação corporal, necessária ao desenvolvimento motor, intelectual e afetivo (Benavides & Núñez, 2007).

O Alberto revelou grande preferência pelo jogo de construir a casa. Este é um jogo pré-simbólico e simbólico, que permite a expressão e elaboração da vida afetiva do sujeito, uma vez que o poder construir e brincar a partir da construção de uma casa tem um impacto



profundo na criança, permitindo-lhe autorregular a sua capacidade afetiva (Serrabona Mas, 2019). A construção da casa pressupõe a elaboração do próprio espaço pessoal e identitário, sendo por isso um jogo que permite a expressão dos conflitos internos da criança e a elaboração das suas experiências afetivas e relacionais mais profundas, auxiliando o seu desenvolvimento emocional e cognitivo (Serrabona Mas, 2019). Além disso, é um jogo que estimula o desenvolvimento das funções executivas, uma vez que envolve a tomada de decisão (que tipo de casa pretende construir), o planeamento (como vai construir a casa), velocidade de processamento, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva e a inibição (Serrabona Mas, 2019). Estudos realizados por outros autores (Diamond, 2000; Houwen et al., 2017; Koziol & Lutz, 2013) mostraram que existe uma inter-relação entre o desenvolvimento motor e cognitivo, uma vez há regiões cerebrais que são ativadas tanto para processos cognitivos como motores, verificando-se que tarefas motoras com complexidade coordenativa (e.g: destreza manual, habilidades com a bola) e cognitiva têm maior impacto na eficiência das funções executivas, levando à melhoria das habilidades motoras, redução de comportamentos hiperativos e desatentos, e maior eficiência inibitória (Pesce et al., 2016). Considerou-se, por isso, que a realização de percursos gnoso-práticos que envolvessem estes aspetos iriam beneficiar o Alberto a nível psicomotor, cognitivo e consequentemente a nível sócio-emocional.

Nos momentos de retorno à calma tentou-se realizar algumas técnicas de relaxação, de modo a proporcionar ao Alberto a diminuir a tensão muscular e a possibilitar um estado de calma, contudo o menino não acedeu à realização destas técnicas, tendo sido apenas realizada uma vez a massagem com bola. Na sessão em que foi realizada a massagem com bola, o Alberto apresentava maiores níveis de agitação motora e maior distração, tendo acedido à proposta de relaxação e, no final, mostrou-se mais calmo e relaxado. Considera-se, por isso, que a relaxação é um método fundamental para reduzir o tónus muscular, proporcionar um estado de calma e repouso, e proporcionar a integração da corporalidade (Costa, 2008), sendo uma mais-valia na intervenção com o Alberto uma vez que permitirá a consciencialização das alterações dos estados corporais provocados pelas emoções, possibilitando a modulação de respostas fisiológicas e motoras à situação evocadora da emoção (Veiga & Marmeleira, 2018) levando a reações mais ajustadas à situações do meio e da vida atual do sujeito (Costa, 2008). Assim, as técnicas de relaxação permitem desenvolver a capacidade de regulação emocional, na medida em que permite à criança perceber as alterações corporais associadas a determinada emoção, redirecionar a atenção e/ou diminuir as reações tónicas (Veiga & Marmeleira, 2018), através da vivência corporal e da atribuição de significado à vivência tónico-emocional das sensações (Maximiano, 2004). De acordo com Thomas e colaboradores (2017) a capacidade de regulação das emoções é essencial para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional, e quando o desenvolvimento

da regulação emocional não é adequado, prediz dificuldades sócio-emocionais, académicas, comportamentais e psicopatológicas. Considera-se, portanto, que a introdução das técnicas de relaxação era essencial para o sucesso da intervenção, de modo que permitisse ao Alberto aumentar a consciência dos estados tonicoemocionais, melhorar a consciência dos seus limites corporais, identificar e reconhecer emoções em si e, conseqüentemente, que possibilitasse adequar a expressão das emoções aos contextos e a capacidade de regulação dos comportamentos (diminuindo a agitação motora, a impulsividade e os comportamentos agressivos, e aumentando a tolerância à frustração).

Em suma, seria necessário mais tempo de intervenção para se poder verificar melhorias nas dificuldades apresentadas pelo Alberto. Seria também necessário fazer algumas alterações ao projeto terapêutico de modo a trabalhar com o menino as dificuldades observadas no decorrer das sessões e que, por isso, houve necessidade de avaliar nas sessões 3 e 4. Além disso, deveriam ser implementadas estratégias com vista à aceitação das técnicas de relaxação por parte do Alberto, uma vez que estas seriam essenciais para o sucesso da intervenção, face ao exposto anteriormente.

### **3. Estudo de caso II**

#### **3.1. Identificação do caso**

O Carlos (nome fictício) iniciou o acompanhamento psicológico a 14 de novembro de 2017, devido a alterações do comportamento muito significativas em contexto escolar e familiar, dificuldades em acatar a autoridade, dificuldade em lidar com a frustração e agitação psicomotora. Por motivos de agravamento do comportamento, com situações de hetero-agressividade e “insatisfação constante” (quer tudo no momento), o Carlos começou a ser acompanhado, em julho de 2019, em pedopsiquiatria, tendo sido medicado com risperidona.

A criança iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade em outubro de 2019, tendo integrado o grupo 3 da Área de Dia.

As informações que em seguida serão apresentadas foram recolhidas através da consulta do processo, da troca de informações com a médica pedopsiquiatra e a psicóloga do menino, da entrevista aos pais realizada pela equipa multidisciplinar da Área de Dia e das avaliações realizadas.

#### **3.2. História pessoal e clínica**

O Carlos nasceu a 01 de março de 2012, às 42 semanas de gestação, por cesariana. A gravidez foi planeada e decorreu sem intercorrências. Esta gravidez era muito desejada pelos pais, uma vez que antes desta a mãe tinha sofrido quatro abortos espontâneos.

Durante a gravidez a mãe sentia-se nervosa, em virtude da experiência traumática das gravidezes anteriores. No último mês de gravidez a mãe desenvolveu diabetes gestacional. Quando o Carlos era bebê, a mãe desenvolveu uma depressão grave, tendo sido diagnosticada quando o menino já tinha 5 anos, e mantendo o acompanhamento psicológico até aos dias de hoje. Atualmente a mãe encontra-se a trabalhar por teletrabalho para poder estar mais tempo em casa e por não se sentir bem no local de trabalho. O pai do Carlos é taxista.

O Carlos vive com os pais e a irmã mais velha, de 17 anos, com quem mantém boa relação a maior parte das vezes, e a avó materna, que se encontra acamada. Segundo a psicóloga do menino, os pais do Carlos têm uma relação conjugal conflituosa devido a questões financeiras. O Carlos mantém uma relação preferencial com a mãe, sendo que esta apresenta um estilo parental mais permissivo enquanto o pai tem uma postura mais autoritária, notando-se alguma dificuldade do pai em estabelecer laços com a criança, pelo que tem sido realizada terapia familiar com a pedopsiquiatra e os pais.

O Carlos começou a andar e a falar no primeiro ano de idade, adquiriu o controlo dos esfíncteres aos três anos e meio, tendo este processo sido mais demorado porque o menino tinha medo de se sentar na sanita. Atualmente, o Carlos dorme e adormece sozinho, porém em pequeno tinha dificuldades ao nível do sono, procurando a mãe para dormir com ele ou acendendo a luz do quarto por medo do escuro e dos barulhos. Em termos de desenvolvimento social, estabelece contacto pouco diferenciado com o adulto. Por volta dos dois anos e meio, começaram a surgir episódios de choro intenso, agressividade para com os pais e irmã, e comportamentos de oposição.

Relativamente ao percurso escolar, o Carlos entrou para a creche aos três anos, tendo sido uma adaptação difícil, havendo episódios de agressividade para com os colegas, birras e dificuldade em aceitar ordens. O ano em que o Carlos entrou para a creche coincidiu com a altura em que a mãe do menino começou a trabalhar por turnos, estando menos presente em casa, tendo-se verificado um agravamento do comportamento da criança.

Da história clínica do Carlos, sabe-se que é asmático e não regista períodos de internamento hospitalar. Em 2018 teve acompanhamento individual em Psicomotricidade, com melhorias significativas, pelo que foi encaminhado para a Área de Dia no ano letivo 2018/2019. Contudo, os pais desistiram da intervenção por ter havido melhorias na escola, porém após o 1º período a situação agravou-se e a intervenção voltou a fazer sentido. O Carlos pratica karaté e natação por recomendação da psicóloga.

Os pais referem ainda comportamentos de grande intolerância à frustração, agitação psicomotora, dificuldades de concentração e em esperar a vez. Além disso, o menino apresenta baixa autoestima, procurando constantemente a aprovação do outro. É um menino

afetuoso, que procura estabelecer relação com o outro e reconhece quando não age da forma mais correta.

### **3.3. Avaliação inicial**

A avaliação inicial consistiu na observação psicomotora e na aplicação dos testes DAP (Naglieri, 1988) e Torre de Londres (Anderson et al., 1996), na avaliação do subfator Tonicidade da Bateria Psicomotora (Vitor Fonseca, 2010), no subteste Estátua da Bateria de Nepsy (Kemp & Korkman, 2010) e na aplicação do QCD (Robert Goodman, 1997).

Relativamente à observação, esta decorreu na sala de psicomotricidade, durante as duas primeiras sessões com a criança, tendo sido utilizada a escala de observação Louvain (Coppennolle et al., 1989). Da observação realizada, verificou-se que o Carlos apresenta uma aparência cuidada, com desenvolvimento estato-ponderal coincidente ao seu escalão etário, apresentando um contacto adequado, mas desinibido com o adulto.

Foi possível verificar que a criança apresentou dificuldades ao nível da regulação emocional, uma vez que se afasta dos outros, isolando-se, apresentando assim relações emocionais desadequadas, reveladas por contacto inibido e recusado com os pares e um contacto desinibido com o adulto, procurando muito o toque. Durante as sessões, verificou-se que o Carlos apresenta falta de autoconfiança, demonstrando falta de iniciativa e hesitação no comportamento de movimento, bem como evita o confronto com os pares. Apresenta ainda movimentos pouco dinâmicos, com tensão muscular diminuída, e um controlo de movimentos que oscila entre a agitação e a inibição. Ao nível da atenção focalizada, o Carlos manifesta uma atenção adequada, conseguindo compreender a situação e permanecer ajustado a esta, de modo a realizá-la. Relativamente à comunicação verbal, o Carlos é uma criança que, se for chamada a falar no grupo, responde apenas de forma muito simples. No entanto, revela interesse em falar com o adulto, tendo por vezes um discurso muito rápido e alguma desorganização de ideias.

Relativamente aos testes aplicados, a aplicação do teste DAP teve como objetivo a recolha de informações sobre a integração do esquema corporal da própria criança. Quanto aos resultados, o Carlos obteve uma classificação final deficitária, correspondendo a uma idade inferior à sua. Os desenhos foram elaborados no centro da parte inferior da folha, tendo dimensões bastante reduzidas. São desenhos geometrizados, com pouca organização nas formas e proporções. O Carlos realizou cada desenho em menos de 30 segundos. Os desenhos do homem e da mulher apresentam poucos detalhes anatómicos, o tronco alongado, e os braços e mãos são representados por traços. Os desenhos do homem e da mulher distinguem-se pela representação gráfica do cabelo. O desenho do próprio é o que apresenta maior dimensão, estando presentes braços e mãos a duas dimensões, apresenta

pernas, mas não tem pés. Deste modo, conclui-se que o Carlos apresenta uma noção do corpo muito imatura para a sua faixa etária.

Quanto à aplicação do teste Torre de Londres prendeu-se com a necessidade de avaliar o planeamento motor, a atenção e a organização do pensamento da criança. No que se refere aos resultados, o Carlos obteve 28 pontos de 36 possíveis, tendo conseguido resolver todos os problemas, mas apresentando algumas dificuldades nos 7, 10 e 11. No que diz respeito à observação dos comportamentos, é importante mencionar que, durante o teste, o Carlos apresentou-se disponível, comunicativo, animado e simpático. Foi ainda observado que a criança apresentou alguma impulsividade na realização dos problemas, desvalorização do grau de dificuldade do problema, alguma agitação motora e adequada reação ao feedback positivo. Conclui-se assim, que o Carlos apresenta capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, de sequencialização de procedimentos e de recuperação de dados relevantes, com evidências de alguma agitação e impulsividade, sem observação de reações à frustração ou comportamentos agressivos.

A necessidade de aplicar o subfator Tonicidade da Bateria Psicomotora, foi utilizado como forma de compreender melhor qual o estado tónico do Carlos e a forma como o mesmo poderia comprometer o seu funcionamento e desempenho perante as situações. A partir da análise de resultados, é possível afirmar que o Carlos apresenta um perfil Hipotónico. Nas tarefas que envolvem descontração muscular voluntária, o Carlos foi capaz de aceder, apresentando algumas resistências e tensões à manipulação. Realizou a tarefa de extensibilidade de forma adequada, revelando ser pouco extensível ao nível dos membros superiores. Na tarefa das diadococinésias revelou alterações de ritmo durante a realização e perda de amplitude. Não foram observadas sincinésias, no entanto verificaram-se ligeiras contrações tónicas associadas à realização da tarefa.

Relativamente ao subtteste Estátua da Bateria de Nepsy, a sua aplicação teve como finalidade compreender o fator de inibição motora da criança uma vez que o Carlos é uma criança muito agitada. No presente teste, o Carlos revelou resultados abaixo do esperado para a sua idade, obtendo 24 pontos em 30 possíveis, sendo o equivalente à prestação de uma criança de 5 anos. Durante a realização da prova, o Carlos evidenciou dificuldade ao nível da inibição, uma vez que foram vários os movimentos corporais e instabilidades gravitacionais observadas, bem como sorrisos constantes (reações tonicoemocionais).

Por fim, a aplicação do QCD, aplicado aos pais, surgiu da necessidade de compreender melhor os comportamentos que a criança apresenta. É de salientar que o questionário foi respondido pelos dois pais em separado. Assim sendo, após avaliar os resultados obtidos, foi possível verificar que os comportamentos mais significativos e com maior pontuação, se verificam nas escalas de Problemas de Comportamento e de Hiperatividade, sendo que os pais referem que o Carlos apresenta dificuldades ao nível da

regulação do comportamento, em obedecer às indicações do adulto, alguns comportamentos desadequados, como mentir ou enganar os outros, agitação motora, impulsividade e dificuldades em focar a sua atenção por longos períodos de tempo. Nas restantes escalas, Sintomas Emocionais, Problemas de Relacionamento com os colegas e Comportamento Pró-social, o Carlos apresentou resultados dentro do esperado, sendo que algumas das respostas salientam comportamentos receosos perante novas situações, apresenta muitos medos, assustando-se com facilidade, alguma tendência para se isolar e sem aparentes dificuldades em empatizar, interagir, partilhar ou cooperar com os pares, apesar de apresentar maior facilidade em interagir com o adulto. Como resultado final, na Pontuação Total das Dificuldades, a criança apresenta um resultado marcadamente atípico, entre 14 e 17 pontos em 40 possíveis, e por isso motivo de preocupação para a intervenção. Destacam-se os problemas ao nível da hiperatividade e do comportamento, cujos resultados demonstram que poderá haver uma maior indicação de problemas significativos, que segundo os pais, parecem incomodar e de fazer sofrer muito o Carlos, interferindo no ambiente familiar, nas aprendizagens escolares e na interação com os pares. É importante salientar que os pais referem ainda que o Carlos apresenta comportamentos agressivos, tanto a nível verbal como físico, para com os adultos e com os pares, essencialmente quando é contrariado, apresentando baixa tolerância à frustração. O pai refere ainda que a criança gosta de desafios e está em permanente competição com o outro.

### **3.4. Elementos-critério**

Os elementos-critério referem-se às informações mais relevantes que caracterizam o indivíduo e a partir dos quais se estabelecerá o plano terapêutico mais adequado possível. Deste modo, os elementos-critério mais pertinentes são:

- comportamentos de oposição e desafio;
- hetero-agressividade;
- hipotonia;
- dificuldade na regulação do comportamento (impulsividade, agitação psicomotora);
- noção do corpo desadequada;
- baixa autoestima;
- dificuldade na regulação emocional (birras, baixa tolerância à frustração);
- depressão materna;
- evitamento/isolamento na relação com os pares
- capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas;
- capacidade em reconhecer quando não age adequadamente;

- disponibilidade/procura em estabelecer relação com o adulto.

### **3.5. Hipóteses explicativas**

Tendo em conta a história pessoal e clínica do Carlos e os resultados da avaliação, assim como os aspetos que parecem ter tido um maior impacto no seu desenvolvimento, foram formuladas hipóteses que ajudam a compreender as suas características e sintomas, de modo a delinear o projeto terapêutico mais adequado às suas capacidades e dificuldades.

Uma das hipóteses que podem ser ponderadas é o facto de a mãe do Carlos ter vivido a gravidez sob elevados níveis de stress e ansiedade devido à experiência traumática experienciada em gravidezes anteriores que resultaram em abortos espontâneos. Há estudos que mostram que elevados níveis de ansiedade durante a gravidez podem ter efeitos adversos na mãe e no bebé, com repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo (Music, 2017; Shahhosseini et al., 2015; Ventura et al., 2009). A ansiedade leva ao aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal do feto, que poderá ser consequência, na infância, de comportamentos sociais desajustados, problemas emocionais, dificuldades de atenção e concentração, hiperatividade, perturbações no desenvolvimento cognitivo e maior risco de desenvolver psicopatologias (Shahhosseini et al., 2015; Ventura et al., 2009). Pelo exposto anteriormente, verifica-se que há muitos aspetos que vão ao encontro das dificuldades evidenciadas pelo Carlos.

Além disso, a revisão de Brecailo e Saldan (2013) verifica que a depressão materna traz consequências para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e comportamental da criança, estando associada a problemas comportamentais, sintomas depressivos, desajuste social e dificuldades cognitivas de crianças em idade escolar, uma vez que as mães com depressão têm menor disponibilidade emocional para brincar, conversar e manter rotinas com os filhos, sendo estes aspetos importantes para o desenvolvimento harmonioso da criança (Brecailo & Saldan, 2013). Deste modo, a relação estabelecida entre mãe e filho é afetada, havendo menos contacto afetivo, menor interação e mais comportamentos negativos na relação, caracterizando-se, assim, pelo fraco envolvimento emocional, sentimentos de culpa, hostilidade e afetos negativos (Francisco et al., 2012). Por este motivo, estas crianças costumam ser mais irritáveis, insubordinadas e difíceis (Brecailo & Saldan, 2013; Goodman & Gotlib, 1999), uma vez que apresentam uma vinculação insegura, reagem negativamente ao stress, têm uma aquisição mais tardia de estratégias de autorregulação, apresentam menos competências sociais, mais dificuldades escolares, mais problemas de comportamento e baixa autoestima (Goodman & Gotlib, 1999; Ooi et al., 2006). De acordo com Goodman e colaboradores (2011), crianças com mães deprimidas são mais propensas a problemas de sono, perturbações do humor, problemas de internalização e de

externalização, e outras dificuldades no desenvolvimento social e emocional, comparativamente a crianças cujas mães não são deprimidas. Pelas informações aqui expostas, e pelas dificuldades e problemas apresentados pelo Carlos, esta poderá ser uma hipótese explicativa dos seus comportamentos, uma vez que, apesar de a mãe do Carlos apenas ter sido diagnosticada com depressão quando este tinha 5 anos, a mãe refere que foi quando começou a sentir os sintomas da depressão que a criança começou a apresentar agravamento dos comportamentos.

Por outro lado, o facto dos pais do Carlos terem uma relação conjugal conflituosa, pode influenciar a sua co-parentalidade, isto é, a forma como ambos se relacionam e cooperam entre si no processo de parentalidade e educação dos seus filhos (Szelbracikowski & Dessen, 2007). Uma co-parentalidade pobre, uma estrutura familiar pouco adaptativa, a qualidade da relação parental e a discórdia entre os pais estão fortemente associadas a crianças com problemas emocionais e de comportamento (Benetti, 2006; Szelbracikowski & Dessen, 2007). Na revisão realizada por Benetti (2006), evidencia que o conflito conjugal pode incitar mudanças no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança, uma vez que proporciona alterações nas práticas parentais e expõe a criança a episódios de discórdia e stress familiar. Dependendo da intensidade, duração e exposição ao conflito conjugal, poderá levar a uma resposta desadequada e a alterações no desenvolvimento infantil com repercussões na adolescência, como comportamentos antissociais, agressividade, delinquência e abuso de substâncias (Benetti, 2006). As dificuldades de regulação do comportamento, como uma resposta desadequada ao conflito conjugal (pela influência que tem no seu desenvolvimento), parece estar associada ao aumento de sintomatologia de externalização e internalização, revelando ser um fator stressor para a criança e aumentando o risco de desenvolver alguma psicopatologia (Warmuth et al., 2018). Bowlby (1990) considera que a característica basilar da parentalidade é fornecer uma base segura à criança a partir da qual esta possa sentir-se capaz e confiante para explorar o mundo exterior e saber que pode retornar à figura de vinculação com a certeza que será reconfortada, tranquilizada e nutrida física e emocionalmente, isto é, a criança sabe que terá os pais disponíveis e recetivos aos seus pedidos. Além disso, há evidências que expõem que a capacidade de lidar com os estados emocionais e de modular a expressão emocional se adquire no contexto das primeiras interações interpessoais, isto é, na interação pais-filho, uma vez que a família é o principal contexto de relacionamento da criança nos primeiros anos de vida (Gottman & Katz, 2002; Marrone & Diamond, 1998). Todavia, para isso é necessário que a criança tenha experiências de vinculação seguras - que desempenhem uma função de contenção - de modo a ajudar a criança a superar situações de vida negativas ou que lhe provoquem elevados níveis de stress (Marrone & Diamond, 1998). Assim, compreende-se que a capacidade de regulação interna das emoções negativas é fundamental para o funcionamento psíquico ideal,



sendo que dificuldades precoces na vinculação constituem um fator de risco para a psicopatologia na vida adulta (Marrone & Diamond, 1998). Neste sentido, percebe-se que uma cooperação adequada nas práticas parentais é fundamental para promover comportamentos sociais adequados e ao desenvolvimento da autorregulação, pelo que as diferentes estratégias de parentalidade utilizadas pelos pais do Carlos poderão levar a criança a sentir-se confusa sobre quais os comportamentos corretos a adotar, levando assim aos problemas de comportamento e ao desajuste social.

A criança expressa-se e experimenta o mundo através do corpo, sendo através deste que sente carícias, que ouve gritos, que expressa alegrias e angústias, ou seja, a vida afetiva da criança reflete-se no seu corpo como uma projeção das suas manifestações emocionais (Fonseca, 2008). As emoções e os movimentos são condutas construídas pela tonicidade, permitindo a modelação das posturas, das atitudes e dos gestos, influenciando dialeticamente o desenvolvimento da afetividade e da inteligência (Fonseca, 2008). Segundo João dos Santos, é na relação com a mãe que a criança aprende a lidar com as emoções, levando a uma resolução mental que, se não for feita adequadamente, pode levar à expressão psicomotora de sintomas reativos (Branco, 2013). Estes sintomas são a consequência de uma tentativa de resolução mental do conflito exterior e implicam a existência de um conflito interior que é posto em confronto com o conflito externo que, não sendo mentalizado, é expresso pelo comportamento como forma de descarga, ou seja, a criança vai agir sem pensar (Branco, 2013), levando a comportamentos e condutas desadequados. O tónus insere-se, assim, em todas as situações de vida do indivíduo, sendo a sua própria expressão corporal personalizada e intransmissível, pelo que uma emoção mal integrada pode desencadear reações tónicas e posturais exacerbadas (Fonseca, 2008). No caso do Carlos verifica-se uma noção do corpo imatura e um perfil hipotónico. A hipotonia caracteriza-se como um estado vulnerável ou de tensão mínima, de laxidez muscular e de hiperextensibilidade, geralmente associado a passividade e/ou hipoatividade, podendo nos casos patológicos ter repercussões na postura, na motricidade e no comportamento adaptativo (Fonseca, 2008). Quando associados a circunstâncias de aquisição desagradáveis, o gesto e o substrato tónico tornam-se inadequados devido ao significado emocional que acarreta na memória do indivíduo (Martins, 2001). Deste modo, há que ter em conta que o corpo é uma construção biopsicossocial e que a evolução da criança se efetiva pela consciencialização e conhecimento aprofundado do seu corpo, que se adquire pelo movimento corporal e pelas relações que estabelece entre si e os objetos externos, permitindo-lhe elaborar as experiências agradáveis e desagradáveis vividas e desenvolver a sua personalidade, de modo a ser capaz de agir no mundo exterior de forma coerente e adequada (Fonseca, 2008, 2010).

### 3.6. Perfil intra-individual

O Perfil Intra-individual do Carlos foi elaborado tendo por base todos os dados recolhidos. Verifica-se que existem várias áreas onde será necessário incidir na terapia psicomotora, apresentando-se na tabela seguinte (Tabela 10) as áreas fortes, intermédias e as áreas a desenvolver.

Tabela 10: Perfil Intra-Individual do Carlos

Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas a Desenvolver
Colaboração e disponibilidade	Atenção/concentração	Tonicidade
Capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas		Noção do corpo
Capacidade em reconhecer quando não age adequadamente		Autoestima
Disponibilidade na relação com o adulto		Autorregulação comportamental
Competências motoras		Regulação emocional
		Competências sociais

### 3.7. Objetivos terapêuticos

Tendo em consideração as informações obtidas relativamente ao Carlos, assim como as áreas a desenvolver, foram definidos os objetivos terapêuticos (ver Tabela 11) a desenvolver em acompanhamento grupal.

Tabela 11: Objetivos terapêuticos do Carlos

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	- Adequar a tonicidade.	- Aumentar a consciência dos estados tonicoemocionais.
	- Melhorar a noção do corpo.	- Melhorar a consciência dos seus limites corporais. - Estimular a consciencialização corporal. - Realizar o desenho do corpo com forma e proporção.
	- Promover a autorregulação comportamental.	- Estimular a capacidade de inibição do movimento. - Aumentar a tolerância à frustração. - Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora.
Sócio-Emocional	- Promover a consciencialização e regulação emocional.	- Reconhecer e identificar os seus diferentes estados emocionais. - Aumentar a expressão dos estados de humor e de emoções. - Adequar a expressão das emoções aos contextos.
	- Melhorar a autoestima e autoconfiança.	- Aumentar os sentimentos de valorização. - Estimular a consciência das suas capacidades. - Aumentar a expressão de interesses e preferências com o grupo de forma confiante. - Aumentar a tomada de iniciativa
	- Desenvolver competências sociais.	- Diminuir os comportamentos de oposição. - Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros. - Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites.

---

- Promover a capacidade de atenção.	- Aumentar o tempo de atenção/concentração nas tarefas.
- Desenvolver a capacidade de planeamento.	- Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento.

---

### **3.8. Projeto terapêutico**

O projeto terapêutico compõe-se pela descrição das diretrizes e fundamentação da intervenção a ser realizada, bem como pelas estratégias específicas de intervenção e alguns exemplos de atividades que podem ser realizadas de modo a atingir os objetivos propostos para a intervenção com o Carlos.

#### **3.8.1. Diretrizes e fundamentação da intervenção**

O Carlos beneficiará de acompanhamento em grupo, inserido no projeto da Área de Dia (grupo III), que contará com a presença de duas terapeutas e de mais seis crianças do sexo masculino, em idade de latência. As sessões de psicomotricidade terão uma periodicidade semanal, à segunda-feira das 14h às 15h, com duração média de 60 minutos. Ao longo da intervenção com o Carlos serão trabalhados os objetivos terapêuticos previamente indicados através de jogos lúdicos, técnicas de expressão corporal e técnicas de relaxação. As sessões serão semiestruturadas, compondo-se de três momentos principais: diálogo inicial, parte fundamental e retorno à calma. Na parte fundamental serão realizadas atividades propostas pelas técnicas e atividades propostas pelos elementos do grupo.

A intervenção terapêutica de grupo tem como foco estimular o desenvolvimento de relações sociais, por meio da cooperação, tendo em consideração o modo como as expectativas do grupo se relacionam com as atitudes, as respostas corporais e os gestos de cada criança, permitindo intervir diretamente no estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra e reviver as experiências traumáticas anteriores, através da promoção de um ambiente contendor que a ajude a elaborar os seus conflitos internos, de modo a atribuir-lhes uma nova significação que leve ao reforço da identidade pessoal, ao fortalecimento e integridade do Eu, e que permitam o seu desenvolvimento harmonioso (Vidigal, 2005). Deste modo, os grupos são espaços terapêuticos onde a criança tem a possibilidade de expressar-se com a ajuda dos mediadores, facilitando a comunicação, permitindo o acesso à palavra e à partilha de experiências, apoiando o processo associativo, e estimulando o pensamento e a atividade simbólica, de modo a responder às necessidades destas crianças cuja ação se sobrepõe à capacidade de mentalizar e de pensar (Esquina et al., 2014). O grupo terapêutico torna-se, assim, um espaço de partilha de sentimentos, emoções e pensamentos, permitindo à criança o seu desenvolvimento através de uma maior autonomia psíquica em relação aos

adultos e mais tarde aos seus pares (Vidigal, 2005). Permite ainda a consolidação da individualidade (Vidigal, 2005); a aprendizagem na realidade constituída por regras e limites, permitindo o confronto com a frustração (Sá, 2003); o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas através de experiências de sucesso (Probst et al., 2010); e a promoção da comunicação e da socialização (Aragón, 2012; Vidigal, 2005). Além disso, o facto de ser um grupo homogéneo, isto é, que se compõe só de meninos, possibilita o reforço identificatório (Sá, 2003).

A prática psicomotora privilegia um ambiente lúdico, em que o movimento adquire maior expressão e significado quando desenvolvido num contexto de jogo (Vidigal, 2005), uma vez que a criança joga (ou brinca) para aliviar a tensão, explorar a realidade, aprender e interagir com o outro, sendo, por isso, uma parte fundamental do desenvolvimento infantil (Vidal et al., 2013). Do ponto de vista da dinâmica de grupo, o jogo é tido como um facilitador da aceitação dos afetos e sentimentos provocados na interação grupal, constituindo-se pela possibilidade de ver e experimentar sentimentos rejeitados no brincar e na ação em si mesmo e nos outros (Vidal et al., 2013). A intervenção grupal com crianças contribui para a construção de um espaço de simbolização, em que há a transição da atividade lúdica para a atividade verbal, que corresponde a uma diminuição das resistências e das angústias, assim como a um aumento da confiança no grupo e nos terapeutas (Esquina et al., 2014).

Tendo em conta o exposto nas hipóteses explicativas relativamente aos modelos parentais, torna-se relevante que o Carlos beneficie de uma intervenção realizada em co-terapia, uma vez que a dupla de terapeutas (independentemente de serem homens ou mulheres) assume papéis e funções diferentes no grupo, simulando o ambiente familiar, o que facilita e acelera o desenvolvimento dos fenómenos contra-transferenciais, pois o grupo assume o valor simbólico da família (pais e irmãos) estimulando a criança a representar os seus conflitos e a produzir *insights* que seriam difíceis de obter se estivesse apenas um terapeuta presente (Lundin & Aronov, 1952; MacLennan, 1965; McGee & Schuman, 1970). Ao contrário do que seria esperado, os dois terapeutas não precisam ser de sexos opostos para serem vistos como o pai ou a mãe, uma vez que a criança vai associar os terapeutas às figuras materna ou paterna consoante as suas características forem mais ou menos semelhantes à imagem idealizada que tem destas figuras de referência (Lundin & Aronov, 1952). Assim, a terapia de grupo deve fornecer figuras parentais corretivas quando os elementos do grupo tiveram modelos desadequados (Lundin & Aronov, 1952), além de que fornece à criança um exemplo concreto de relações interpessoais adequadas (Solomon et al., 1953), através da relação estabelecida entre os dois terapeutas.

Na intervenção terapêutica, a psicomotricista deverá estabelecer uma aliança terapêutica com a criança e, no caso do Carlos, a terapeuta terá o papel de “terapeuta suficientemente boa” (à semelhança da mãe suficientemente boa descrita por Winnicott), de

modo a ser capaz de conter a criança e dar-lhe segurança, através de referências tónicas e corporais, que lhe permitam libertar a sua angústia expressando-se por meio dos mediadores (Rodríguez, 2014). Assim, torna possível à criança aprender a expressar a sua raiva de uma forma mais ajustada e simbólica, em vez de ser pelo agir, permitindo que a situação de conflito seja elaborada e possibilitando a construção de um contentor psíquico que dê sentido às suas sensações (Rodríguez, 2014).

Além do jogo, que foi referido anteriormente, serão ainda utilizadas técnicas de relaxação como metodologia de intervenção, uma vez que estas técnicas permitem a redução da ansiedade e oferecem ao indivíduo a possibilidade de retomar o controlo do seu corpo, permitindo uma sensação de bem-estar e de prazer corporal, através de um melhor conhecimento do corpo e do fortalecimento da sua coesão interna (Droneau & Levasseur, 2008). Considerando as dificuldades na regulação do comportamento, a noção do corpo desadequada e o perfil hipotónico do Carlos, a relaxação será bastante benéfica, pois de acordo com Fonseca (2010) as sensações necessitam de um tónus ótimo (eutónico) para serem integradas, sendo que a função tónica e a emoção são processos básicos essenciais para os progressos de atividades de nível relacional (Wallon, s.d, cit in Fonseca, 2010). Na intervenção com o Carlos, independentemente da metodologia utilizada, é importante valorizar as experiências positivas, que sejam repetidas e consciencializadas, de modo que levem ao desenvolvimento de novos circuitos neurais e novos modelos para serem utilizados como referência, relativizando, assim, as experiências negativas anteriores e permitindo a elaboração dos conflitos através da nova situação relacional (R. Martins, 2015).

### **3.8.2. Estratégias específicas**

Apesar de a intervenção ser realizada em grupo, a individualidade da criança e as suas necessidades específicas deverão ser tidas em conta quer na definição da intervenção, quer na utilização das estratégias (Vidigal, 2005). Deste modo, foram definidas as seguintes estratégias atendendo às características do Carlos:

- Proporcionar um ambiente securizante através do estabelecimento de uma relação empática e de aceitação;
- Valorizar os êxitos e conquistas da criança, privilegiando o feedback positivo, de modo que se sinta capacitado e motivado para alcançar os objetivos;
- As terapeutas deverão ser o modelo social;
- Estipular etapas da sessão, promovendo a rotina e, conseqüentemente, dando previsibilidade à criança de modo a aumentar a sensação de segurança;
- Criação de um quadro das emoções, de modo a identificar como se está a sentir no início e no fim da sessão;

- Incentivar a participação durante as atividades, através da realização de jogos que vão de encontro aos gostos/interesses da criança;
- Proporcionar um espaço de contenção, no *setting* terapêutico, para que a criança se possa retirar quando não se sentir confortável no grupo e se possa acalmar;
- Potenciar a contenção através de um espaço de “refúgio” na sala terapêutica, onde a criança pode estar quando não se sentir confortável no grupo;
- Negociar comportamentos alternativos, através da consciencialização das emoções vivenciadas e das próprias competências, de modo a promover a autorregulação comportamental;
- Incentivar a participação dos pais no grupo de famílias, de modo a potenciar as competências parentais e a promover uma melhor relação pais-filho.

### 3.8.3. Exemplos de atividades

Foram definidas algumas atividades a realizar com o grupo de modo a atingir os objetivos terapêuticos previamente definidos, como se pode ver na tabela seguinte (Tabela 12):

Tabela 12: Exemplos de atividades para cada objetivo geral – Carlos

<b>Domínios</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Atividades</b>
<b>Psicomotor</b>	- Adequar a tonicidade.	Técnicas de relaxação e/ou de toque terapêutico, com recurso a mediadores (e.g. bola, música...) se necessário; jogos de imitação de gestos e posturas (e.g. jogo do escultor).
	- Melhorar a noção do corpo.	
	- Promover a autorregulação comportamental.	Realização de jogos que promovam a inibição e que reduzam os níveis de agitação motora (e.g. macaquinho do chinês; jogo das estátuas).
<b>Sócio-Emocional</b>	- Promover a consciencialização e regulação emocional.	Jogos de mímica e de expressão corporal; jogos de identificação e associação de emoções; quadro das emoções.
	- Melhorar a autoestima e autoconfiança.	Jogos sugeridos pela criança, que correspondem aos seus gostos; jogos de liderança (e.g. formar equipas para determinado jogo e a criança deverá ser o capitão da equipa)
	- Desenvolver competências sociais.	Jogos de regras; Jogos de cooperação (e.g. “passar o arco”)
<b>Cognitivo</b>	- Promover a capacidade de atenção.	Jogos de descobrir o intruso e/ou de procurar o objeto que falta
	- Desenvolver a capacidade de planeamento.	Circuitos gnoso-práticos (em que o grupo tem de planear, montar o circuito no espaço e, no final, representá-lo graficamente).

### 3.9. Progressão terapêutica

As sessões do grupo terapêutico de psicomotricidade decorreram de 14 de outubro a 02 de março de 2020. Foram realizadas no total 18 sessões das 31 previstas inicialmente,

uma vez que devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19) as sessões de grupo foram suspensas. O Carlos foi assíduo a todas as sessões.

Ao longo da intervenção o Carlos apresentou-se disponível e comunicativo, mostrando motivação para participar nas sessões e sugerindo atividades a realizar. Nas primeiras sessões o Carlos evidenciou estar integrado no grupo, interagindo com as outras crianças e procurando estabelecer relação tanto com os pares como com as terapeutas. Geralmente o menino apresentava-se agitado, movimentando-se bastante pela sala, e com necessidade de contacto físico com as técnicas, pedindo abraços e procurando o colo.

Como previsto no projeto terapêutico, as sessões seguiram a estrutura com os três momentos principais. Nos momentos de diálogo inicial, o Carlos tinha alguma dificuldade em manter-se sentado na almofada enquanto os colegas falavam, e mostrava-se impaciente enquanto esperava pela sua vez de falar, apresentando-se entusiasmado por partilhar com o grupo os acontecimentos da sua semana. O menino apresentava-se comunicativo, apesar de por vezes ter um discurso um pouco desorganizado, e gostava de sugerir atividades para se realizar nas sessões. Nos momentos de jogo, observou-se uma grande competitividade por parte do Carlos, bem como dificuldade em cumprir as regras dos jogos, verificando-se ainda dificuldade em lidar com a frustração e comportamentos de oposição e desafio face às solicitações das terapeutas. Quando o Carlos não queria participar nos jogos, as terapeutas utilizavam como estratégia pedir ao menino que observasse se os colegas cumpriam as regras do jogo. A utilização desta estratégia pareceu eficaz, uma vez que o menino se mostrava atento ao que decorria na sessão e, por vezes, interessava-se em participar no jogo.

Na quarta sessão o Carlos começa a evidenciar uma maior procura pela aprovação e validação das terapeutas ao realizar as atividades, tendo procurado o contacto corporal com as mesmas. Nas sessões seguintes, o menino começou a procurar mais uma das terapeutas, mostrando disponibilidade para estabelecer uma relação terapêutica e procurando contenção e afeto por parte da mesma.

No decorrer do acompanhamento, foi possível verificar que o Carlos se sentia desconfortável face aos comportamentos mais imaturos de um elemento do grupo (o LF), que comprometiam o desenrolar da sessão, o que gerou algum conflito entre o Carlos e o LF nas primeiras sessões. Contudo, a partir da sexta sessão, verificou-se que o Carlos começou a isolar-se do grupo nestes momentos, ficando desmotivado para participar no resto das atividades. A partir da décima sessão observa-se uma atitude mais compassiva por parte do Carlos face aos comportamentos do LF, mostrando-se mais empático face às suas solicitações (e.g., o Carlos trocou com o LF a sua vez de jogar para o colega não chorar) e mais compreensivo, tentando explicar-lhe as regras de jogo.

A partir da oitava sessão foi introduzido o quadro das emoções, com imagens do Monstro das Cores, em que era pedido a cada criança que identificasse a emoção que sentia ao chegar à sessão e, no final da mesma, questionava-se se continuava a sentir a mesma emoção ou se tinha mudado. Verificou-se que o Carlos geralmente referia estar “alegre” no início da sessão e no final mantinha, tendo dificuldade em explicar o que o deixava alegre. Contudo, nas sessões em que houve mais interrupções devido aos comportamentos do LF, o Carlos alterou para “chateado” tendo sido capaz de explicar o porquê de se sentir assim.

Nas sessões número seis, sete, nove e dez, o Carlos esteve menos participativo e referiu ter dores de cabeça. Nestas sessões o menino procurou o toque da terapeuta e preferiu deitar-se no espaço de “refúgio”. Na oitava sessão, apesar de não se ter queixado de cefaleia, o menino isolou-se do restante grupo, ficando no refúgio nos momentos entre jogos, apenas saindo dali no momento de participar no jogo.

Na décima sexta sessão, foi visível maior agitação e irrequietude por parte do Carlos, em comparação com as sessões anteriores. Verificou-se ainda desatenção e comportamentos desadequados (e.g. imitar sons e gestos de animais enquanto era realizado o diálogo inicial; puxar os próprios cabelos e tapar os ouvidos). O menino não quis participar nas atividades, tendo procurado contenção junto da terapeuta, face à proposta da terapeuta em fazerem um desenho, o Carlos acedeu e pareceu ficar mais calmo e com maior disponibilidade para participar na atividade seguinte, tendo-se juntado ao grupo. No momento de retorno à calma, em que foi utilizado o paraquedas, pareceu ser um momento prazeroso para o menino, mostrando-se mais tranquilo e alegre.

Na sessão seguinte, o Carlos também chegou bastante agitado, contudo conseguiu manter-se atento e participou ativamente nas atividades. Nesta sessão o menino sugeriu fazer um jogo de dança livre, que foi bem aceite pelo grupo, o que o deixou bastante entusiasmado. No momento de retorno à calma, voltámos a utilizar o paraquedas e o menino pediu para se enrolar nele, mostrando alguma necessidade de contenção.

À data da suspensão das sessões, era possível observar no Carlos maior cumprimento das regras de jogo; maior empatia para com os colegas mais novos, com maior capacidade de aceitação dos seus comportamentos, apresentando ainda alguns comportamentos de colaboração e cooperação com os colegas; maior tomada de iniciativa, com sugestões de várias atividades; maior tolerância à frustração, maior capacidade em identificar e expressar as emoções.

É de salientar que não foi possível realizar a avaliação final, uma vez que o estágio foi interrompido devido à situação epidemiológica atual, pelo que os dados que constam nesta progressão terapêutica foram obtidos através das observações informais das terapeutas ao longo da intervenção.



### 3.9.1. Discussão

A presente discussão foi realizada com base na progressão terapêutica e nas observações informais realizadas no decorrer da intervenção.

Ao longo da intervenção foram visíveis uma procura e um desejo de aproximação das terapeutas, tendo sido possível o estabelecimento e consolidação de uma relação terapêutica de qualidade. O Carlos mostrou maior relação com uma das terapeutas, o que de acordo com Rodríguez (2014) costuma ser observado nas intervenções em co-terapia, em que um dos terapeutas é visto como figura paterna e outro como figura materna, e quando a criança tem necessidade de elaborar certas dificuldades relacionais, este contexto relacional que recria a estrutura familiar permite-lhe preencher as lacunas dos seus relacionamentos primários. Assim, a criança terá tendência a estabelecer relações diferenciadas com os dois terapeutas (Rodríguez, 2014), procurando um terapeuta específico para obter apoio e consolo durante a terapia (Lundin & Aronov, 1952), uma vez que a criança irá explorar os modelos internos de si mesmo e das suas figuras de vinculação, projetando-os nos terapeutas, com o objetivo de reavaliar e reestruturá-los através das experiências que adquire na relação terapêutica (Bowlby, 1990). A aliança terapêutica fornece, assim, uma base segura (Bowlby, 1990), que permite experienciar novas formas de expressão e resolução de conflitos e, conseqüentemente, melhorar a regulação emocional e comportamental, e promover a capacidade de mentalização e as funções executivas, como a atenção, a memória de trabalho, o planeamento e a inibição de impulsos (R. Martins, 2015). De facto, no decorrer da intervenção com o Carlos observou-se maior capacidade em identificar e expressar emoções, maior capacidade de planeamento das ações no decurso das atividades e menor impulsividade, e mostrava maior capacidade na manutenção da atenção ao longo da atividade, pelo que seria expectável que houvesse melhorias ao nível destas capacidades se a intervenção tivesse acontecido como previsto.

O grupo terapêutico pareceu favorecer o desenvolvimento das competências sociais do Carlos, tendo-se observado, no decorrer da intervenção, melhorias na interação com os outros, maior colaboração e cooperação com os pares, o estabelecimento de um espírito fraterno entre o Carlos e os elementos do grupo. Para tal, contribuiu a realização de jogos em grupo, uma vez que vários estudos têm confirmado a relevância do jogo no desenvolvimento social, especialmente na aquisição de habilidades de comunicação social e de interação social (Landazabal & Azumendi, 2006). Segundo o mesmo autor, a realização de atividades lúdicas em grupo estimula o desenvolvimento progressivo do "eu" social (Landazabal & Azumendi, 2006). A interação entre os elementos de um grupo, proporciona à criança muitas oportunidades de imaginar como os seus parceiros de jogo vêm, sentem e pensam sobre o mundo, ajudando ao seu desenvolvimento social, uma vez que podem fornecer experiências de espelhamento e ressonância afetiva (Maldonado-Durán, 2002). A realização de jogos de

cooperação, de regras e de luta poderão ter contribuído para o desenvolvimento das competências sociais, uma vez que proporcionam uma diversidade de experiências físicas e motoras, que implicam a interação com os outros, a alternância de papéis e autocontrole, permitindo à criança adquirir conhecimento social, melhorar o desempenho cognitivo e desenvolver-se emocionalmente (Carraro & Gobbi, 2018). De acordo com Music (2017), o jogo promove a diminuição de comportamentos hiperativos e leva a maior autorregulação, sendo facilitador de desenvolvimento integral da criança.

No projeto terapêutico estava prevista a aplicação de técnicas de relaxação, contudo não foi possível corresponder ao planeado para as sessões, uma vez que o grupo não mostrou disponibilidade para a introdução desta metodologia. Todavia foram realizadas atividades para promover o relaxamento, com a utilização do paraquedas e do toque (e.g. comboio das massagens) que aparentaram ajudar o Carlos a diminuir os níveis de agitação e a obter um estado de bem-estar. A massagem através do toque envolve todo o campo emocional da criança, na medida em que tocar o corpo é mais do que tocar a pele, é também tocar no campo psíquico da criança (as suas emoções, experiências sensoriais, pensamentos, etc), por isso, o toque terapêutico permite uma concentração internalizante e passiva, graças à redução das tensões psíquicas e corporais, dando acesso ao mundo interno da criança (Sarda, 2002). Deste modo, o toque ao induzir o relaxamento vai mobilizar a representação mental que a criança tem de seu corpo e de sua imagem subjetiva (Sarda, 2002).

Em algumas sessões verificou-se que o Carlos tinha uma maior necessidade de contenção através do toque para conseguir lidar com a frustração das situações de maior conflito que aconteciam na sessão, procurando o “refúgio” nesses momentos. Este “refúgio” foi uma estratégia que se utilizou e que parece ter sido benéfica para o Carlos, uma vez que este era um espaço contentor e securizante. Esta procura pelo toque, parece ter um efeito protetor, tanto a nível físico como psíquico, permitindo à criança obter um estado acalmia e bem-estar. Nesta atitude relacional, em que o terapeuta se mostra disponível e atua como um espelho tonicoemocional tranquilizador e não culpabilizante, a criança tem a possibilidade de integrar, perceber e representar as sensações, o que a ajuda a dar sentido ao que vivencia (Fernandes et al., 2018).

Na avaliação inicial, foi possível observar que o Carlos apresentava um perfil hipotónico pelo que, ao longo da intervenção, foram realizadas atividades em que pudesse experienciar o seu corpo em tensão e em repouso, de modo a harmonizar o seu estado tónico, isto é, a atingir um estado de eutonia. De acordo com Fonseca (2008) este é o estado ideal, uma vez que reflete um estado tónico dinâmico, flexível e adaptado. Este estado de equilíbrio permite a integração de um corpo agido, que caracteriza o comportamento adaptativo, o bem-estar, a qualidade de vida, o sentimento pleno de si e o equilíbrio emocional interno (Fonseca,

2008). Nas atividades propostas a este nível, o Carlos mostrou dificuldades em atingir um estado de harmonia tónica, apresentando comportamentos que oscilavam entre o excesso de atividade e a passividade, pelo que teria beneficiado de um maior investimento a este nível caso se tivesse retomado a intervenção.

Nas últimas três sessões observou-se maior tomada de iniciativa por parte do Carlos, ao propor atividades e ao explicar aos colegas as regras dos jogos, o que poderá sugerir melhorias na autoestima e autoconfiança, uma vez que a criança mostra mais confiança para se expressar junto dos pares, manifestando os seus gostos e interesses. O que vai ao encontro de Fernández (2019) que refere que uma autoestima e autoconceito apropriados, permitem à criança encarar desafios, dificuldades, perigos e frustrações, bem como o stress, insegurança ou medo que estes geram, sendo que a terapia psicomotora atua sobre o próprio autoconceito, possibilitando ao indivíduo expressar-se, elaborar os seus registos e padrões de ação, e favorece a consciência e autorregulação emocional. Segundo Aragón (2012), a autoestima está ligada ao autoconceito, sendo estas variáveis bastante relevantes do ponto de vista afetivo e motivacional, pelo facto de integrar e organizar a experiência do indivíduo, regular os seus estados afetivos e atuar como motivador e guia de comportamento, uma vez que as sensações e experiências vivenciadas influenciam consideravelmente o autoconceito e a autoestima. Deste modo, nas sessões de psicomotricidade foi dado espaço ao Carlos para expor as suas ideias e expressar os seus sentimentos, bem como incentivada a tomada de iniciativa e houve uma validação das suas propostas. Pretendeu-se assim que o Carlos reconhecesse e ganhasse confiança nas suas próprias capacidades e que ultrapasse as suas limitações.

Concluindo, seria necessário mais tempo de intervenção para possibilitar o desenvolvimento do projeto terapêutico como estava previsto, uma vez que teria sido benéfico para o Carlos usufruir de técnicas de relaxação de modo a desenvolver um melhor controlo e conhecimento do seu corpo (Droneau & Levasseur, 2008). Todavia, foram observadas algumas evoluções ao nível sócio-emocional e psicomotor, pelo que seria pertinente perceber se estas alterações também foram verificadas noutros contextos (e.g. em casa e na escola) e verificar se, efetivamente, os objetivos foram alcançados.

## V. Reflexão sobre a prática psicomotora à distância

Com a implementação do estado de emergência devido ao contexto pandémico por Covid-19, o estágio foi interrompido, levando a que as crianças e jovens acompanhados em psicomotricidade neste serviço de pedopsiquiatria ficassem sem esta intervenção por tempo indeterminado.

Esta nova realidade (pandemia por covid-19) levou a que muitas intervenções terapêuticas passassem a decorrer de forma online, o que levantou algumas preocupações éticas (relativas a questões de confidencialidade e sigilo) e legais (como a regulamentação da prática). Além disso, os terapeutas tiveram de se ajustar ao contexto atual, adaptando a sua prática às condições e meios que haviam disponíveis (APP, 2020). Assim, foram dadas algumas indicações como adequadas para a prática psicomotora: o envio de atividades e estratégias à família; o envio do plano de sessão à família para que seja esta a realizá-la; a intervenção através de videoconferência com a criança/adolescente permitindo à mesma escolher um espaço seguro para que as sessões decorram naturalmente ou a intervenção através de videoconferência onde um membro da família é o mediador das ações que são realizadas pela criança/adolescente e o terapeuta o agente ativo (APP, 2020). Contudo, a realização deste tipo de intervenções há que ter em conta as características individuais da criança/adolescente e as necessidades da família, podendo ser necessário adequar o projeto terapêutico ao contexto atual. Na prática psicomotora por videoconferência há que ter ainda em conta o *setting* terapêutico, uma vez que este deverá ser um espaço tranquilo, neutro e que mantenha a privacidade da criança. Contudo, na prática à distancia o psicomotricista não consegue ter controlo sobre o *setting* e as características do mesmo, o que vai influenciar o desenrolar da intervenção (Almeida, 2020).

Ante o exposto, e tendo em consideração as condições socioeconómicas e o ambiente familiar das crianças e adolescentes acompanhados pelas estagiárias, é importante refletir sobre a possibilidade de dar continuidade ao processo terapêutico. A intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil incide na relação terapêutica que se estabelece entre o terapeuta e o indivíduo, em que este deverá sentir-se aceite e valorizado (Costa, 2008). É de esperar que numa intervenção online esta relação defira relativamente à sua prática presencial, uma vez que o terapeuta terá maior dificuldade em interpretar a linguagem corporal do indivíduo, o contacto ocular não é estabelecido diretamente e as reações contra-transferenciais estão comprometidas, pois é mais difícil manifestar sentimentos e emoções (Pieta & Gomes, 2014) e não há uma visão total do corpo da criança/adolescente que permita observar a gestualidade e a expressão motora.

De modo geral, as crianças e adolescentes acompanhados em psicomotricidade tinham ambientes familiares desestruturados e com baixo estatuto socioeconómico, pelo que poderiam não ter acesso a meios tecnológicos para poderem aderir às sessões por

videoconferência, bem como o contexto familiar podia não ser facilitador do processo. No caso das crianças, estas poderiam ainda necessitar de maior apoio de um familiar no decorrer da sessão online, o que poderá ser sentido pela criança como uma invasão ao contexto terapêutico ou o cuidador pode não ser capaz de respeitar o tempo e o espaço da criança na sessão (APP, 2020). Além disso, a maioria das intervenções eram realizadas em grupo, devido às dificuldades sócio-emocionais da população acompanhada, pelo que seria difícil manter o acompanhamento online nos mesmos moldes.

Atendendo ainda às dificuldades e necessidades das crianças/adolescentes e das famílias acompanhadas, penso que o estado emergência e consequentemente o período de confinamento poderá ter sido difícil de ultrapassar, não só devido ao isolamento social, mas também porque as famílias nem sempre conseguem corresponder às necessidades da criança/adolescente. Neste sentido, considero que seria importante manter o acompanhamento, mesmo que não fosse possível realizar as sessões síncronas de psicomotricidade, que pelo menos fosse mantido o contacto de modo a dar suporte às famílias e capacitá-las para lidar com situações mais complicadas e que, deste modo, fosse mantida a aliança terapêutica com a criança/adolescente e a família até haver possibilidade de regressar à terapia presencial.

## **VI. Conclusão**

O presente relatório teve como objetivo descrever o trabalho realizado durante o estágio desenvolvido na UPIA do Hospital Garcia de Orta. A realização do estágio curricular possibilita o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo da formação do Psicomotricista. Neste sentido, a estagiária teve a possibilidade de elaborar o plano de intervenção, desde o planeamento das sessões, à aplicação de instrumentos de avaliação, criação de hipóteses explicativas e a definição de objetivos, bem como utilizar diferentes mediadores de intervenção, como a relaxação e o jogo lúdico.

Ao longo dos cinco meses de estágio, a estagiária teve a oportunidade de intervir com quatro grupos terapêuticos da idade de latência e um grupo de adolescentes. As sessões em grupo foram realizadas em co-terapia, tendo esta experiência sido uma mais-valia por permitir receber feedback e outro olhar acerca das situações passadas nas sessões terapêuticas. Foram ainda acompanhados três casos individualmente, o que permitiu um maior contacto com as famílias destes utentes, que levou ao estabelecimento de uma aliança terapêutica com a família.

No decorrer do estágio, o trabalho da equipa multidisciplinar e as reuniões de supervisão foram bastantes enriquecedoras, uma vez que permitiram integrar diferentes formas de olhar para o caso e refletir em conjunto com profissionais de outras áreas, o que permitiu uma melhor compreensão do contexto e expressão da patologia. Neste trabalho em

equipa no contexto de saúde mental, o psicomotricista tem um contributo bastante relevante por ter uma visão holística do ser humano, que é elaborada a partir da unidade corpo-mente (Probst et al., 2010).

Por fim, considera-se que este estágio foi bastante enriquecedor a nível profissional e pessoal, pela experiência prática, pelo conhecimento teórico e empírico, pelo trabalho de equipa, pela troca de experiências, pelo contacto com o outro e pelo conhecimento pessoal adquirido.

## VII. Referências Bibliográficas

- Ablon, S. L. (1996). The Therapeutic Action of Play. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 545–547. <https://doi.org/10.1097/00004583-199604000-00022>
- Aguiar, I. (2003). Relaxação Terapêutica: uma forma de abordagem aos problemas de sono - descrição de uma prática. *A Psicomotricidade*, 1(2), 62–70.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.4.709>
- Almeida, G. (2020). *As tecnologias da comunicação na Práxis Psicomotora: uma reflexão face à contemporaneidade [Apresentação de conferência]*. Universidade de Évora.
- Almeida, G. (2008). O contacto com as famílias. *A Psicomotricidade*, 11, 59–66.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The tower of London test: Validation and standardization for pediatric populations. *The Clinical Neuropsychologist*, 10(1), 54–65. <https://doi.org/10.1080/13854049608406663>
- Anthony, K. K., Gil, K. M., & Schanberg, L. E. (2003). Brief report: Parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(3), 185–190. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg005>
- APP. (2020). *Guia de boas práticas: intervenção psicomotora na infância e adolescência perante a covid-19*. (Vol. 1, Issue 0). Associação Portuguesa de Psicomotricidade - Secção Centro.
- Aragón, M. B. de Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Psicomotricidade: práticas profissionais*. [Brochura]. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Ast, L., Florek, T. R., & Fanfoni, S. (2019). Co-therapy: A Collaborative Odyssey. *Journal of Systemic Therapies*, 38(1), 17–29. doi:10.1521/jsyt.2019.38.1.17
- Barkley, R. A. (2001). The Executive Functions and Self-Regulation: An Evolutionary Neuropsychological Perspective. *Neuropsychology Review*, 11(1), 1–29. <https://doi.org/10.1023/A:1009085417776>
- Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23–38.
- Benavides, M., & Núñez, R. (2007). Matemática y Psicomotricidad: la noción de espacio. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 25, 235–244. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3693199>
- Benetti, S. P. da C. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 261–268.

<https://doi.org/10.1590/s0102-79722006000200012>

- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A.-M., & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: Corps, langage, sujet. Méthode J. Bergès*. Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.9.990-a>
- Booth-laforce, C., Oh, W., Kim, A. H., Rubin, K. H., Rose-krasnor, L., & Burgess, K. (2006). Attachment, self-worth, and peer-group functioning in middle childhood. *Attachment & Human Development, 8*(4), 309–325. <https://doi.org/10.1080/14616730601048209>
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances et Psy, 49*(4), 78–88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Bowlby, J. (1990). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books. <https://doi.org/10.1097/00005053-199001000-00017>
- Branco, M. E. (2013). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Coisas de Ler.
- Brecailo, M. K., & Saldan, P. C. (2013). Relação Entre Depressão Materna e os Cuidados em Saúde à Criança: Revisão Sistemática. *Journal of Health Science, 15*, 423–429. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2013v0n0p%25p>
- Brickenkamp, R. (2007). *d2, Teste de Atenção*. CEGOC-TEA.
- Britto, I. A. G. de S., Oliveira, J. A. de, & Sousa, L. F. D. de. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, V*(2), 139–149.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency: Brief form manual* (2nd ed.). Pearson.
- Calza, A., & Contant, M. (Eds.). (2007). *Psychomotricité* (3ª Ed., Vol. 148). Elsevier Masson SAS.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica, 31*(4), 393–406. <https://doi.org/10.14417/ap.807>
- Cardoso, K. V. V., & Lima, S. A. (2019). Intervenção psicomotora no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, 32*, 1–10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9300>
- Carraro, A., & Gobbi, E. (2018). Play fighting to cope with children aggression: A study in primary school. *Journal of Physical Education and Sport, 18*(3), 1455–1458. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.03215>
- Carvalho, J. (2005). Terapia psicomotora em contexto hospitalar. *A Psicomotricidade, 6*, 73–78.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy*. Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203695531>
- Cepeda, C., & Gotanco, L. (2017). *Psychiatric Interview of Children and Adolescents*. American Psychiatric Publishing, Inc.



- Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kathryn, A. (2018). Parent – Child Attachment and Children ' s Experience and Regulation of Emotion : A Meta-Analytic Review. *Emotion*, 19(6), 1103–1126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/emo0000504>
- Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6(2), 145–153. <https://doi.org/10.1123/apaq.6.2.145>
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Trilhos Editora.
- Diamond, A. (2000). Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex. *Child Development*, 71(1), 44–56. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00117>
- Diamond, A. (2012). Activities and Programs That Improve Children's Executive Functions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 335–341. <https://doi.org/10.1177/0963721412453722>
- Dias, N. M., Menezes, A., & Seabra, A. G. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 1(1), 80–95.
- Droneau, S., & Levasseur, S. (2008). La psychomotricité en psychiatrie: une thérapie du corps dans les soins psychiques. *L'Écrit*, 59, 7-.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Alves, M., & Pinheiro, M. T. (2014). Área de día: intervención terapéuticade grupo para niños en edad de latencia. *Teoría e Práctica Grupoanalítica: Psicoterapia de Grupo En El Ámbito Infantojuvenil*, 4(1), 37–50.
- Estrada, J. (2019). (Re)inventar o Hospital de Dia para Adolescentes. *Comunicação Apresentada No 10º Encontro Nacional de Internos de Psiquiatria Da Infância e Adolescência, Lisboa*.
- Fernandes, J. M. G. A., Gutierrez, P. J. B., & Rezende, A. L. G. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702–709. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoen1232>
- Fernández, Á. H. (2019). Construir el bienestar psicológico a través de la psicomotricidad. *Revista Ibero-Americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 44, 6–25.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e saúde mental infantil e juvenil – caracterização de uma consulta de psicomotricidade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 41, 41–57.
- Fonseca, Vitor. (2001). *Cognição e Aprendizagem*. Âncora editora.
- Fonseca, Vitor. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 18–31.
- Fonseca, Vitor. (2008). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Artmed.

- Fonseca, Vitor. (2010). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. (3ª). Âncora editora.
- Fonseca, Vítor, & Oliveira, J. (2009). *Aptidões psicomotoras e de aprendizagem*. Âncora editora.
- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A., & Valada, M. J. (2012). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 25(2), 229–239. <https://doi.org/10.14417/ap.442>
- Franks, C. M., & Diament, C. (2008). Child and family behavior therapy-broadening the compass of child behavior therapy while remaining on course. In *Child and Family Behavior Therapy* (Vol. 4, Issue 1). [https://doi.org/10.1300/J019v04n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J019v04n01_01)
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791–799. <https://doi.org/10.1017/S0021963099004096>
- Goodman, Robert. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Gottman, J. M., & Katz, L. F. (2002). Children's emotional reactions to stressful parent-child interactions. *Marriage & Family Review*, 34(3–4), 265–283. <https://doi.org/10.1300/J002v34n03>
- HGO. (2020). *Hospital Garcia de Orta*. [www.hgo.pt](http://www.hgo.pt)
- Holcomb, M. J., & Davis, A. S. (2011). NEPSY-II. In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 1006–1008). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9>
- Houwen, S., van der Veer, G., Visser, J., & Cantell, M. (2017). The relationship between motor performance and parent-rated executive functioning in 3- to 5-year-old children: What is the role of confounding variables? *Human Movement Science*, 53, 24–36. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2016.12.009>
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant.

- Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 73–86.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.03.005>
- Kemp, S. L., & Korkman, M. (2010). Essentials of NEPSY-II assessment. In *Essentials of psychological assessment series*. John Wiley & Sons, Inc.
- Koziol, L. F., & Lutz, J. T. (2013). From movement to thought: The development of executive function. *Applied Neuropsychology: Child*, 2(2), 104–115.  
<https://doi.org/10.1080/21622965.2013.748386>
- Landazabal, M. G., & Azumendi, J. M. F. (2006). *El juego cooperativo para prevenir la violencia en los centros escolares: evaluación de programas de intervención para la educación infantil, primaria y secundaria*. Ministerio de Educación y Ciencia, Subdirección General de Información y Publicaciones.  
<https://books.google.com/books?id=QxuyWt0uu6kC&pgis=1>
- Livesey, D., Keen, J., Rouse, J., & White, F. (2006). The relationship between measures of executive function, motor performance and externalising behaviour in 5- and 6-year-old children. *Human Movement Science*, 25(1), 50–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.humov.2005.10.008>
- Lobera, A. L. B., & Orlandi, Y. R. (2005). Sesiones de psicomotricidad relacional educativa con niños con problemas generalizados del desarrollo y sus madres. *Revista Ibero-Americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 18, 5–18.
- Lourenço, S., Palmeira, L., Dinis, A., & Gouveia, J. P. (2010). Validação das emoções na infância: vergonha, ansiedade e sintomatologia depressiva. *Psychologica*, 11(52), 499–525. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_52-2\\_21](https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_21)
- Lundin, W. H., & Aronov, B. M. (1952). The use of co-therapists in group psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16(1), 76–80. <https://doi.org/10.1037/h0055156>
- MacLennan, B. W. (1965). Co-Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15(2), 154–166. <https://doi.org/10.1080/00207284.1965.11642823>
- Maldonado-Durán, J. M. (Ed.). (2002). *Infant and Toddler Mental Health*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Marrone, M., & Diamond, N. (1998). *Attachment and Interaction*.
- Martin, S., Struempf, K. L., Pobleto, A., Toledo-tamula, M. A., Lockridge, R., Roderick, M. C., Wolters, P., & Martin, S. (2018). An Internet support group for parents of children with neurofibromatosis type 1: a qualitative analysis. *Journal of Community Genetics*, 9(3), 327–334. <https://doi.org/10.1007/s12687-018-0360-x>
- Martins, C. L., Monteiro, J. P., Farias, A., Fernandes, R., & Fonseca, M. J. (2007). Neurofibromatose Tipo 1 em Idade Pediátrica: O que vigiar? *Acta Médica Portuguesa*, 20, 393–400.
- Martins, R. (2001). A Relaxação psicoterapêutica no contexto da saúde mental. In Vitor da

- Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95–108). Edições FMH.
- Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação O Diálogo Tónico-Emocional no Nascimento da Vida. *PsiLogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 13(1), 34–43.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- Maximiano, J. (2015). O papel da reabilitação psicomotora. In D. Leal, A. M. Moreira, F. Vieira, H. Pereira, J. Reis, L. Machado, & L. Queiroga (Eds.), *Manual de Psiquiatria da infância e da adolescência: avaliação, compreensão e intervenção* (Vol. 1, pp. 556–566). Coisas de Ler.
- McGee, T. F., & Schuman, B. N. (1970). The nature of the co-therapy relationship. *International Journal of Group Psychotherapy*, 20(1), 25–36. <https://doi.org/10.1080/00207284.1970.11491754>
- Minayo, M. C. D. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40, 139–153.
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houtberg, B. J. (2017). The Impact of Parenting on Emotion Regulation During Childhood and Adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. <https://doi.org/10.1111/cdep.12238>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Music, G. (2017). *Nurturing Natures: Attachment and Children's Emotional, Sociocultural and Brain Development* (2ª). Routledge.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: A Quantitative Scoring System (Manual)*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, INC.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66, 35–60. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/B:SOCI.0000007496.42095.2c>
- OMS. (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova conceção, nova esperança*.
- Ooi, Y. P., Ang, R. P., Fung, D. S. S., Wong, G., & Cai, Y. (2006). The impact of parent-child attachment on aggression, social stress and self-esteem. *School Psychology International*, 27(5), 552–566. <https://doi.org/10.1177/0143034306073402>
- Pesce, C., Masci, I., Marchetti, R., Vazou, S., Sääkslahti, A., & Tomporowski, P. D. (2016). Deliberate play and preparation jointly benefit motor and cognitive development: Mediated and moderated effects. *Frontiers in Psychology*, 7(MAR), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00349>

- Piek, J. P., Dyck, M. J., Nieman, A., Anderson, M., Hay, D., Smith, L. M., McCoy, M., & Hallmayer, J. (2004). The relationship between motor coordination, executive functioning and attention in school aged children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *19*(8), 1063–1076. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2003.12.007>
- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2014). Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável? *Psicologia: Ciência e Profissão*, *34*(1), 18–31. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932014000100003>
- Pinto, A., Veríssimo, M., Gatinho, A., Santos, A. J., & Vaughn, B. E. (2015). Direct and indirect relations between parent–child attachments, peer acceptance, and self-esteem for preschool children. *Attachment and Human Development*, *17*(6), 586–598. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1093009>
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry : What ' s in a Name ? *The Open Complementary Medicine Journal*, *2*, 105–113.
- Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *55*, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.002>
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica* (E. Ribeiro (Ed.)). Psiquilibrios Edições.
- Rodrigues, A. (2013). O movimento como forma de expressão e reestruturação do psiquismo em saúde mental. *Centenário João Dos Santos – 1913-2013*. <https://doi.org/10.13140/2.1.2222.4005>
- Rodrigues, P. F. S., Pandeirada, J. N. S., Bem-haja, P., & França, J. (2018). The Trait Anxiety Scale for Children: A validation study for European Portuguese children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, *15*(4), 472–480. <https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1308249>
- Rodríguez, J. S. (2014). La intervención desde la psicomotricidad relacional en la psicosis infantil. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, *39*, 26–40. [http://www.cicep.cl/congreso2014/Contenidos\\_Congreso.pdf#page=59](http://www.cicep.cl/congreso2014/Contenidos_Congreso.pdf#page=59)
- Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência*. Climepsi.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidade de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, *4*, 7–21.
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: identificar , avaliar e intervir* (2ª ed.). Edições sílabo.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances et Psy*, *20*(4), 86–95. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>

- Sartori, R. F., Valentini, N. C., & Fonseca, R. P. (2020). Executive function in children with and without developmental coordination disorder: A comparative study. *Child: Care, Health and Development*, 46(3), 294–302. <https://doi.org/10.1111/cch.12734>
- Sassano, M., & Bottini, P. (2013). TÉCNICAS Y ENFOQUES EN PSICOMOTRICIDAD: Modelización de las prácticas y nociones de la Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 38, 97–144.
- Serrabona Mas, J. (2019). Significado y cambio narrativo a través del juego corporal: ¿Qué se juega en el juego de la casa en psicomotricidad? *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 129–150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.324>
- Shaffer, A., & Obradović, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 150–159. <https://doi.org/10.1037/fam0000269>
- Shahhosseini, Z., Pourasghar, M., Khalilian, A., & Salehi, F. (2015). A Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health. *Mater Sociomed*, 27(3), 200–202. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.200-202>
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 298, 199–209. <https://doi.org/10.1098/rstb.1982.0082>
- Silva, J. M. da, & Santos, J. C. dos. (2020). A influência do jogo simbólico no setting psicoterapêutico à luz da psicomotricidade relacional. *Revista PsicoFAE: Pluralidades Em Saúde Mental*, 9(1). <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n1-5>
- Solomon, A., Loeffler, F. J., & Frank, G. H. (1953). An Analysis of Co-Therapist Interaction in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3(2), 171–180. <https://doi.org/10.1080/00207284.1953.11507925>
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2014). *Clinical Interviewing* (5ª Ed.). Wiley.
- Szelbrackowski, A. C., & Dessen, M. A. (2007). Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: Revisão de literatura. *Psicologia Em Estudo*, 12(1), 33–40. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722007000100005>
- Thomas, J. C., Letourneau, N., Campbell, T. S., Tomfohr-madsen, L., & Giesbrecht, G. F. (2017). Developmental Origins of Infant Emotion Regulation: Mediation by Temperamental Negativity and Moderation by Maternal Sensitivity. *Developmental Psychology*, 53(4), 611–628. <https://doi.org/10.1037/dev0000279.suppl>
- Vaivre-Douret, L. (1997). *Évaluation de la motricité gnoso-praxique distale EMG*. ECPA, Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito : Piers-Harris Children 's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39–48.
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das Técnicas de

- Relaxação. In A. Candeias, A. Portelada, C. V. Velho, E. Galindo, H. Pires, L. Borralho, L. Grácio, N. Costa, K. Reschke, & E. Witruk (Eds.), *Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress: Proceedings of the International Seminar* (pp. 52–66). Associação Portuguesa de Editores e Livreiros.
- Ventura, T., Neto, M. T., & Simões, M. (2009). Efeitos do stress durante a gravidez na morfologia cerebral do feto e da criança: uma revisão. *Prog. Diagn. Trat. Prenat. (Ed. Impr.)*, 21(2), 77–84.
- Vidal, I., Vera, I., & Escudero, C. (2013). Una experiencia de terapia de grupo con niños en edad de latencia. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 33(118), 343–352. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000200008>
- Vidigal, M. J. (Ed.). (2005). *Intervenção terapêutica em grupo de crianças e adolescentes*. Trilhos Editora.
- Warmuth, K. A., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2018). Child Behavioral Dysregulation as a Mediator between Destructive Marital Conflict and Children's Symptoms of Psychopathology. *Journal of Child and Family Studies*, 27(6), 2004–2013. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1038-z>
- Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 479–493. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000048063.59425.20>

## Anexos



## Anexo A – Acompanhamentos dos grupos terapêuticos

### Anexo A.1 – Planeamentos e relatórios de sessão dos grupos da Área de Dia

A título de exemplo, apresentam-se de seguida um plano de sessão do grupo 4 da Área de Dia e o respetivo relatório.

#### Plano da Sessão nº9

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
<p><b>Conversa Inicial</b> Após entrar na sala de psicomotricidade, solicita-se às crianças que descalcem os sapatos, deixando-os arrumados, e que vistam as meias. De seguida, solicita-se às mesmas que se sentem em semicírculo, de frente para as terapeutas. Após marcar-se a presença no quadro, solicita-se a cada criança que partilhe com o grupo como foi o seu fim-de-semana, do que gostaram e não gostaram. Será ainda solicitado às crianças que recordem as regras de sessão criadas por si nas sessões anteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a criação de rotinas</li> <li>- Estimular a memória e a sequenciação</li> <li>- Promover a elaboração de discurso fluente e lógico</li> <li>- Respeitar os colegas e esperar pela sua vez</li> <li>- Estimular capacidade de cumprimento de regras</li> <li>- Aumentar a tomada de iniciativa</li> </ul>	<p>Meias Quadro branco Canetas Cartolina com regras</p>	13 min.
<p><b>Parte Fundamental</b> <u>1ª atividade – “Jogo livre” (alusivo aos desenhos animados)</u> Neste espaço será dada a oportunidade de as crianças criarem o seu mundo imaginário, os diversos personagens que os compõem e guiando os acontecimentos das brincadeiras, deixando-as representar simbolicamente as suas ações e desenvolvendo em simultâneo as suas habilidades motoras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequar os níveis de agitação motora</li> <li>- Aumentar o tempo de atenção/concentração</li> <li>- Promover o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento</li> <li>- Promover a expressão livre/espontânea das emoções</li> <li>- Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros</li> </ul>	A definir	15 min.

---

### 2ª atividade – “Guardiões da Terra”

Nesta atividade será solicitado às crianças que escolham um dos “guardiões da terra” e que de seguida tentem criar o mesmo com plasticina. Após este momento será solicitado às mesmas que desenhe a peça que criaram ou que desenhem o “guardião da terra” que mais gostam. Posteriormente será dada a possibilidade de explorarem a plasticina e realizarem o que quiserem, podem realizar construções em conjunto com outros colegas.

- Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade
- Diminuir os níveis de agitação motora
- Aceder à simbolização

Coluna de som

10 min.

### **Retorno à Calma**

Irá ser solicitado às crianças que se deite numa posição confortável e, se possível, que fechem os olhos. Posteriormente, as terapeutas irão colocar uma música calma e solicitar às crianças que sigam algumas das sugestões/instruções (e.g. respirações).

- Identificar o estado tónico nos diferentes membros
- Melhorar a consciência dos seus limites corporais

Colchões

7 min.

### **Conversa Final**

Sentados junto ao quadro branco, em semicírculo, as crianças e as terapeutas irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto que nomeiem as atividades de que gostaram ou que foram mais difíceis, como se sentiram durante a sessão e que sugiram atividades a realizar na sessão seguinte.

- Estimular a memória e a sequenciação
- Promover a elaboração de discurso fluente e lógico
- Respeitar os colegas e esperar pela sua vez
- Reconhecer e identificar os seus diferentes estados emocionais
- Estimular capacidade de cumprimento de regras
- Aumentar a tomada de iniciativa

Quadro branco  
Canetas

10 min.

---

### Relatório da Sessão nº9

Esta semana o plano de sessão foi alterado, principalmente porque apenas estiveram presentes três dos cinco elementos do grupo e, porque tanto a YG com a BH, apresentavam algumas queixas/dores. A YG referiu que estava com dores de cabeça e no olho (situação também indicada pela Dr.<sup>a</sup> Inês) e a BH referiu que estava com dores na perna, na zona da cicatriz, desde madrugada (movimentando-se como se estivesse com muitas dores no tornozelo).

- A YG apresentou-se mais calma e tranquila, não procurando o reforço ou a atenção das colegas como nas semanas anteriores. Na atividade “criações com plasticina”, mostrou-se disponível para interagir com as terapeutas ou com as colegas, moldou a plasticina de forma a criar um dos “guardiões da terra”, mas desvalorizou aquilo que tinha feito e começou a desistir (desmanchou e destruiu várias vezes). Após algum incentivo,

começou a moldar um caracol e uma casa, contudo mais uma vez desistiu a meio, dizendo que não sabia fazer ou que estava mal feito. De forma a superar esta última situação, a terapeuta sugeriu que criassem juntas o caracol e a casa, situação à qual a YG aderiu, mas manteve-se deitada no chão com a cabeça apoiada nos braços (posição de dormir).

- A MS moldou a gota e um algodão doce. Entretanto começou a dançar e cantar frente ao espelho.
- Antes da atividade de “mímica”, a YG fez algumas sugestões de atividades que queria realizar (e.g. lencinho da botica, jogo da bola, jogo da raposa) e acabamos por fazer a mímica, jogo também proposto pela MS. Na atividade de “mímica”, mostrou-se mais animada, ativa e comunicativa, participando de forma ativa na atividade e sem grandes dificuldades no decorrer da mesma.
- Na transição para a atividade de “mímica”, a BH entrou numa relação dual com uma das terapeutas (solicitando permanentemente a atenção desta) e esteve a realizar mímicas com auxílio da plasticina, depois passou a desenhar coisas no quadro para a terapeuta adivinhar e só posteriormente integrou a atividade de “mímica” com o restante grupo. Durante a atividade de “mímica”, a BH começou um pouco inibida, mas com o avançar da atividade foi se envolvendo e participando mais na mesma, quase se esquecendo da “dor” na perna. É de salientar que no decorrer da mesma, a BH levantou várias vezes a voz ao cantar, não parecendo empatizar com a dor de cabeça da YG, mesmo quando lhe foi solicitado que cantasse um pouco mais baixo.
- No jogo da Mímica, a MS interpretou as imagens com coisas que não eram (violino – era a guitarra; veado – era a vaca porque tinha chifres)
- Na conversa final, a YG permaneceu calada e deitada no chão, sendo que após estar calçada esteve a escrever no quadro (“estou com dores de cabeça até semana próxima” ou “turma nas meninas” – “turma de meninas”);
- No final da sessão, a BH disse que não queria falar. Perguntámos-lhe do que gostou e disse que de nada, por causa da YG. Perguntámos porquê, visto que ela hoje não a chateou e ela não soube responder.
- A YG e MS disseram que gostaram de tudo.

## **Anexo A.2 - Planeamentos e relatórios de sessão do grupo do Hospital de Dia**

Apresenta-se, como exemplo, um plano de sessão para o grupo de adolescentes do Hospital de Dia e o respetivo relatório.

### Plano da Sessão nº4

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
<b>Conversa Inicial</b>			
Após entrar na sala de psicomotricidade, os adolescentes e as terapeutas irão tirar os sapatos e sentar-se-ão junto ao quadro branco, para conversar. Neste momento, a terapeuta irá esclarecer as regras e explicar como se irá desenvolver a sessão. Será ainda proposto aos adolescentes que falem um pouco sobre a sua semana, como se sentem no momento presente e que atividades gostariam de realizar na sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilitar a capacidade de expressão emocional</li> <li>- Promover a partilha de vivências pessoais e de opiniões</li> <li>- Promover a elaboração de discurso fluente e lógico</li> <li>- Reconhecer as regras do espaço</li> <li>- Respeitar os colegas e esperar pela sua vez</li> <li>- Ouvir o outro e aceitar as suas opiniões</li> </ul>	Quadro branco Canetas	7 min.
<b>Parte Fundamental</b>			
<b>1ª atividade – “Luta de galos”</b>			
Irá ser proposto aos adolescentes que se agrupem dois a dois e que se coloquem junto a um dos colchões dispostos pela sala. De seguida, ambos os jogadores devem colocar-se em cima do colchão, frente a frente, e solicita-se que se coloquem de cócoras e com as palmas das mãos em contanto com o adversário, sendo que o principal objetivo será derrubar o adversário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade</li> <li>- Estimular a coordenação motora</li> <li>- Aumentar o controlo dos impulsos</li> <li>- Aumentar a tolerância à frustração</li> <li>- Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento</li> <li>- Estimular a capacidade de cumprimento de regras e de limites</li> </ul>	Colchões	15 min.
<b>2ª atividade – “Transporte em equipa”</b>			
Nesta atividade, será solicitado aos adolescentes que se agrupem dois a dois e que, em conjunto, transportem uma bola de diferentes formas, de um ponto ao outro, sem a deixar cair. No caso de a bola cair ao chão, o par terá de voltar ao início e repetir o percurso até ao fim. <i>1ª variante:</i> transportar a bola costas com costas; <i>2ª variante:</i> transportar a bola joelho com joelho; <i>3ª variante:</i> transportar a bola ombro com ombro; <i>4ª variante:</i> transportar a bola testa com testa;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a noção de esquema corporal</li> <li>- Melhorar a consciência dos seus limites corporais</li> <li>- Estimular a coordenação motora</li> <li>- Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora</li> <li>- Aumentar a tolerância à frustração</li> <li>- Aumentar o tempo de atenção e concentração na tarefa</li> <li>- Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento</li> <li>- Estimular a capacidade de cumprimento de regras e de limites</li> <li>- Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros</li> </ul>	Bolas pequenas de plástico Pinos	15 min.

**Retorno à calma**

Irá ser solicitado aos adolescentes que se deitem numa posição confortável, para os mesmos, e, se possível, de olhos fechados. Posteriormente, as terapeutas irão passar uma bola pelas diferentes partes do corpo, exercendo alguma pressão, sendo que será também utilizada uma música calma como mediador.

- Melhorar a consciência dos seus limites corporais
- Aumentar a consciência dos estados tonicoemocionais
- Aceder à descontração neuromuscular

Colchões  
Bolas  
médias

7 min.

**Conversa Final**

Sentados junto ao quadro branco, os adolescentes e as terapeutas irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto que nomeiem as atividades de que gostaram ou que foram mais difíceis, como se sentiram durante a sessão e que sugiram atividades a realizar na sessão seguinte.

- Possibilitar a capacidade de expressão emocional
- Promover a partilha de vivências pessoais e de opiniões
- Promover a elaboração de discurso fluente e lógico
- Respeitar os colegas e esperar pela sua vez
- Ouvir o outro e aceitar as suas opiniões
- Aumentar a capacidade reflexiva

Quadro  
branco  
Canetas

7 min.

### Relatório da Sessão nº4

*Antes da Sessão:* O GS estava na sala de espera impaciente para ir para sessão, controlando as horas pelo seu relógio de pulso. Discutiu com CP no corredor, porque "ela é uma seca e fala muito e nós ficamos uma seca". Quando a RB e a MB chegaram, o GS deu-lhes um abraço caloroso, e deu também à assistente operacional. Depois, dirigiu-se junto das terapeutas e abraçou-as.

No início da sessão mostrou-se impaciente para começar as atividades, queria que a CP se calasse. A MB disse que quanto mais tempo estivéssemos a falar, menos tempo tínhamos para os jogos.

Na luta de galos, o GS quis começar com a MB, tiveram alguma dificuldade em manter-se em cima das placas de equilíbrio. Depois foi contra a RB e esta deu com o cilindro nas pernas do GS para o fazer cair. A RB é mais inibida, mas parece estar a ficar mais à vontade no grupo.

A RB propôs jogar à bola. A certa altura do jogo, começaram a atirar bolas e almofadas uns aos outros. O GS atirava contra a CP na maior parte das vezes. MB fez do caixote do lixo um capacete. Ela atirou os cilindros à CP.

O GS aproximou-se demasiado da CP e atirou-lhe bolas. A CP encostou-se cada vez mais à parede e gritou com GS para ele parar. GS pareceu não gostar que ela gritasse com

ele. Reagiu gritando e virando costas à CP, foi colocar-se "dentro" do colchão, escondido. Como fomos todas espreitar, ele saiu de lá e sentou-se debaixo da mesa.

Entretanto, a RB perguntou se íamos fazer relaxamento e acedemos, indo preparar a sala. O GS quis ficar ao pé da MB e a CP reagiu dizendo "agora há preferências". A RB hoje pareceu mais tensa, não se entregou tanto, tendo ficado de olhos abertos. A MB escondeu a cara entre os braços, tal como o GS. A CP hoje quis realizar a atividade de relaxamento e pareceu ter ficado descontraída.

A MB quis atirar-se para cima do colchão (antes e após a relaxação), além disso, colocou o colchão em triângulo, como se fosse uma tenda, com uma manta por cima e deitou-se lá debaixo.

No final, pedimos para fazer desenho/escrever algo que gostaram. O GS disse que gostou de tudo e de fazer amigos. RB diz que se sentiu bem, mas não quis falar do que escreveu. A MB também gostou de tudo e sentiu-se bem.

## Anexo B – Acompanhamentos dos Estudos de Caso

### Anexo B.1 – Planeamento e relatórios de sessão do Alberto

Apresenta-se, de seguida, o plano e o relatório da primeira sessão realizada com o Alberto.

#### Plano da Sessão nº1

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
<b>Conversa Inicial</b>			
Após entrar na sala de psicomotricidade, solicita-se à criança que descalce os sapatos, deixando-os arrumados, e que vista as meias. De seguida, a criança e a terapeuta sentam-se junto do quadro. A terapeuta explica as regras da sessão e como se irá desenvolver a mesma. Depois, a terapeuta conversa com a criança sobre como foi a sua semana, como se sente e definem as atividades a realizar na sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a interação e comunicação na relação com o outro.</li> <li>- Reconhecer e cumprir as regras dos jogos e da sessão.</li> <li>- Aumentar a expressão dos estados de humor e de emoções.</li> <li>- Aumentar o planeamento das ações.</li> </ul>	Meias; Quadro branco; Canetas;	5 minutos
<b>Parte Fundamental</b>			
<b>1ª atividade – “Percurso dos alimentos”</b>			
Irá ser proposto à criança que desenhe no quadro o percurso a realizar, com os materiais que tem à sua disposição, e que de seguida o construa no espaço de sessão. Posto isto, será pedido que dê sugestões de deslocamentos para realizar o percurso (e.g. saltar, correr). O percurso será percorrido à vez (primeiro o Alberto, depois a terapeuta), tendo de ser lançado o dado para saber quantos passos/saltos se irão dar. Conforme se avança no percurso, terão de apanhar os cartões que estiverem ao alcance, sem sair do lugar. A finalidade do jogo é conseguir apanhar o maior número de cartões de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o planeamento das ações.</li> <li>- Coordenar o movimento dos membros superiores com os membros inferiores</li> <li>- Coordenar o seu movimento com objetos.</li> <li>- Melhorar o conhecimento de indicações espaciais em relação a si e aos objetos.</li> <li>- Reproduzir posições e movimentos com o corpo.</li> <li>- Aumentar a capacidade de concentração nas tarefas.</li> </ul>	Arcos; colchões; cubos; cones; cartões com imagens de alimentos; dado numérico;	15 minutos
<b>2ª atividade – Atividade sugerida pela criança</b>			
Esta atividade será à escolha do Alberto. Contudo, será pedido à criança que explique em que consiste a atividade e quais as regras para a realização da mesma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a interação e comunicação na relação com o outro.</li> <li>- Reconhecer e cumprir as regras dos jogos e da sessão.</li> <li>- Manter o foco na atividade.</li> <li>- Aumentar o planeamento das ações.</li> </ul>	A definir	15 minutos
<b>Retorno à calma</b>			
Solicitar à criança que se sente no colchão, de frente para a terapeuta, e que pegue na bola. Deverá passar a bola lentamente pelos vários segmentos corporais, imitando o movimento da terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a consciência dos estados tonicoemocionais.</li> <li>- Melhorar a consciência dos seus limites corporais.</li> </ul>	Colchão; Bola;	10 minutos

---

**Conversa Final**

Sentados junto ao quadro branco, em semicírculo, as crianças e as terapeutas irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto que nomeiem as atividades de que gostaram ou que foram mais difíceis, como se sentiram durante a sessão e que sugeriram atividades a realizar na sessão seguinte.

- Reconhecer e ajustar comportamentos desadequados.
- Identificar e reconhecer emoções em si e no outro.
- Aumentar a expressão dos estados de humor e de emoções.

Quadro  
branco  
Canetas

5  
minutos

---

### Relatório da Sessão nº1

*Antes da Sessão:* entrei na sala de espera, o Alberto estava sentado ao lado do pai. Perguntei-lhe se podíamos ir para a sessão e ele abraçou-se à cintura do pai. O pai disse-lhe que fosse, que ficava ali à espera. O Alberto não queria largá-lo. A Dra. Rosa, ao passar no corredor, cumprimentou o Alberto e disse-lhe para ir comigo. Ele largou o pai e veio.

Entrámos na sala, o Alberto observou o espaço e quis saber o que íamos fazer hoje. Disse-lhe que tinha pensado em fazer um percurso para irmos buscar os alimentos para o nosso restaurante<sup>1</sup>. Agradou-lhe a ideia.

Ao início, o Alberto não quis descalçar-se por o chão estar frio, contudo, quando começámos a realizar o percurso perguntou se podia ficar descalço.

Pedi-lhe que escrevesse o nome no quadro (mistura letras maiúsculas com minúsculas ao escrever; grafismo imaturo).

O Alberto questionou sobre o quadro das emoções, expliquei-lhe e disse-lhe que podia colocar uma plasticina em como se sentia. Disse que estava calmo.

Expliquei-lhe as regras e a organização da sessão. Perguntei se tinha dúvidas, não tinha.

Perguntei-lhe como tem corrido a semana, disse que correu bem, não quis conversar mais, queria jogar.

Expliquei-lhe como ia ser a atividade do “percurso dos alimentos”. De seguida, pedi-lhe que desenhasse no quadro o percurso que íamos fazer, disse-lhe que tínhamos arcos, colchões, cubos e cones. O Alberto escreveu os nomes dos materiais que lhe disse – escreve enviesado à direita e com erros ortográficos (troca O pelo U). Expliquei de novo a atividade e pedi novamente que fizesse um desenho. Ele desenhou 2 círculos com 2 círculos mais

---

<sup>1</sup> Esta ideia surgiu na sessão de observação, em que o Alberto, de forma espontânea, quis construir um restaurante e fazer alguns cozinhados. Dado o gosto do menino por esta temática, pensei utilizá-lo como modo de estabelecer a relação terapêutica.



pequenos dentro, perguntou-me se eu sabia o que era, respondi que era um cone ou um ovo, ele respondeu que não, era um donut. Não fez o desenho do percurso.

Entretanto, começou a espalhar cones pelo chão e a dar sugestões de deslocamentos – salto ao pé-coxinho e a pés juntos. Dispôs também os colchões, os blocos e os arcos. Eu coloquei os alimentos no chão e expliquei-lhe como íamos realizar o percurso. Usámos o dado para saber o número de passos que podíamos dar. O Alberto mostrou alguma confusão em contar os passos – o dado deu o número 6 e ele deu 5 passos; também alguma dificuldade em planejar a disposição dos materiais no espaço e em perceber o objetivo do jogo, uma vez que começou a juntar as cartas aos pares (vaca com o leite; rebuçado com o chupa-chupa).

Cooperou com a terapeuta no decorrer da atividade, dando sugestões dos caminhos que podiam ser realizados para apanhar os alimentos.

Quando apanhámos os alimentos todos, foi altura de montar o restaurante. O Alberto disse que tinha gostado de realizar o percurso e que queria fazer outra vez.

Ajudou a arrumar os materiais e foi buscar os colchões compridos para fazer o restaurante. Utilizou os colchões quadrados para fazer os fogões e os cones para serem os pratos. Quis cobrir o teto do restaurante, pelo que pediu o paraquedas. Contudo, depois pediu para tirar o paraquedas por fazer calor. Começámos por elaborar as refeições, fizemos uma salada de frutas e uma sandes de ovo mexido com cenoura. O Alberto falou de alguns alimentos que gosta – ovo mexido, pipocas, pizzas, frutas; não gosta de carne de vaca nem de porco.

Entretanto, perguntei se podíamos abrir o restaurante porque estava quase na hora do almoço. O Alberto disse que não porque ainda não estávamos prontos. Acrescentou personagens à brincadeira. O Alberto quis fazer um insuflável no quintal do restaurante. Mas o insuflável ficou vazio por causa de uns ladrões, então chamámos a polícia para prender os ladrões (utilizou o cubo como telemóvel e os arcos como algemas). O nosso restaurante também foi assaltado, os ladrões foram presos e, entretanto, o Alberto disse que já não eram os ladrões, eram espíritos que estavam no restaurante e tínhamos de nos esconder deles. Escondemo-nos debaixo do paraquedas à espera de que o espírito fosse embora. Por fim, disse ao Alberto que tínhamos de começar a preparar para ir embora, ele disse que tinham de arranjar o insuflável, que os ladrões tinham estragado. O Alberto mostrou-se alegre enquanto saltava no insuflável, apesar de revelar muita rigidez corporal.

Começámos a arrumar os materiais, contudo, o Alberto voltou para o insuflável, tendo dado mais uns saltos e depois disse que o insuflável estava roto e que tinha ficado duro. Pediu-me para experimentar saltar para ver.

A seguir, disse-lhe que tínhamos de arrumar o resto dos materiais.

Pedi ao Alberto que se sentasse no colchão e expliquei que íamos relaxar, a criança recusou, não quis sentar-se no colchão. Disse que se queria embora. Então, perguntei-lhe se

havia alguma coisa que queria fazer para a próxima sessão e ele disse que queria fazer um concurso de cães – pareceu-me ter confundido a palavra “concurso” com “percurso”, uma vez que, quando lhe pedi para me explicar como íamos fazer o concurso, ele exemplificou com deslocamentos e modos de passar os obstáculos.

Para terminar, pedi-lhe que pensasse como se estava a sentir e ele disse que estava alegre.

### **Anexo B.2 – Planeamento e relatório de sessão do Carlos**

De seguida será apresentado um plano de sessão do grupo 3, do qual fazia parte o Carlos, e o respetivo relatório.

#### Plano da Sessão nº16 – Grupo 3

<b>Descrição da atividade</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Materiais</b>	<b>Duração</b>
<b>Ritual de Entrada</b> As crianças entram na sala com as técnicas, descalçam os sapatos, deixando-os arrumados, e vestem as meias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a criação de rotinas.</li> <li>- Respeitar o ritual de entrada.</li> </ul>	----	4 minutos
<b>Conversa inicial</b> As crianças sentam-se em semicírculo com as técnicas. Conversa sobre o fim-de-semana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade de aceitar a opinião dos outros</li> <li>- Melhorar a relação entre o grupo;</li> <li>- Adequar a apreciação crítica;</li> </ul>	----	10 minutos
<b>Parte Fundamental</b> <b>1ª tarefa</b> <i>Macaquinho do Chinês + Jogo dos Guardiões</i> O primeiro menino a chegar ao canto da sala, tem de conseguir tirar o Guardião ao Macaquinho para ganhar o jogo sem ser apanhado. Quem conseguir, passa a ser o Macaquinho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular o comportamento nas situações de interação social;</li> <li>- Estimular a capacidade de inibição do movimento.</li> <li>- Aumentar a tolerância à frustração.</li> <li>- Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora.</li> <li>- Manter o foco na atividade;</li> <li>- Diminuir os comportamentos de oposição.</li> <li>- Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites.</li> </ul>	Guardiões.	20 minutos
<b>Retorno à calma</b> Comboio das Massagens Os meninos sentam-se em fila e fazem movimentos de massagem nas costas do colega da frente enquanto recebem massagem do colega que está atrás.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros.</li> <li>- Aumentar a consciência dos estados tonicoemocionais</li> <li>- Melhorar a consciência dos seus limites corporais.</li> <li>- Estimular a consciencialização corporal.</li> </ul>		14 minutos

**Conversa Final**

Sentados em semicírculo, as técnicas questionam as crianças sobre o que acharam da sessão, pedem que façam um resumo das tarefas realizadas.

Posteriormente, pede-se sugestões de tarefas para a sessão seguinte.

- Estimular a capacidade de chamada dos acontecimentos;
- Aumentar a expressão de interesses e preferências com o grupo de forma confiante.
- Reconhecer e identificar os seus diferentes estados emocionais.
- Aumentar a expressão dos estados de humor e de emoções.

8  
minutos

**Ritual de Saída**

As crianças calçam os sapatos, deixando as meias arrumadas.

- Promover a criação de rotinas.
- Respeitar o ritual de saída.

----

4  
minutos

### Relatório da Sessão nº16 – Grupo 3

*Antes da sessão:* o Carlos estava impaciente por ir para a sala, subiu as escadas e o JG e o GP foram atrás dele. Pedimos algumas vezes para descer e ele não queria. O Carlos acedeu, tendo descido as escadas e abraçado a terapeuta. O GP continuou com comportamentos de oposição. O TM disse que fez anos, dei-lhe os parabéns e quando tentei dar-lhe abraço, tapou a cabeça com o casaco.

No início da sessão e na conversa inicial foi possível observar que o Carlos se apresentou bastante agitado, irrequieto e desatento, imitando diversos animais (e.g. cão) e reproduzindo sons associados aos mesmos (tom elevado).

Pedimos às crianças que colocassem a sua foto na emoção que correspondia a como se sentiam. O Carlos disse que estava alegre, tendo colocado a foto por cima da foto da terapeuta.

No intervalo de tempo entre a conversa inicial e a primeira atividade, verificou-se que o Carlos apresentou alguns comportamentos desadequados e auto-lesivos, puxando os cabelos ou tapando os ouvidos, enquanto estava deitado no chão. Quando uma das terapeutas se dirigiu a ele e questionou como se sentia e porque estava a tapar os ouvidos, a criança referiu que estava com dor de cabeça, pelos gritos dos colegas, e que já estava com a mesma antes da sessão (contudo assim que entrou na sala esteve a fazer barulhos num tom elevado e a movimentar-se muito pela sala), sendo que a mesma também solicitou que da próxima vez que ele se sentisse como estava naquele momento, se dirigisse a uma das terapeutas e falasse com a mesma.

Inicialmente fizemos o jogo do *Macaquinho Guardião*. Quando perguntámos as regras do jogo, o LF queria dizer, mas o TM disse que não era preciso porque todos sabiam as regras. O LF começou a chorar porque queria dizer as regras. Eu disse-lhe que não era preciso, mas se ele queria dizer, podíamos lembrar e cada um dizia uma regra do jogo. Ele acedeu. O LF disse que íamos dizer as regras, expliquei como íamos fazer e deixei o LF

começar. Ele disse uma regra que não era do macaquinho do chinês. Expliquei-lhe que tinha de ser uma regra do macaquinho, mas ele voltou a dizer a mesma regra. Depois o GV disse outra regra, o TM e o Carlos não quiseram dizer. O JG disse uma regra e depois o GP pediu para dizer também.

O LF fez várias birras durante o jogo, pelo que foi difícil ter uma continuidade no jogo. Os comportamentos apresentados pelo LF não só condicionam a sua participação nas atividades, mas também a dos colegas, uma vez que existe a necessidade de parar a atividade ou a tarefa realizada, para ajudar o LF a regular-se ou a compreender porque foi chamado a atenção. Sendo que as consequências do seu comportamento causam desmotivação e baixa participação em alguns colegas, nomeadamente, no TM e no Carlos.

Relativamente à primeira atividade, o Carlos recusou participar na mesma, acabando por ficar sentado encostado à terapeuta e procurando alguma contenção. Após alguns instantes, foi-lhe solicitado se gostaria de desenhar em conjunto com a terapeuta e ele respondeu afirmativamente, por isso, criou-se uma atividade em que o Carlos desenhava algo e a terapeuta copiava o que ele desenhava. Nesta tarefa, o Carlos mostrou-se mais motivado e alegre, abstraindo-se um pouco dos barulhos dos restantes colegas. Na atividade de retorno à calma, o Carlos mostrou disponibilidade em participar na mesma, contudo após alguns minutos o mesmo acabou por realizar oscilações entre estar na atividade e sair da mesma. Na conversa final, apresentou-se mais calmo, tranquilo, animado e alegre, acabando por questionar a terapeuta se podia levar o seu desenho para casa. No fim da sessão, no momento em que uma das terapeutas estava a tentar convencer dois dos colegas a calçarem os sapatos e a saírem para o lanche, o Carlos tentou ajudar a terapeuta nessa ação, no entanto fê-lo de forma algo agressiva.