



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora numa Unidade de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência.**

Inês Paulo Alexandre

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria Rosa Torres Esquina
Paula Saragoza

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora numa Unidade de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência.**

Inês Paulo Alexandre

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria Rosa Torres Esquina
Paula Saragoza

Évora 2023



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 | Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)
Guida Veiga (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Um especial agradecimento à Professora Dr.^a Gabriela Almeida, por toda a orientação e apoio, mas acima de tudo, por nunca me deixar desistir e transmitir todo o seu conhecimento ao longo do estágio.

À Dr.^a Rosa Esquina, Dr.^a Paula e a todos os profissionais da Unidade de Pedopsiquiatria, por toda a orientação e ajuda na instituição, demonstrando sempre disponibilidade para o que fosse necessário, ou um sorriso sempre que algo não corria bem.

A todos os casos que acompanhei, em grupo ou individual, e às suas famílias, por me darem a oportunidade de fazer o que mais gosto e por me ajudarem a crescer enquanto profissional.

Aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio e confiança transmitida, por todo o conforto e coragem, acreditando em mim e sendo um suporte inexplicável. Nunca vou conseguir agradecer tudo o que fazem por mim.

Ao melhor do mundo, ao Miguel, por todo o companheirismo, paciência, ajuda e força dada ao longo de todo o mestrado e todo o decorrer do estágio, bem como em toda a minha vida.

À Ioana, a melhor colega de estágio que eu poderia pedir. Por todos os momentos de desespero, todo o companheirismo, todas as reflexões, todos os momentos em que nos tivemos de reinventar, mas acima de tudo, pela nossa amizade. Sem ti, não teria sido tão bom e não teria crescido tanto.

À Joana, por toda a ajuda, desde as praxes, por ser uma excelente profissional e uma amiga incrível, mas também uma excelente orientadora no local de estágio. Obrigada por me veres e ajudares a crescer como pessoa e enquanto profissional.

À melhor família que Évora me poderia ter dado, essencialmente à Rita, Gabriel, Laura, Beatriz, Miguel, Ana e David. Agradecer por todas as aventuras vividas a vosso lado, e por todos os momentos vividos através de um pequeno ecrã. À minha afilhada Marina, por o voto de confiança que depositou em mim e todo o apoio.

À Rafaela Moreira, à Elisa e à Beatriz, por toda a paciência e ajuda nos momentos mais difíceis, mas principalmente nos momentos de maior alegria. Obrigada.

A todos os meus amigos por toda a amizade e ensinamentos transmitidos, nomeadamente Lucas, Patrícia, Ana, Isidro, João, Samuel, Cátia e Eduardo.

Por fim, à cidade de Évora por me ter acolhido nestes anos de mestrado e ao mestrado de Psicomotricidade, por me ter feito crescer e tornar-me na pessoa e profissional que sou hoje.

A todos, o meu maior obrigada!

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo.” (Fernando Pessoa)

Resumo**“Intervenção Psicomotora numa Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência”**

A intervenção psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil visa compreender, explorar e resolver os conflitos e angústias internas, permitindo a (re)construção de novos significados para as vivências corporais associadas a esses estados ou conflitos, e assim contribuir para uma relação mais prazerosa entre Eu Corporal e o Eu Psíquico.

O presente relatório de estágio corresponde à descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, numa Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência.

Os objetivos centravam-se na contextualização da prática psicomotora numa Unidade de Pedopsiquiatria; investigar e descrever os casos encaminhados para a Psicomotricidade; descrever as atividades efetuadas durante o período de estágio; fazer a análise e a contextualização da intervenção psicomotora, e investigar os resultados obtidos da intervenção psicomotora em dois Estudos de Caso, acompanhados individualmente, fazendo a contextualização da perturbação da personalidade *borderline* e perturbação do desenvolvimento intelectual.

Partindo da fundamentação da intervenção psicomotora, possibilitou a identificação das evoluções positivas, com recurso a diversos instrumentos de avaliação, bem como a observação informal. Assim, foi feita uma reflexão acerca da pertinência da Psicomotricidade, em contexto hospital, nomeadamente em Unidades de Pedopsiquiatria.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Neurodesenvolvimento; Regulação emocional; Comportamentos desadaptativos.

Abstract**“Psychomotor intervention in a Child and Adolescent Psychiatry Unit”**

Psychomotor intervention in the context of child and adolescent mental health aims to understand, explore and resolve internal conflicts and anxieties, allowing the (re)construction of new meanings for the bodily experiences associated with these states or conflicts, and thus contributing to a more pleasurable relationship between Body Self and Psychic Self.

This internship report corresponds to the description of the activities carried out during the curricular internship of the Master in Psychomotricity at the University of Évora, in a Child and Adolescent Child and Child Psychiatry Unit.

The objectives were centered on the contextualization of psychomotor practice in a Child Psychiatry Unit; investigate and describe the cases referred to Psychomotricity; describe the activities carried out during the internship period; carry out the analysis and contextualization of the psychomotor intervention, and investigate the results obtained from the psychomotor intervention in two Case Studies, followed individually, making the contextualization of borderline personality disorder and disturbance of intellectual development.

Based on the foundations of the psychomotor intervention, it enabled the identification of positive developments, using various assessment instruments, as well as informal observation. Thus, a reflection was made on the pertinence of Psychomotricity, in a hospital context, namely in Child Psychiatry Units.

Keywords: Psychomotricity; Neurodevelopment; Emotional regulation; maladaptive behaviors.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Índice Geral.....	IV
Índice dos Gráficos	VIII
Índice de Figuras.....	IX
Siglas.....	XII
2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	3
2.1 Breve história da psicomotricidade e saúde mental infantojuvenil em Portugal	3
2.2 Psicomotricidade enquanto terapia de mediação corporal.....	4
2.3 Psicomotricidade no contexto de saúde mental infantojuvenil.....	5
2.3.1 <i>Trabalho do Psicomotricista em saúde mental infantojuvenil</i>	7
2.3.2 <i>Metodologia de intervenção</i>	8
2.4 Caracterização da instituição	11
3- ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	13
3.1 – Descrição das atividades de estágio	13
3.1.1 – <i>Calendarização e horário</i>	13
3.1.2 – <i>Progressão das atividades de estágio</i>	13
3.1.3– <i>Descrição das atividades complementares de estágio</i>	14
3.2 – Intervenção psicomotora no local de estágio	16
3.2.1 <i>Etapas da intervenção</i>	19
3.3 – Descrição dos instrumentos de avaliação	20
3.3.1. <i>Avaliação informal</i>	20
3.3.2 <i>Avaliação formal</i>	21
3.5 – Descrição dos casos acompanhados individualmente.....	27
3.5.1 Caso “Martim”	28
3.5.2 Caso “Pedro”	31
3.5.3 Caso “Paulo”	34
3.6 – Descrição dos casos acompanhados em grupo	37
5.1 Identificação e anamnese	46
5.2 Revisão teórica de suporte: Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i>	49
5.3 Avaliação inicial	51
5.2.1. <i>Avaliação informal – Escala de Observação de Louvain</i>	52
5.2.2. <i>Questionário de Capacidades e de Dificuldades</i>	53

5.2.3. <i>Desenho da pessoa - Draw a person</i>	54
5.2.4. <i>Subteste Estátua da bateria de NEPSY-II</i>	55
5.2.5. <i>Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ªEdição</i>	55
5.2.6 <i>Fator Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca</i>	56
5.2.7. <i>Torre de Londres</i>	57
5.4 Elementos Critério	57
5.5 Hipóteses explicativas.....	58
5.6. Projeto terapêutico	60
5.7 Projeto pedagógico-terapêutico	62
5.7.1. <i>Fundamentação da intervenção</i>	62
5.7.2 <i>Estratégias específicas</i>	64
5.7.3 <i>Exemplos de atividades</i>	65
5.8 Progressão terapêutica	66
5.9 Resultados da avaliação após a intervenção e discussão	67
5.9.1 <i>Observação informal – Escala de Observação de Louvain</i>	67
5.9.2 <i>Questionário de Capacidades e Dificuldades</i>	69
5.9.3 <i>Desenho da Pessoa – Draw a Person</i>	70
5.9.4 <i>Estátua da Bateria de NEPSY-II</i>	70
5.9.5. <i>Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ªEdição</i>	71
5.9.6. <i>Fator Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca</i>	72
5.9.7. <i>Torre de Londres</i>	73
5.9.8 <i>Discussão</i>	73
6- ESTUDO DE CASO II – Maria (nome fictício)	75
6.1 Identificação e anamnese	75
6.2 Revisão teórica de suporte: Perturbação do desenvolvimento intelectual	77
6.3 Avaliação Inicial	78
6.3.1 <i>Avaliação informal – Escala de Observação de Louvain</i>	79
6.3.2. <i>Questionário de Capacidades e Dificuldades</i>	79
6.3.3. <i>Desenho da pessoa – Draw a person</i>	81
6.3.4. <i>Subteste de Estátua de NEPSY-II</i>	82
6.3.5 <i>Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ªEdição</i>	82
6.3.6. <i>Torre de Londres</i>	82
6.4 Elementos critério	83
6.5 Hipóteses explicativas.....	83
6.6 Projeto terapêutico	86

6.7. Projeto pedagógico-terapêutico	88
6.7.1 <i>Fundamentação da intervenção</i>	88
6.7.2 <i>Estratégias específicas</i>	90
6.7.3 <i>Exemplos de atividades</i>	91
6.8 Progressão terapêutica	92
6.9 Resultados da avaliação após a intervenção e discussão	93
6.9.1 <i>Observação informal – Escala de Louvain</i>	93
6.9.2 <i>Questionário de Capacidades e Dificuldades</i>	95
6.9.3 <i>Desenho da pessoa – Draw a person</i>	96
6.9.4 <i>Subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II</i>	96
6.9.5 <i>Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição</i>	97
6.9.6 <i>Torre de Londres</i>	98
6.9.7 <i>discussão</i>	98
7-CONCLUSÃO.....	100
8-REFERÊNCIAS	102
9. ANEXOS	XI
9.1 Anexo I – Declaração do consentimento informado.....	XII
9.2 Anexo II – Exemplo de um planeamento de sessão - Programa de Relaxação Terapêutica	XI
<i>Anexo II. 1 – Póster afixado na UPIA – Programa de Relaxação terapêutica</i>	XII
9.3 Anexo III – Caso “Miguel”	XI
<i>Anexo III. 1 – Tabela de acompanhamento do “Miguel”</i>	XI
<i>Anexo III. 2 – Projeto terapêutico do “Miguel”</i>	XII
9.4 Anexo IV–Tabela dos casos que desistiram dos grupos	XIV
9.5 Anexo V–Exemplo de plano de sessão do grupo.....	XI
9.6 Anexo VI–Exemplo de relatório de sessão de grupo.....	XII
9.7 Anexo VII–ESTUDO CASO I.....	XV
<i>Anexo VII. 1 – Avaliação inicial – DAP</i>	XV
<i>Anexo VII. 2 – Avaliação final- DAP</i>	XVI
<i>Anexo VII. 3 – Exemplo de relatório de sessão 1</i>	XVII
<i>Anexo VII. 4 – Exemplo de relatório de sessão 2</i>	XVIII
9.8 Anexo VIII–ESTUDO CASO II.....	XIX
<i>Anexo VIII. 1 – Avaliação inicial – DAP</i>	XIX
<i>Anexo VIII. 2 – Avaliação final- DAP</i>	XX
<i>Anexo VIII. 3 – Exemplo de relatório de sessão 1</i>	XXI

Anexo VIII. 4 – Exemplo de relatório de sessão 2 XXII

Índice dos Gráficos

Gráfico 1. <i>Resultados da avaliação inicial do BOT-2 do Gustavo</i>	55
Gráfico 2. <i>Resultados da avaliação inicial e final no BOT-2, do Gustavo</i>	71
Gráfico 3. <i>Resultados da avaliação inicial e final, pelo BOT-2, pela Maria</i>	97

Índice de Figuras

Figura 1. SALA DE PSICOMOTRICIDADE, SESSÕES INDIVIDUAIS.	17
Figura 2. SALA POLIVALENTE, SESSÕES DE GRUPO.....	17
Figura 3. GENOGRAMA DO ESTUDO-CASO GUSTAVO.	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Calendarização do Estágio Curricular</i>	13
Tabela 2. <i>Horário das atividades de estágio</i>	14
Tabela 3. <i>Acompanhamento do “Martim”</i>	28
Tabela 4. <i>Projeto terapêutico do “Martim”</i>	29
Tabela 5. <i>Acompanhamento do “Pedro”</i>	31
Tabela 6. <i>Projeto terapêutico do “Pedro”</i>	32
Tabela 7. <i>Acompanhamento do “Paulo”</i>	34
Tabela 8. <i>Projeto terapêutico do “Paulo”</i>	35
Tabela 9. <i>Objetivos terapêuticos para o grupo I e II</i>	38
Tabela 10. <i>Descrição dos casos do Grupo I</i>	39
Tabela 11. <i>Descrição dos casos do Grupo II</i>	42
Tabela 12. <i>Resultado da observação informal inicial do Gustavo</i>	52
Tabela 13. <i>Resultados da avaliação inicial -SDQ-Por do Gustavo</i>	53
Tabela 14. <i>Resultados da avaliação inicial no DAP do Gustavo</i>	54
Tabela 15. <i>Resultados obtidos na avaliação inicial - Fator Tonicidade da BPM, do Gustavo</i>	56
Tabela 16. <i>Projeto terapêutico do Gustavo</i>	61
Tabela 17. <i>Etapas de intervenção psicomotora com o Gustavo</i>	66
Tabela 18. <i>Resultado da observação informal inicial e final do Gustavo</i>	67
Tabela 19. <i>Resultados da avaliação inicial vs avaliação final no SDQ-Por do Gustavo</i>	69
Tabela 20. <i>Resultados da resposta ao SDQ-Por da Diretora de Turma do Gustavo</i>	69
Tabela 21. <i>Resultados da avaliação final no DAP do Gustavo</i>	70
Tabela 22. <i>Comparação de resultados da avaliação inicial vs final do Estátua de NEPSY-II, do Gustavo</i>	71
Tabela 23. <i>Resultados da Avaliação inicial e final - Fator Tonicidade da BPM, do Gustavo</i>	72
Tabela 24. <i>Resultados da avaliação inicial e final da Torre de Londres, do Gustavo</i>	73
Tabela 25. <i>Resultados da observação informal inicial da Maria</i>	79
Tabela 26. <i>Resultados obtidos na avaliação inicial no SDQ-Por da Maria</i>	80
Tabela 27. <i>Resultados obtidos na avaliação inicial no SDQ-Por da Maria, respondido pela professora</i>	80
Tabela 28. <i>Resultados da avaliação inicial no DAP da Maria</i>	81
Tabela 29. <i>Projeto terapêutico da Maria</i>	87

Tabela 30. <i>Etapas de intervenção psicomotora com a Maria.</i>	92
Tabela 31. <i>Resultado da observação informal inicial e final da Maria.</i>	94
Tabela 32. <i>Resultados da avaliação inicial vs avaliação final no SDQ-Por da Maria.</i>	95
Tabela 33. <i>Resultados obtidos na avaliação inicial vs final no SDQ-Por da Maria, respondido pela professora</i>	95
Tabela 34. <i>Resultados da avaliação inicial vs final no DAP da Maria.</i>	96
Tabela 35. <i>Resultados da avaliação inicial vs final do subteste Estátua de Nepsy da Maria.</i>	96
Tabela 36. <i>Resultados da avaliação inicial vs final da Torre de Londres da Maria.</i>	98

Siglas

APA- *American Psychiatric Association*

APP- Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BOT-2 – *Teste de Proficiência motora de Bruininks Oserestky, 2ª edição*

BPM- Bateria Psicomotora

CDC- Centro de Desenvolvimento da Criança

CSMIJL - Serviço de Reabilitação no Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa

DAP- Desenho da pessoa – *Draw a Person*

PDI- Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SQD-Por – Questionário de Capacidades e Dificuldades

TL- Torre de Londres

UPIA- Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

CAPÍTULO I

1-INTRODUÇÃO

A Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal que não se foca apenas no ser humano, mas abrange o envolvimento psicossomático ou psicocorporal no global, que apresenta funções ao nível da motricidade e da corporalidade, estando em simbiose com as funções afetivas, de relações, linguagem e cognitivas. O facto de serem indissociáveis, faz com que o corpo entre em ação e envolva a ação abrangendo a expressão corporal no seu todo, tendo como fim promover a criação de relações com o outro e com o contexto envolvente (Fonseca, 2010a).

De acordo com João dos Santos, esta terapia torna-se mais eficaz quando existe um trabalho de uma equipa multidisciplinar e também quando o psicomotricista tem presente uma atitude relacional perante o sujeito, como se de um espelho se tratasse, fulcral no contexto hospitalar (Branco, 2010). É de salientar que a terapia psicomotora incide sobre o cerne do sintoma ou expressão do mesmo (Maximiano, 2004). No contexto hospitalar, considerando a componente relacional, existem várias metodologias a envolver, por exemplo, as terapias expressivas, as atividades gnossopráticas, o jogo livre e espontâneo, e as técnicas de relaxação. O presente relatório de estágio compreende a contextualização das atividades e experiências vividas ao longo do estágio curricular, no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, que decorreu numa Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência. Além disso, tem como principais objetivos a contextualização da prática psicomotora numa Unidade de Pedopsiquiatria; investigar e descrever os casos encaminhados para a Psicomotricidade; descrever as atividades efetuadas durante o período de estágio; fazer a análise e a contextualização da intervenção psicomotora, e investigar os resultados obtidos da intervenção psicomotora em dois Estudos de Caso, acompanhados individualmente, fazendo a contextualização da perturbação da personalidade *borderline* e perturbação do desenvolvimento intelectual. Este estágio foi realizado em colaboração com outra colega psicomotricista estagiária, pelo que a intervenção psicomotora dos grupos e outras atividades desenvolvidas, foram realizadas em conjunto.

A estrutura do relatório de estágio foi dividida em três grandes capítulos, mais concretamente, o enquadramento teórico da prática psicomotora, organização das atividades de estágio e estudos de caso. No primeiro capítulo, é abordada a história da psicomotricidade e saúde mental infantojuvenil em Portugal, a psicomotricidade enquanto terapia de mediação corporal e em contexto de saúde mental infantojuvenil, onde é refletido o trabalho do

psicomotricista neste contexto, abordadas as metodologias de intervenção, e é feita a caracterização da instituição.

No segundo capítulo, é feita uma descrição das atividades de estágio, mais concretamente a organização das atividades realizadas. Neste capítulo é apresentado a calendarização e o horário realizado, a progressão na autonomia, descrição das atividades complementares de estágio (reuniões, apresentações, programa de relaxação e outras formações), é refletida a intervenção psicomotora no local de estágio e as respetivas etapas de intervenção, e por fim, é feita uma descrição dos instrumentos de avaliação e, dos casos acompanhados individualmente (onde são apresentados dados anamnésicos, resultados da avaliação inicial e final, a correspondente progressão terapêutica e aspetos acerca da intervenção) e em grupo (apresentação do motivo de encaminhamento, dos resultados da avaliação inicial e final, e a progressão terapêutica).

Por fim, são apresentados os dois estudos de caso mais aprofundadamente, onde é apresentada a sua identificação e dados anamnésicos, é feita uma revisão teórica de suporte específica para o caso; apresentados os resultados alcançados na avaliação inicial; são descritos os elementos critério e hipóteses explicativas; projeto terapêutico (perfil intraindividual, objetivos terapêuticos, metodologia e tipologia de intervenção); a fundamentação e a nomeação das diretrizes da intervenção, estratégias específicas e exemplos de atividades, e por último, é feita a progressão terapêutica e a respetiva discussão.

2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1 Breve história da psicomotricidade e saúde mental infantojuvenil em Portugal

A história da Psicomotricidade remota a Antiguidade, desde que surgiram as questões sobre o “(...) *o corpo, as suas sensações, emoções, e a relação entre a alma e o corpo*” (Branco, 2010, pg.271). Somente no século XIX, com os avanços na área da Psicologia e Psiquiatria infantojuvenil, surgiu o conceito de Psicomotricidade, dada a necessidade de compreender a relação entre o corpo e o psiquismo, bem como a relação da psicopatologia e distúrbios psicomotores (Fonseca, 2010; Figueira & Freitas, 2017).

Em Portugal, a história da Psicomotricidade e saúde mental infantojuvenil surgiu nos anos 40 e 50 do século XX, com João dos Santos, sendo o grande impulsionador. Este defendia que a saúde mental devia ser basilar tanto nas famílias como também nas escolas e meio social (Vidigal, 2016). Ao longo da sua vida, teve oportunidade de investigar e trabalhar com nomes influentes no âmbito da saúde mental infantil e com impacto na área da Psicomotricidade, mais concretamente, Henri Wallon, Jean Delay, Ajuriaguerra e Jacques Lacan, onde contactou com a psiquiatria infantil “*mais autónoma e (...) mais eficaz*”. (Branco, 2010; Santos, 2007, pg.12). Foi com Wallon que percebeu a necessidade de interpretar e agir perante crianças fragilizadas, mesmo antes de ingressarem a escola primária (Branco, 2010).

Com um leque amplo de vivências e conhecimentos, deu início à implementação de uma revolução nesta área, onde defendia que a “*criança seria compreendida e tratada em função de si própria e da sua circunstância particular*” (Mendonça, 2003, pp. 96-97), tendo presente uma visão evolutiva. Ao defender que o corpo é a reflexão da mente, João dos Santos criou o Serviço de Reabilitação no Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa (CSMIJL), sendo que, em Portugal, era a primeira unidade de reabilitação pedopsiquiátrica, onde integrou um “*reeducador da psicomotricidade*” na equipa multidisciplinar (Coimbra de Matos, 2012).

Em 1975, juntamente com outros colegas, criou a Casa da Praia – Externato de Pedagogia Terapêutica do CSMIJL, onde implementou a associação da psicanálise à pedagogia e realizou os primeiros exames psicomotores. Tinha como principal finalidade compreender a componente relacional e as relações inconscientes que atuavam sobre o consciente, adotando uma postura psicodinâmica, tanto na escola como nas aprendizagens, ajudando a população infantil com problemas escolares. Defendia também que, para uma aprendizagem consistente, era fulcral saúde mental e bom desenvolvimento humano, destacando a tríade corpo, espaço e conflito na vida emocional da criança (Branco, 2010; Costa, 2008; Santos, 2007).

Juntamente com Maria José Vidigal (na Clínica da Encarnação), Coimbra de Matos e outros investigadores, conseguiu implementar equipas multidisciplinares nas escolas e centros de saúde mental infantil, que abrangiam áreas como a Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, ensino e educação, e ainda Psicomotricidade (Branco, 2010, cit por Figueira & Freitas, 2017; Vidigal, 2005).

Mais tarde, ao alastrar o número de centros de saúde mental ao longo do país, estes centros foram extintos de modo a serem integrados em departamentos dos hospitais, em que no caso do CSMIJL, passou a Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia (Branco, 2010; Coimbra de Matos, 2012; Santos, 2007; Vidigal, 2005). A partir daí, a Psicomotricidade ingressou várias modalidades dentro dos serviços de pedopsiquiatria. Os Hospitais de Dia eram uma das modalidades, sendo considerados como “*instituição de transição (...) que (...) através do seu funcionamento que mais eficazmente se poderá operar a mudança de conceitos e práticas que a moderna compreensão da saúde e doença mentais impõe.*”. Esta modalidade foi criada com o intuito de apoiar crianças e famílias com fragilidades na saúde mental (Coimbra de Matos, 2012, pg. 177).

Ao longo do trabalho realizado por João dos Santos, ressaltam dois pontos na inovadora perspectiva prática e científica na área da psiquiatria infantojuvenil nomeadamente, o facto de abordar a Psicomotricidade numa componente pluridisciplinar, onde o corpo e o movimento são indissociáveis do indivíduo, basilar ao desenvolvimento emocional, psíquico e cognitivo; e o facto de reunir conhecimentos na área neurofisiológica, educacional e sociocultural, dando importância à pedagogia terapêutica (Branco, 2010).

Concluindo, no final do século XX, Pedro Soares Onofre propagou a Psicomotricidade a nível nacional, desmitificando preconceitos e defendendo a criança, com base numa metodologia fenomenológica (criatividade, descoberta e iniciativa), dando ênfase às relações interpessoais estabelecidas e à relação com o meio envolvente (Costa, 2008). Mais tarde, Fonseca (2005) desenvolveu uma teoria que evidenciava a complexidade psicocorporal do sujeito, associando a motricidade, a organização do psiquismo e a aprendizagem, de modo a compreender os comportamentos psicomotores. Atualmente, a Psicomotricidade é uma terapia complementar à Pedopsiquiatria, tendo como principal objetivo interpretar e resolver os conflitos internos da criança (Figueira & Freitas, 2017).

2.2 Psicomotricidade enquanto terapia de mediação corporal

A Psicomotricidade pode ser definida como terapia de mediação corporal, com uma visão holística e psicossomática do indivíduo, que visa compreender a complexidade das relações e interações com o meio envolvente, tendo por base a expressão e organização da

função tónica (Fonseca, 2010b). O corpo é considerado como o elemento principal da terapia, corpo este que é basilar e condutor da expressão emocional e culmina todas as vivências pessoais e corporais, que são fulcrais para a construção da identidade e personalidade do indivíduo. Este *corpo em movimento* permite o reencontro com o prazer sensório-motor, através de atividades lúdicas e dos processos simbólicos (Fernandes, 2015; Martins, 2001; Maximiano, 2004).

Esta terapia de mediação corporal evidencia o movimento e a função tónica incluindo alguns parâmetros como a inteligência, linguagem e a afetividade, de maneira a refletir a expressão emocional, pensamento e comunicação, facilitando a criação de relações interpessoais (Boscaini, 2012). Através da intervenção em Psicomotricidade, é possível alcançar o corpo como o veículo terapêutico que age e que cria relações com o outro e com o meio envolvente (Fonseca, 2001), permitindo ao terapeuta adequar as suas estratégias e respostas às ações inadequadas (Martins, 2001). Quer isto dizer que, esta intervenção visa potenciar a organização psicomotora, através da orientação do movimento, desde que é iniciado até ao fim, dando-lhe intencionalidade, e tornando-o terapêutico (Fonseca, 2001). Para além disso, tem como fim agir nas funções mentais, comportamentais e psicológicas, através do corpo, considerando a dimensão relacional (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

Em suma, a Psicomotricidade é caracterizada por todos os fenómenos que consciencializam os processos psíquicos essencialmente ao nível da motricidade (movimentos, atitudes e posições), estudando as diversas fases de desenvolvimento das funções instrumentais e relacionais (Ballouard, 2008). É de salientar que o contacto com as famílias é fulcral, uma vez que os pais são os principais aliados na intervenção (Costa, 2008).

2.3 Psicomotricidade no contexto de saúde mental infantojuvenil

A intervenção psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil visa interpretar e resolver os conflitos e angústias internas (Almeida, 2005), ou seja, estabelecer uma harmonia entre o corpo e o psiquismo, visando unir o Eu Corporal com o Eu Psíquico (Martins, 2001; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001). É considerada de carácter preventivo e/ou terapêutico, uma vez que procura investigar as expressões corporais, através da análise da consciência corporal e perceção, regulação comportamental e emocional, habilidades sociais e adaptabilidade relacional do indivíduo (APP, 2011).

A intervenção em Psicomotricidade no contexto de saúde mental infantojuvenil tem como principais objetivos melhorar as competências psicomotoras, nomeadamente equilíbrio estático e dinâmico, noção do corpo, lateralidade, estruturação espaço-temporal, motricidade

final e global; reforçar da identidade e a adaptabilidade aos contextos envolventes; e potenciar a percepção e consciência corporal, expressão dos afetos e emoções, autorregulação do comportamento e competências sociais (APP, 2011). Atua sobre os domínios cognitivo, motor e emocional, potenciando sempre a autonomia e independência (APP, s.d.; Boscaini, 2012; Probst 2017).

As sessões terapêuticas permitem a existência de um espaço que seja promissor à reestruturação da vida psíquica, alcançando uma nova forma de expressão dos conflitos internos, quer isto dizer, através da comunicação não verbal (Rodrigues, Gamito, & Nascimento, 2001, cit por Figueira & Freitas, 2017). Ao proporcionar um ambiente securizante e contentor nas sessões, possibilita o terapeuta observar, escutar, sentir e compreender de forma holística a elaboração mental do sujeito e a forma como esta se expressa (Almeida, 2005; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001), sendo importante uma postura com firmeza, onde são colocados limites (e.g. regras) (Llinares & Rodríguez, 2008). Assim, é realizada uma observação completa do indivíduo, tentando perceber os traços de personalidade psicomotores do sujeito (Fonseca, 2010a).

De acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.), são consideradas indicações terapêuticas para população infantojuvenil, quando existe o comprometimento ao nível emocional, comportamental e cognitivo, sendo que estas fragilidades têm repercussões no desenvolvimento psicomotor. Especificando, ao nível cognitivo salientam-se as fragilidades no processamento informacional, mentalização e simbolização (atenção, memória, organização perceptiva, simbólica e conceptual); ao nível emocional e comportamental destacam-se os comprometimentos na regulação emocional, baixa autoestima e autoimagem, na autorregulação comportamental (inibição, hiperatividade, agressividade, impulsividade e agitação psicomotora) e problemas psicossomáticos; e são consideradas como repercussões no desenvolvimento psicomotor as fragilidades ao nível da instabilidade postural, regulação tónica (hipotonicidade, hipertonicidade, gaguez, tiques), coordenação, equilíbrio, lateralidade, estruturação espaço-temporal, esquema e imagem corporal, bem como as desarmonias tónico-emocionais. Para além disso, também podem ser abrangidas perturbações do foro psicoafectivo e psicanalítico, como neurose, depressão, *borderline* (patologia-limite), psicose infantil, perturbações do comportamento alimentar, problemas de vinculação, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade e disruptivas do comportamento, entre outras (Almeida, 2005; APP, s.d.; Ballouard, 2008; Carvalho, 2005; Matias & Morais, 2011).

Em modo de conclusão, a intervenção psicomotora em contexto pedopsiquiátrico tem como base o desenvolvimento psicomotor infantojuvenil, com vista à diminuição dos sintomas

e fragilidades sinalizadas, para que seja possível a adaptabilidade desta população aos diversos contextos envolventes. Para tal, é fulcral o estabelecimento da relação terapêutica com a criança/adolescente, de modo que exista a evidência das fragilidades e possam ser diminuídas, e também com a sua família e todos os contextos onde se insere (Probst, Kapen, Poot, & Vancampfort, 2010).

2.3.1 Trabalho do Psicomotricista em saúde mental infantojuvenil

Nas sessões de Psicomotricidade, o psicomotricista lida com o corpo “descoberto” que vivencia uma experiência harmoniosa, de modo a reajustar a sua personalidade e o seu Eu ao contexto social (Ballouard, 2008). Para tal, é necessário que o psicomotricista proporcione uma sessão com uma atmosfera securizante e contentora, de modo a estimular os movimentos e a expressividade corporal, que refletem os processos psíquicos dos sujeitos e os seus conflitos internos (Fernandes, 2015; Martins, 2001; Rigal, 2010). Esta atmosfera empática e sem qualquer julgamento, juntamente com a relação terapêutica estabelecida (proporcionando a unidade psicossomática), faz com que o sujeito se sinta com “maior liberdade” para vivenciar experiências prazerosas e também partilhar as suas emoções e sentimentos, isto é, para expressar o seu Self, recorrendo sempre ao movimento do corpo (Boscaini, 2012; Almeida 2005; Martins, 2001; Rigal, 2010).

O psicomotricista deve participar nas atividades sugeridas pelo sujeito, dando “legenda” ao que o sujeito está a vivenciar e a sentir, para que possa ser integrado e representado mais rapidamente. No entanto, caso não existam sugestões de atividades, deve fazer a sua sugestão de atividade e escolher alguns materiais (caso necessário), de modo a potenciar a vivência psicomotora. A postura do psicomotricista deve ser o menos diretiva e indutora possível, dando espaço à criança para expressar o mundo interior (Aucouturier, 2010; Golse, 2002, cit por Fernandes, et. al, 2018; Vechiato, 2003 cit. por Santos et. al, 2007).

Sendo o olhar uma das primeiras experiências relacionais que o sujeito vivencia na sua vida, nas sessões de Psicomotricidade também acontece. É através do contacto ocular entre sujeito e o terapeuta, e o gradual aumento da confiança e aceitação ao olhar do outro, que permite o psicomotricista compreender e identificar as fragilidades emocionais e promover vivências menos expositivas, potenciando um ambiente securizante e confiante (Fernandes et al., 2018). Partindo deste ambiente, e do estabelecimento gradual da relação terapêutica, o psicomotricista fornece ao sujeito uma noção de pertença e de autoconhecimento e, proporciona a vivência genuína dos seus estados emocionais, fazendo com que o espaço da sessão seja seu e possa fazer dele o que desejar (Maximiano, 2004).

Para além do supracitado, todo o processo terapêutico é pensado e contextualizado pelo técnico, devendo ser o mais ajustado e adequado às características intraespecíficas de cada indivíduo, privilegiando sempre um contexto relacional. O terapeuta deve ter a capacidade de responder às necessidades do indivíduo e recolher informações necessárias à compreensão do caso e conseqüente processo terapêutico, nomeadamente para decidir que estratégias a optar, o tipo de atividades, etc. O psicomotricista pode recorrer a diversas técnicas de mediação corporal, como relaxação terapêutica, terapias expressivas, jogo espontâneo, entre outras, e também recorrer a algumas estratégias (e.g. planeamento e verbalização das atividades realizadas), potenciando as palavras e o movimento para ajudar a refletir o modo de agir (Fonseca, 2001; Scialom, 2015; Rigal, 2010).

Para João dos Santos, esta terapia torna-se mais eficaz quando existe um trabalho de uma equipa multidisciplinar e também quando o psicomotricista tem presente uma atitude relacional perante o sujeito, como se de um espelho se tratasse (Branco, 2010).

Concluindo, o terapeuta pode seguir dois modelos de intervenção, um modelo mais direcionado para a ação e outro, mais direcionado à experiência. O primeiro modelo centra-se nas competências motoras, cognitivas e emocionais, porém, no segundo, o sujeito vivência diversas situações espontâneas, levando a que exista o contacto direto com fragilidades internas e externas (emoções, pensamentos e comportamentos indesejados) (Probst, et al., 2010). Para além disso, existem duas abordagens distintas, corporal e instrumental. A abordagem corporal consiste na envolvimento com o diálogo tónico-emocional e o cerne da personalidade do indivíduo, promovendo a sua evolução. É privilegiada a atividade lúdica, no entanto, quando existem fragilidades ao nível do jogo simbólico ou espontâneo, é possível recorrer a uma abordagem instrumental, que permite uma intervenção mais dirigida, onde é basilar a construção do planeamento e representação (APP, s.d.; Almeida, 2005; Martins, 2001).

2.3.2 Metodologia de intervenção

Ao longo do estágio, as metodologias de intervenção abrangeram o jogo espontâneo, as técnicas/métodos de relaxação, terapias expressivas e atividades gnósopráticas, com foco nas vivências e experiências corporais do sujeito. Considerando as problemáticas e a população do local de estágio, estas metodologias pretenderam potenciar a expressividade corporal e a consciência e regulação emocional, de modo a promover o autoconhecimento, noção corporal, tomada de iniciativa e participação nas atividades, autocontrolo e socialização (Costa, 2008; Veiga, Neto, & Rieffe, 2016).

O jogo espontâneo é visto como uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento social (Burdette & Whitaker, 2005 cit. por Veiga, Neto, & Rieffe, 2016). Promove a evidência

dos processos psíquicos e emocionais, considerando que o próprio corpo expressa as fragilidades psíquicas. Sendo o corpo o instrumento mais privilegiado para expressar o corpo imaginário (Almeida, 2005), o brincar possibilita a vivência de sensações prazerosas para a criança, pois leva-a a fugir da realidade, sendo atribuída total liberdade. Assim, permite a descoberta de novos caminhos, estimulando a adaptabilidade e a sensação de bem-estar (Lester & Russel, 2010; Pellegrini, 2009 cit. por Veiga, Neto, & Rieffe, 2016), e permite à criança ser agente do seu próprio desenvolvimento (Almeida, 2005).

Segundo Winnicott (1971 cit. por Fernandes, et., 2018), o jogo espontâneo abre o caminho para o estabelecimento da relação terapêutica entre terapeuta-paciente, fazendo que a criança reconheça o outro como par. Faz com que seja diminuída a inibição psicomotora, pois a criatividade leva à descoberta do Eu e do outro, manifestando pulsões e fantasmas inerentes à vida da criança (Scialom, 2015). Através do jogo espontâneo são potenciadas as competências sensoriais, cognitivas, psicocorporais e sociais, estimulando em simultâneo, a regulação emocional. Ainda assim, permite o desenvolvimento do pensamento, pois existe a atribuição de um significado aos objetos, estimulando competências de criar-recriar, vivenciando a sensação de decidir e pensar, aumentando a autoconfiança (Fernandes, et., 2018).

Em suma, o jogo espontâneo permite ao indivíduo estimular as suas competências cognitivas (pensamento, simbolização, representação e imaginação) (Almeida, 2005; APP, s.d.). Como o jogo espontâneo e a própria expressividade corporal se torna muito próximo da realidade, permite uma melhor percepção ao terapeuta das fragilidades e capacidades da criança (Probst, 2017).

De acordo com Costa (2008), a relaxação tem como principal objetivo diminuir as tensões, com recurso à libertação plena e holística do indivíduo, enquanto unidade que interferem no funcionamento global do indivíduo e na sua qualidade de vida. Quer isto dizer, que as técnicas de relaxação visam reduzir as contrações musculares, permitindo alcançar um estado de repouso e calma, de modo a consertar qualquer acontecimento de contração atípica que provoque dor ao sujeito. Segundo Guiose (2007), o tónus muscular advém de toda a organização nervosa, alcançando o tónus emocional. Desta forma, possibilita a consciencialização da função tónica, que leva a capacidade de diferenciação da mesma e a sua expressão corporal. O sujeito consegue comunicar consigo mesmo, sentindo o seu corpo como espaço de construção da personalidade (Maximiano, 2004).

A relaxação permite criar a diferenciação existente entre a função tónica e a função motora, uma vez que esta diferença consiste na passagem do estado de contração para um estado de resolução tónica. Esta passagem vai ser o caminho para que ocorra a

consciencialização da separação do fundo tónico com a emergência do próprio movimento. Quer isto dizer que, esta consciencialização é o reconhecimento do “trampolim” tónico para a ação projetada, e ao conseguir alcançar este reconhecimento, o indivíduo consegue aceder a um estado de descontração neuromuscular de cada segmento corporal, identificando o estado tónico dos mesmos, referindo se há uma alternância entre o estado de passividade e atividade. Havendo alteração do estado tónico, através da sua localização nas diferentes partes corporais, comparando com as restantes (figura-fundo), e ao ser generalizada a resolução tónica, faz com que seja consciencializado o reconhecimento topográfico do corpo e da função tónica (Maximiano, 2004; Martins, 2011a).

Numa visão holística em Psicomotricidade, a relaxação fomenta o envolvimento do sujeito com o seu corpo e que entra em relação com o outro, podendo experienciar vivências corporais partindo do toque, voz ou por objetos (e.g. bolas, lenços, bastões, brinquedos), que podem adquirir uma função transitiva (Maximiano, 2004; Martins, 2011a). Todas as técnicas e métodos utilizados são ajustados e adaptados às características intraespecíficas de cada sujeito e conhecimento da sua estruturação tónica e ritmicidade corporal, potenciando a sua perceção corporal, relação corpo-emoção e autoconhecimento emocional, que permite a comunicação (verbal e não-verbal) dos seus sentimentos, desejos e impulsos e expressividade corporal dos mesmos (Martins, 2001). É de salientar que, numa fase inicial da intervenção, a automassagem poderá ser mais benéfica, visto que é menos invasiva, transmitindo maior segurança e possibilita a regulação de tensões mais ansiosas e não implica uma proximidade do terapeuta (Maximiano, 2004; Martins, 2011a).

As terapias expressivas como meio de intervenção em Psicomotricidade facilitam o acesso a diferentes meios de comunicação, nomeadamente: verbal, expressiva, sentimental, prazer e imaginação. Ao interagir com o jogo simbólico e imaginário, estamos a estimular a fantasia, a criatividade, a capacidade de exprimir o que se sente, a imagética, elementos estes extremamente necessários para a vida mental do participante (Costa, 2008). Enfatizam os gestos e os movimentos autênticos (expressão do movimento observado pelo outro), contam com o papel de uma comunicação simbólica, exprimindo o conteúdo interno através do conteúdo externo (Giromini, Albaret & Scialom, 2015).

A intervenção psicomotora recorre-se a uma larga variedade de materiais, tal como: tintas, panos, bolas, cordas, arcos, bastões, entre outras. Fazendo-se desta forma apelo à prática de terapias expressivas em sessões de Psicomotricidade, uma vez que se dá ênfase ao uso dos mesmos nas atividades expressivas, isto é: na expressão corporal, expressão vocal, expressão

musical, expressão grafo-plástica, expressão dramática, visando integrar o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (Onofre, 2004).

Sendo o psicomotricista o terapeuta que trabalha com corpo e não o corpo, estas formas de expressão, estes simbolismos, por mais variados que sejam, surgem na base precoce do estabelecimento de uma relação terapêutica, importante para todo o desenvolvimento do processo do indivíduo. É através desta relação terapeuta-paciente que este se encontra num ambiente securizante e contentor na sessão, proporcionador do desenvolvimento das suas competências (Martins, 2011a).

Por fim, as atividades gnoso-práticas relacionam dois grandes parâmetros da área, mais concretamente, as capacidades cognitivas e qualidade espacial e temporal da praxia. De acordo com Bergès & Bounes (1985 in Martins, 2011, pg.104), a cognição consiste numa reelaboração do esquema e imagem corporal, em que o representado e o sugerido servem para recriar a relação existente entre o conhecimento do corpo do sujeito e também onde o mesmo atua, estando associada à qualidade espacial e temporal da praxia. Esta associação existe uma vez que a função gnósica relativa inerente ao próprio corpo é um pilar fulcral para a representação e antecipação da ação e assim, maximizar a postura, o seu nível tónico e permite controlar a sua inibição do movimento, com fim a incorporar o espaço agido e representado (Martins, 2001). O corpo é interpretado como um objeto que apresenta uma realidade externa e interna, no entanto, apresenta um aspeto biológico, orgânico e celular, e que ao mesmo tempo, é possível alcançar a sua vertente espacial, do qual é obtido um conhecimento topográfico cognitivo, que é o que define esquema corporal (Martins, 2001). Desta maneira, a “gnosia” é vista como o reconhecimento do corpo ou do envolvimento através da interpretação das informações sensoriais do mesmo (Bloch et al., 1997, cit. in Sage, Crosnier, Soppelsa, & Galliano, 2011), enquanto a “praxia” é o próprio movimento ou gesto intencional que faz com que seja feita uma ação sobre o envolvimento (Sage, et al., 2011). Ou seja, as atividades gnoso-práticas visam relacionar a ação e a sua representação.

2.4 Caracterização da instituição

A Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência foi criada em 2003 com o intuito de dar resposta a crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, com o fim de tratar e diagnosticar perturbações emocionais e comportamentais desta população, e outras patologias do foro psiquiátrico. É composta por uma equipa multidisciplinar fixa nomeadamente, psicólogos, pedopsiquiatras, professores de educação especial, internos de psiquiatria, enfermeiros e psicomotricistas (sendo 2 estagiárias da Universidade de Évora e 1 técnica de psicomotricidade contratada). O encaminhamento para a

unidade é realizado de forma eletrônica através de um médico assistente, da urgência e internamento hospitalar ou outras consultas médicas. Após a receção do pedido, é analisado pela equipa de triagem da unidade, sendo que esta análise é sustentada pela história clínica recebida. Após esta triagem, é feito o encaminhamento para a área mais ajustada às necessidades do sujeito. Caso haja algum fator que não permita o encaminhamento, o pedido é recusado (Esquina et.al, 2012).

No ano de 2009, foi criado um novo projeto a tempo parcial, a Área de Dia, que decorre até aos dias de hoje. Consiste na resposta a crianças na idade da latência, com alterações de comportamento, tendência para o agir e dificuldades de mentalização, possibilitando um espaço que permitisse pensar, imaginar, criar e sentir, de modo a resolver ou minimizar os conflitos e angústias internas. Estas crianças, acompanhadas em simultâneo por sessões terapêuticas individuais, são distribuídas em grupos e, posteriormente, integradas em ateliers específicos, podendo ser o atelier de expressão plástica (prevalendo o pensar, a criatividade e o sentir) e atelier de Psicomotricidade, desenvolvidos por uma educadora de infância e estagiários de psicologia e uma psicomotricista e estagiários de psicomotricidade, respetivamente. Estes ateliers são de periodicidade semanal, no entanto, paralelamente a estes ateliers, é feito um encontro com as famílias das crianças, com o intuito de auxiliar a compreensão do processo terapêutico e funcionamento psíquicos dos intervenientes, permitindo a partilha e reflexão de diversos tópicos. Regularmente, são feitas reuniões com os professores (Esquina et.al, 2012).

Alguns anos mais tarde, foi criado outro projeto, ainda existente, o Hospital de Dia, para dar resposta a adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, com problemas de impulsividade, agitação psicomotora, isolamento social, absentismo ou recusa escolar, comportamentos de risco e relações interpessoais frágeis. Este projeto consiste num tratamento psicoterapêutico em grupo, tendo como objetivos basilares, maximizar as competências sociais e pessoais, a autonomia, gestão emocional, bem como a autovalorização e a resolução de problemas; diminuir os comportamentos desajustados e a criação de estratégias de comunicação. Visto que este projeto ocorre num tempo parcial, com frequência semanal, existem diversos ateliers para os grupos terapêuticos, mais concretamente, Pensar a Desenhar, Pedagógico, Musicoterapia, Psicodrama, de Jogos e Psicomotricidade.

Em ambos os projetos, os grupos terapêuticos têm a duração de dois anos, e o período de intervenção de cada grupo acompanha as datas de início e término do ano letivo. Todas as semanas, ambas as equipas multidisciplinares se reúnem para discutir tópicos pertinentes, bem como refletir e partilhar a intervenção dos grupos (Esquina et.al, 2012).

CAPÍTULO II

3- ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

3.1 – Descrição das atividades de estágio

3.1.1 – Calendarização e horário

O estágio curricular decorreu numa Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA). Este estágio decorreu no período de 7 de outubro de 2020 a 28 de julho de 2021 (foi realizada pausa de Natal entre 21 de dezembro de 2020 e 4 de janeiro de 2021), fazendo uma totalidade de 10 meses. O estágio foi presencial na sua totalidade.

Inicialmente, o estágio curricular terminaria a 30 de junho de 2021, no entanto, face à situação epidemiológica COVID-19, o término dos grupos terapêuticos integrantes no Hospital de Dia foi adiado para final de julho, devido ao prolongamento do ano letivo, fazendo com que o estágio fosse prolongado também. A Tabela 1 apresenta a calendarização das atividades que integraram o estágio curricular.

Tabela 1

Calendarização do Estágio Curricular.

Tarefa/mês	2020			2021									
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Integração na equipa													
Reuniões de HD													
Reuniões clínicas													
Entrevistas													
Avaliação inicial													
Intervenção													
Avaliação Final													
Entrega do relatório													

O horário apresentado na tabela abaixo (ver Tabela 2), foi delineado de acordo com as tarefas e organização do serviço. As sessões de grupo integrantes no Hospital de Dia, tinham local e horário previamente estabelecidos pela respetiva equipa. Relativamente às sessões individuais, o horário foi organizado entre as duas estagiárias e a psicomotricista da unidade, em função da disponibilidade dos casos e da sala de Psicomotricidade. Contudo, o horário foi sofrendo algumas alterações por questões logísticas.

3.1.2 – Progressão das atividades de estágio

As atividades desenvolvidas durante o estágio curricular foram progredindo ao longo do período do mesmo. Inicialmente, a psicomotricista estagiária assistiu às reuniões de Hospital de Dia e mais tarde, às reuniões clínicas, onde não havia qualquer participação da sua parte. Ao longo das mesmas, os técnicos iam encaminhando casos para acompanhamento individual. Após esse encaminhamento, a estagiária agendava uma entrevista aos pais ou responsáveis

legais, de modo a recolher informação clínica sobre os casos e era estabelecido o horário de sessão. Após a entrevista, eram iniciadas as sessões individuais com os casos, onde a estagiária tinha total autonomia. Face à pandemia COVID-19, as sessões de grupo apenas foram iniciadas em janeiro de 2021, sendo que era a equipa responsável pelo Hospital de Dia que definia o grupo. Nestas sessões, as terapeutas estagiárias, tinham a autonomia total, contudo, contavam com a supervisão da psicomotricista da Unidade. Após 3-4 meses de intervenção individual e de grupo, as terapeutas estagiárias dinamizaram três reuniões de Hospital de Dia e uma de Reunião Clínica.

Tabela 2

Horário das atividades de estágio.

Dia da semana/ horas	3ªfeira	4ªfeira	6ªfeira
8h05/8h50	Sessão individual Caso 1	Sessão individual Caso 5 (8h30/9h15)	Registo e planeamento de sessões
8h50/9h	Preparação para a sessão seguinte	Preparação para a sessão seguinte	
9h/9h45	Sessão individual Caso 2	Reunião clínica (9h30/11h)	Reunião de supervisão
9h45/10h	Preparação para a sessão seguinte		
9h45/10h30	Registo e planeamento de sessões		
10h30/11h15			
11h15/12h	Grupo II de adolescentes (11h/11h45)	Reunião Hospital de Dia (11h30/13h)	
12h/12h45	Reunião de intervenção	Almoço	
12h45/13h15			
13h15/14h	Grupo I de adolescentes	Sessão individual Caso 6	Registo e planeamento de sessões
14h/14h45	Preparação para a sessão seguinte	Preparação para a sessão seguinte	
14h45/15h	Almoço	Registo e planeamento de sessões	
15h/15h15	Sessão individual Caso 3		
15h15/16h	Preparação para a sessão seguinte		
16h/16h15	Sessão individual Caso 4		
16h15/17h			

3.1.3– Descrição das atividades complementares de estágio

Para além de todas as atividades correspondentes ao estágio curricular, foram assistidas/desenvolvidas outras atividades que contribuíram para a formação profissional e académica da estagiária.

- **Reuniões Clínicas:** decorreram ao longo do ano letivo, às quartas-feiras, das 9h30 às 11h. Nestas reuniões, estavam presentes todos os técnicos da equipa (pedopsiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, psicomotricista, estagiárias, professora de educação especial, assistente social e musicoterapeuta). Para iniciar estas reuniões, eram abordados/discutidos assuntos específicos da equipa e posteriormente, a cada semana, um técnico apresentava um caso, seguido da sua discussão em grupo. Foram assistidas a partir do dia 4 de novembro de 2020 até dia 14 de julho de 2021.

- **Reuniões de equipa do Hospital de Dia:** decorreram ao longo do ano letivo, às quartas-feiras, das 11h às 13h e apenas envolviam os técnicos integrantes do Hospital de Dia. Primeiramente, eram partilhados/discutidos assuntos referentes a situações/informações que aconteciam nos ateliers entre as reuniões e posteriormente, era feita uma apresentação/partilha de um atelier/grupo, a cada semana e conseqüente discussão/reflexão. Foram assistidas de 7 de outubro de 2020 a 28 de julho de 2021. Houve interrupção de 26 de janeiro a 16 de fevereiro de 2021, face à situação pandémica.

- **Apresentação dos grupos de psicomotricidade nas Reuniões de Hospital de Dia:** foram feitas 3 apresentações (17 de março, 19 de maio e 2 de junho), o Grupo I foi apresentado em duas reuniões e o Grupo II apenas numa. Nestas reuniões foram apresentados os casos que ingressavam o respetivo grupo, e eram visualizados pequenos excertos de vídeos para observação do seu comportamento/atitude. Para além disso, era abordada a evolução dos objetivos de intervenção para cada grupo.

- **Apresentação Reunião Clínica:** no dia 28 de março, a apresentação ficou a cargo das psicomotricistas estagiárias, onde tiveram a autonomia para escolher o tema. O tema foi “*Prática psicomotora em contexto pedopsiquiátrico - critérios de encaminhamento e intervenção*”. Para apresentação, as estagiárias recolheram artigos específicos acerca do tema e fizeram uma revisão de literatura. Foi abordado brevemente o conceito de Psicomotricidade, objetivos terapêuticos, domínios de atuação, métodos de intervenção e abordagem terapêutica, bem como a postura do psicomotricista. Cada subtítulo apresentado foi direcionado ao contexto pedopsiquiátrico. Durante e após a apresentação, todos os técnicos puderam fazer questões e foi feita uma reflexão em equipa.

- **Programa de Relaxação Terapêutica para os técnicos da unidade:** as estagiárias desenvolveram um programa de relaxação para os técnicos da UPIA. Foi dinamizado semanalmente, durante 20-30 minutos, na sala polivalente da unidade. Foram criados dois grupos, com 5 elementos, respetivamente. Foi delineado consoante a bibliografia existente e a progressão terapêutica foi ajustada aos técnicos. Decorreu de 4 de maio a 28 de julho, totalizando 3 meses. Em anexo, encontra-se um exemplo de uma sessão deste programa, bem como um póster afixado no local de estágio, partindo das atividades desenvolvidas neste programa (ver anexos II e II.1).

- **Formações:**

- Participação em diversas aulas abertas do mestrado em Psicomotricidade, da Universidade de Évora como, “Corpo e Expressão Psicomotora na Psicopatologia”,

“O Cuidado Psicomotor: da avaliação à intervenção terapêutica”, “Da dormência ao despertar”.

- Participação no Seminário CONTACONNOSCO – Comunicação Não-verbal: A linguagem do corpo, Universidade de Évora.
- Participação num conjunto de conferências da Semana da Psicologia, da Universidade de Évora – “O processo terapêutico por detrás de um ecrã: Os desafios das teleconsultas”, “À Conversa sobre um caso clínico: Perturbação da Personalidade Borderline” e “Intervir à luz das Terapias Expressivas”.
- Participação numa aula aberta do Instituto Piaget: “Uma abordagem da Aprendizagem na Perspetiva das Neurociências”, com Professor Vítor da Fonseca;
- Participação num *webinar* do projeto FundaMENTAL: “Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância”, da Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência;
- Participação no Congresso Internacional de Psicomotricidade – A evidência em Psicomotricidade, pela Faculdade de Motricidade Humana;
- Entre outras formações.

3.2 – Intervenção psicomotora no local de estágio

Na UPIA, a intervenção psicomotora seguiu uma abordagem clínica, portanto, uma vertente de carácter terapêutico. As sessões foram dinamizadas individualmente ou em grupo, onde os casos seguidos eram encaminhados pelo técnico responsável (e.g. pedopsiquiatra e psicólogo). Este encaminhamento era realizado quando existiam indicações terapêuticas, sendo solicitada avaliação psicomotora para apurar as problemáticas psicomotoras e delinear o projeto terapêutico.

Após o encaminhamento, independentemente da futura tipologia de sessão (individual ou grupo), era consultado o processo clínico do caso, onde eram retiradas informações pertinentes para a compreensão do caso e estabelecimento do projeto terapêutico. Caso seguisse uma tipologia de sessão individual, era feito o contacto com os pais ou responsáveis legais e, era agendada uma entrevista com os mesmos, para efeito de recolha de dados de anamnese. Além disso, esta reunião servia também para a psicomotricista estagiária observar a dinâmica familiar e, definir o horário semanal para a sessão com a criança e a sua família. Salientar que é neste momento que se inicia o estabelecimento da aliança terapêutica com a família, fulcral ao sucesso da intervenção.

As sessões individuais decorreram na sala de psicomotricidade (ver figura 1), que foi sofrendo algumas alterações logísticas (e.g. mudanças de sala) no decorrer do período de

estágio. O espaço da sala de sessões era amplo, onde estavam dispostos materiais para a realização de atividades com a criança, mais concretamente, colchões, espumas de diversos tamanhos, dois armários de modo a organizar melhor os materiais pequenos, arcos, bastões, almofadas, paraquedas, entre outros materiais. Ainda existia uma pequena arrecadação, onde estavam guardados outros materiais. As sessões podiam decorrer no horário do serviço, das 8h às 17h, com uma duração de 45 minutos.

Relativamente aos casos de grupo, os grupos eram de nove elementos (no máximo), criados pela equipa de Hospital de Dia, sendo que era esta equipa que efetuava o devido encaminhamento. Após o encaminhamento, tal como nos casos individuais, era consultado o processo clínico e era feita uma recolha de informação acerca do caso e para a sua compreensão e estabelecimento do projeto terapêutico. Com a entrada no grupo, a primeira sessão era utilizada para o adolescente experimentar, e caso gostasse, podia permanecer no mesmo. Face à situação epidemiológica COVID-19 e ao tardio início dos grupos terapêuticos em Psicomotricidade, a avaliação realizada foi de carácter informal, com recurso a uma grelha de observação (Escala de Observação de Louvain). A intervenção era semi-dirigida ou através de atividade lúdica espontânea, onde o próprio grupo sugeria atividades. Os horários dos grupos eram previamente definidos em função da disponibilidade dos técnicos e da sala polivalente, onde eram realizadas as sessões (ver figura 2). As sessões tinham uma duração de 45 minutos, contudo, podiam chegar até a 1 hora. O espaço era amplo, não havendo muito material disposto. Foram aceites casos até fevereiro de 2021, considerando o período de intervenção e consequente o período de estágio.

Os espaços das sessões localizavam-se no segundo piso da UPIA, partilhados pelas estagiárias e pela psicomotricista da mesma, sendo fundamental a articulação entre as mesmas. Quando a sala de psicomotricidade individual não estava disponível face o horário possível para o caso, era utilizada a sala de sessão do grupo, devidamente ajustada para o contexto em questão. As sessões dinamizadas pelas estagiárias apenas decorreram no período de estágio.

Figura 1
SALA DE PSICOMOTRICIDADE, SESSÕES INDIVIDUAIS.



Figura 2
SALA POLIVALENTE, SESSÕES DE GRUPO.



Quanto à estrutura das sessões, era ajustada consoante as características de cada caso/grupo. Nas sessões individuais existiam cinco momentos presentes em todas as sessões mais concretamente: ritual de entrada, conversa inicial, parte fundamental, conversa final e ritual de saída. O ritual de entrada consistia no descalçar os sapatos antes de entrar para a sala de sessão. No momento da conversa inicial era questionado à criança como se sentia, como tinha corrido a semana (destacando algum momento mais significativo e que tenha gostado mais/menos), era recordado o que tinha sido feito na sessão anterior, e caso fosse necessário, eram recordadas as regras da sessão. Neste momento, as atividades que iriam ser efetuadas na etapa seguinte da sessão, eram pensadas em conjunto, maioritariamente, ou era dada liberdade ao caso para explorar os objetos da sala. Este primeiro momento da sessão é considerado o momento “*matternage*” (Costa, 2015).

Na parte fundamental, eram efetuadas as atividades pensadas/planeadas ou feita a exploração espontânea dos materiais disponíveis na sala de sessão. Estas atividades eram direcionadas para os objetivos terapêuticos estabelecidos no projeto terapêutico. Sempre que possível, no final deste momento da sessão, era efetuado uma diminuição gradual da atividade, realizando um momento de retorno à calma, em que era simbolizada a sessão e, caso a criança demonstrasse disponibilidade psicocorporal, realizados exercícios de relaxação.

Na conversa final, era feita uma reflexão acerca da sessão, recordando o que tinha sido feito e destacando os momentos que a criança mais gostou ou não, como se sentiu ao longo da sessão, de modo que ocorresse uma consciencialização da sessão e potenciase a expressão dos pensamentos e emoções e vivências por palavras. É de salientar que a diferenciação dos momentos da sessão possibilitava a vivência de diversos espaços psíquicos e, consequentemente, de separação. Quer isto dizer que a criança podia integrar em si espaços diferentes (dentro e fora). Por fim, o ritual de saída consistia no calçar dos sapatos para sair da sessão (Costa, 2015).

Relativamente às sessões-tipo dos grupos, era seguida a mesma estrutura que as sessões individuais, porém, após o momento da conversa inicial, era realizada uma pré-atividade, onde eram feitas atividades, sugeridas pelas terapeutas, de modo que o grupo pudesse ter um momento de preparação para a sessão e aumentar a sua disponibilidade psicocorporal.

3.2.1 Etapas da intervenção

De acordo com Martins (2001), a Intervenção Psicomotora é unificadora, ou seja, acentua a relação entre o corpo e a mente, o real e o imaginário, potenciando a adaptabilidade do indivíduo com o ambiente, tendo uma visão holística do indivíduo. Através do movimento, da vivência e investimento corporal, o ser humano pode evoluir, de maneira que seja feita a intervenção nas problemáticas de incidência corporal, relacional e cognitiva.

Como o supracitado, a intervenção psicomotora foi iniciada com um momento de recolha de dados no processo do caso, bem como o apuramento do motivo de encaminhamento para a Psicomotricidade. Seguidamente, foi feita uma entrevista aos cuidadores do caso, de modo a completar a anamnese e recolher mais dados complementares à compreensão do caso e estabelecimento da aliança terapêutica, onde foi dada total liberdade aos mesmos para relatar o que fosse pertinente acerca da criança e da sua história, havendo poucas intervenções por parte da psicomotricista estagiária (Freitas, & Malpique, 2014; Costa, 2008). No caso de haver inibição por parte dos mesmos, era seguida uma entrevista semiestruturada.

Contextualizando, a anamnese privilegia a recolha de dados acerca das fases iniciais do desenvolvimento do caso, partindo do período pré-natal (gravidez e estado emocional da mãe), passando pelo período perinatal (tempo de gestação, tipo e duração do parto, índice de Apgar, peso e comprimento, idade dos pais) e chegando ao período pós-natal. Do período pós-natal, importa recolher dados acerca do estado emocional da mãe após o parto, alimentação (amamentação, hábitos orais e adaptações/dificuldades alimentares), domínio emocional (autorregulação, principais interesses, sinais de (des)prazer, entre outros), domínio psicomotor (principalmente o início da marcha, primeiras palavras e controlo dos esfíncteres) e domínio psicossomático (sono – tipo, hábitos, horários, entre outros). Para além disso, procura-se saber quem foram os principais cuidadores do caso no decorrer dos primeiros anos de vida, fatores sociais (e.g, casamentos, separações, divórcios dos pais), e a caracterização da adaptação/transição da criança e pais na mudança de escolas (jardim-de infância, creche, 1º ciclo e assim sucessivamente). Por fim, era questionado o historial clínico (desde viroses, hospitalizações, medicação, audição, visão, alergias, até à história atual- início dos sintomas, evolução, entre outras informações). Por fim, é dada liberdade aos pais que falem um pouco da sua história (enquanto indivíduo), especificamente de situações que possam estar relacionadas com o comportamento do filho. É de salientar que os pais podiam acrescentar todas as informações que considerem pertinentes à compreensão do caso (Freitas, & Malpique, 2014).

Após este momento de recolha de dados, seguiu-se a avaliação psicomotora do caso, com recurso a uma grelha de observação (avaliação informal) e aplicação de instrumentos de

avaliação (avaliação formal). A avaliação informal correspondeu à observação do jogo espontâneo, e a aplicação de instrumentos de avaliação era complementada pela observação do comportamento/atitude da criança/adolescente.

Terminando a avaliação e análise de todos os dados recolhidos, foi traçado um plano terapêutico relativamente à intervenção ajustada ao estudo caso, tendo em consideração todos os aspetos presentes no Projeto Terapêutico nomeadamente, o Perfil Intraindividual, objetivos específicos, estratégias adequadas e ajustadas, atividades que possam promover áreas mais fracas, calendarização da intervenção e fundamentação teórica. Este projeto terapêutico sustentou a intervenção psicomotora de cada sujeito, tendo sempre em vista a redução dos sintomas e problemáticas. Contudo, o plano deve ser sempre reajustado às características de cada caso ao longo das sessões, podendo responder melhor às necessidades do mesmo.

Para a compreensão/análise dos sintomas e dificuldades demonstradas ao longo da avaliação, foi seguida uma perspetiva psicodinâmica, quer isto dizer que, os sintomas e dificuldades refletem fragilidades no âmbito relacional, desenvolvimental e simbólico, que tem impacto na relação da criança com o ambiente. Este impacto pode advir de situações e emoções vivenciadas pelos pais e que acabam por ser projetadas na criança (Malpique, & Freitas, 2014).

No final da intervenção foi feita uma reavaliação, utilizando os mesmos instrumentos da avaliação inicial, de modo que seja feita uma comparação de resultados e assim perceber se a intervenção foi benéfica e se houve evolução. Para além disso, foi feita também uma avaliação informal mais detalhada com o mesmo fim.

3.3 – Descrição dos instrumentos de avaliação

Neste tópico serão apresentados os instrumentos de avaliação (formal e informal) utilizados para apurar o perfil psicomotor de cada caso acompanhado e também o projeto terapêutico consequente. Para realizar a avaliação informal foi utilizada a Escala de Observação de Louvain. Para a avaliação formal recorreu-se a aplicação do fator Tonicidade da Bateria Psicomotora, Desenho da pessoa - *Draw a person*, Teste de Proficiência Motora de Bruininks - 2ª Edição, Torre de Londres, *Trail Making Test* e Estátua de NEPSY-II. Por último, foi aplicado aos pais e professores o Questionário de Capacidades e Dificuldades.

3.3.1. Avaliação informal

3.3.2.1 ESCALA DE OBSERVAÇÃO DE LOUVAIN.

A Escala de Observação de Louvain surgiu com a finalidade de recolher informações diretamente associadas aos objetivos terapêuticos, sem serem obtidas informações acerca das competências motoras. Nesta escala são contempladas nove categorias de objetivos pertinentes em pacientes psiquiátricos, sendo estas: relações emocionais, autoconfiança, atividade,

relaxação, controlo do movimento, expressividade, comunicação verbal e regulação social (Simons, 1987 *in* Coppenole, et al., 1989). Para cada categoria, foram atribuídos objetivos mais específicos de observação, que poderiam descrever os comportamentos de cada paciente (Coppenole, et al., 1989).

Ao nível da classificação, para cada categoria é apresentada uma escala de 7 pontos, podendo ir do -3 a +3, correspondendo a uma extremidade em que comportamento extremamente perturbado e outra com o comportamento oposto, mas igualmente perturbado, podendo ser por excesso ou por defeito. O zero, nesta escala, diz respeito a um comportamento neutro, sendo considerado adequado e sem qualquer perturbação. Na folha de registo, existe a descrição/explicação detalhada dos comportamentos quando é atribuída a escala de -2 ou +2, de modo a facilitar a atribuição de pontuação a cada categoria observada para cada paciente (Coppenole, et al., 1989).

Neste relatório foi utilizada a tradução interna do original Coppenolle e colaboradores (1989), traduzida pela Bruna Isabelinha e Gabriela Almeida (versão para uso interno). Esta escala é aplicada a adultos, contudo, foi aplicada a crianças e a adolescentes, não sendo necessária qualquer alteração.

3.3.2 Avaliação formal

3.3.2.1 BATERIA PSICOMOTORA, DE VÍTOR DA FONSECA.

A Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca, é uma bateria de avaliação que possibilita detetar fragilidades nas competências psicomotoras que estão diretamente associadas ao desenvolvimento e aprendizagem. Pode ser aplicada a crianças com idades entre os 4 e 12 anos, e tem como base o modelo de organização do cérebro de Lúria. Este modelo distingue três unidades funcionais que estão na base de qualquer movimento/ação e atividade mental. Os fatores psicomotores encontram-se distribuídos pelas mesmas segundo circuitos dinâmicos autorregulados, seguindo um princípio de organização vertical das estruturas do cérebro, dependentes de uma hierarquização funcional, que advém do desenvolvimento do sujeito. Sucintamente, a primeira unidade de Lúria abrange os fatores psicomotores Tonicidade e Equilibração; a segunda, a Lateralização, Noção do Corpo e Estruturação Espaço-Temporal; e, por fim, a terceira, as Praxias (Global e Fina) (Fonseca, 2010a).

A BPM é constituída por vinte e seis tarefas, divididas pelos fatores psicomotores. Todavia, neste relatório, apenas vai ser abordado o fator psicomotor Tonicidade, pois foi o único fator psicomotor considerado pertinente aplicar aos casos acompanhados, visto que traduz a expressão emocional e relacional, as atividades motoras básicas, as funções de alerta, atenção e vigilância (tónus de fundo e ação). É o fator base para todos os restantes fatores

psicomotores, estando presente em qualquer manifestação de motricidade. O fator psicomotor Tonicidade traduz o primeiro nível de maturação neurológica, servindo de base para o padrão antigravítico e para a sequência do desenvolvimento postural e de preensão, abrangendo uma integração progressiva de reflexos, que se encontram de forma hierarquizada, obtendo uma “*transição gradual do controlo do reflexo ao controlo voluntário*” (Fonseca, 2010a, pg.139). A hierarquia do qual os reflexos se encontram organizados traduz a função de modulação da formação reticulada, originando parâmetros que constroem e regulam o movimento voluntário. Assim, através da análise da maturação neurológica vai resultar a organização tónica, possibilitando a identificação o perfil tónico dos indivíduos.

Relativamente às provas propriamente ditas, dentro do fator Tonicidade, único fator aplicado, existem cinco, das quais: prova de extensibilidade (grau de resistência tónica dos membros superiores e inferiores), passividade (capacidade de relaxação passiva dos membros superiores e inferiores e respetivas extremidades), paratonia (capacidade da descontração muscular voluntária), diadococinésias (função motora ao realizar movimentos simultâneos e alternados) e sincinésias (“*reações parasitas de imitação dos movimentos contralaterais e de movimentos peribucais ou linguais*”) (Fonseca, 2010a, pg.137).

Relativamente à pontuação, existe uma escala de pontuação específica, entre os valores de 1 e 4 pontos. A pontuação de 1 ponto representa um perfil apráxico (realização imperfeita, incompleta e descoordenada (fraco)); a pontuação de 2 pontos equivale a um perfil dispráxico (realização com dificuldades de controlo (satisfatório)); a pontuação de 3 pontos demonstra que o utente tem um perfil eupráxico (realização controlada e adequada (bom)); e por fim, a pontuação de 4 pontos equivale a um perfil hiperpráxico (realização perfeita, económica e bem controlada (excelente)). Assim sendo, é atribuída de área forte todos os fatores com pontuação de 3 e 4 pontos e área a desenvolver, com pontuação de 2 e 1 ponto (Fonseca, 2010a).

3.3.2.2 DESENHO DA PESSOA - DRAW A PERSON (DAP).

O instrumento de avaliação Desenho da pessoa - *Draw a person* (DAP) tem principal enfoque na avaliação quantitativa de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, ao nível da noção do esquema corporal da criança, utilizando o desenho da figura humana (homem, mulher e o próprio) (Naglieri, 1988). Esta prova pode ser aplicada em contexto individual ou de grupo, sendo que a cotação da mesma só incide no desenho elaborado até aos 5 minutos (tempo limite para realização de cada desenho).

Para a realização da prova, o psicomotricista facultará o material necessário (um lápis, uma borracha e as folhas de registo). Aquando da realização da prova, para além do tempo de realização, é necessário recolher algumas informações qualitativas, mais concretamente, à

forma como é feita a preensão do lápis, expressão corporal, a lateralidade, tonicidade e coordenação e noção espacial demonstrada pelo sujeito (Naglieri, 1988). Importa salientar que os resultados obtidos na prova são independentes da capacidade artística do sujeito.

No que diz respeito à pontuação, este instrumento está dividido em três componentes sendo estes: critérios, categorias e itens. Existem catorze critérios correspondendo a cada segmento corporal bem como as suas ligações e adereços (braços, ligações entre as partes do corpo, vestuário, orelhas, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco). Para cada critério, a pontuação é obtida de acordo com quatro categorias (com vários itens), sendo estas, presença – correspondendo à existência de qualquer representação, detalhe – dizendo respeito aos detalhes promonizado de cada parte do corpo, proporção – avaliando a representação realista da parte do corpo, e por fim, bônus – sendo atribuído apenas quando o desenho completou as três categorias anteriores. Globalmente, são cotados 64 itens, correspondendo a 1 ponto a cada item, levando a que a pontuação mais elevada para cada desenho das figuras humanas, contemplando uma pontuação máxima de 192 para o conjunto dos três desenhos. Este instrumento ainda não se encontra validado para a população portuguesa, sendo considerados os valores normativos para a população norte-americana.

Após a cotação dos itens, os resultados obtidos são convertidos em valores pradonizados e os respetivos percentis, levando a que seja atribuída uma classificação mais concreta de cada desenho, podendo ser “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite” ou “deficiente” (Naglieri, 1988).

3.3.2.3 TESTE DE PROFICIÊNCIA MOTORA DE *BRUININKS OSERESTKY*, 2ª EDIÇÃO.

O teste de Proficiência Motora, desenvolvido por *Bruininks Oserestky*, 2ª edição (BOT-2), é utilizado para avaliar a proficiência motora, podendo ser aplicado a sujeitos com idades compreendidas entre os 4 e os 21 anos e 11 meses com ou sem desenvolvimento motor típico, individualmente (Bruininks & Bruininks, 2010).

Existem duas versões, no entanto, foi utilizada a versão reduzida, considerando que é necessário menor número de materiais e de espaço físico, o que facilitou a realização das provas. Para a realização das provas, é necessário cubos de madeira e atacador específicos, bola de ténis, fita métrica, mesa e cadeira, lápis vermelho e folhas de registo.

Ambas as versões do BOT-2, contemplam oito dimensões (precisão motora fina, integração motora fina, destreza manual, coordenação bilateral, equilíbrio, força e agilidade, coordenação dos membros superiores e força), sendo estas dimensões organizadas em quatro áreas motoras (Controlo Manual, Coordenação Manual, Controlo do Corpo, e ainda Força e

Agilidade). A área Controlo Manual Fino foca-se na habilidade motora fina, como o desenho e o pintar; a Coordenação Manual dedica-se às habilidades motoras envolvidas no movimento de agarrar e manipular objetos, envolvendo a velocidade, destreza e coordenação dos membros superiores, Coordenação Corporal – envolve a avaliação das provas de equilíbrio e coordenação corporal e, por fim, Força e agilidade – que diz respeito a avaliação das competências de força muscular e velocidade corporal. Para cada área existem provas específicas com pontuações ajustadas, contemplando 14 itens, e a sua soma origina a pontuação total, sendo que a pontuação total máxima é de 72 pontos (Deitz, Kartin & Kopp, 2007).

Relativamente à cotação dos resultados obtidos, são utilizadas tabelas com valores pradonizados. Seguidamente esta pontuação é convertida num score padrão para cada item avaliado que, por fim, é traduzida num percentil e idade equivalente para a pontuação médica obtida. Através da tradução de valores é obtida uma categoria descritiva, havendo as seguintes classificações: “bem acima da média”, “acima da média”, “média”, “abaixo da média” e “bem abaixo da média”. Todos os valores alcançados anteriormente têm em consideração a idade e o género do avaliado, com a finalidade de obter uma melhor interpretação dos resultados e criar um perfil ajustado (Bruininks & Bruininks, 2010). Os valores são normativos para a população dos Estados Unidos e alguma população do Canadá (Deitz, Kartin & Kopp, 2007).

3.3.2.4 TORRE DE LONDRES.

A Torre de Londres (TL) é um instrumento de avaliação que tem em vista avaliar as funções executivas, nomeadamente as capacidades de planeamento mental e o raciocínio lógico (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). Compreende a deslocação de três esferas (verde, vermelha e azul), por três hastes verticais com distintos comprimentos. É dada uma situação-problema e o número máximo de movimentos a fazer para o resolver, sendo que se trata de um movimento quando é deslocada uma esfera (apenas se pode deslocar uma de cada vez). Para resolver cada situação-problema, o avaliado deve observar a posição exemplo e comparar com a imagem da situação-problema, planejar mentalmente como o resolver e só após esse raciocínio é que pode deslocar a primeira esfera. A TL compreende 12 problemas, sendo que para resolver qualquer problema parte-se sempre da mesma posição inicial. O tempo de planeamento é contabilizado, bem como o tempo de execução, alcançado um tempo total, que envolve ambos os tempos contabilizados (Oliveira-Souza, et. al., 2001).

Para cada problema existem 3 tentativas, pelo que, cada tentativa corresponde a uma cotação mais concretamente, à primeira tentativa é atribuídos três pontos, à segunda tentativa, dois pontos e por último, à terceira tentativa, um ponto. Caso o problema não seja resolvido nestas três tentativas, é atribuída cotação de zero. No global, pode ser atingida uma pontuação

máxima de 36 pontos (Krikorian et al., 1994). Atualmente, não existe a validação deste instrumento para população portuguesa, pelo que a análise dos resultados seja complementada com a observação do avaliado ao longo da realização das situações-problema. Aquando da realização das tarefas, o grau de dificuldade vai aumentando gradualmente, o que leva a que o tempo de antecipação aumente, tal como o tempo de atenção e o tempo de sequencialização.

3.3.2.5 TRAIL MAKING TEST.

O *Trail Making Test*, também conhecido como Teste de Trilhas, pertence à Bateria de avaliação *Halstead*, e é utilizado para avaliações neuropsicológicas podendo integrar várias baterias de avaliação do âmbito neurocognitivo. Com a aplicação deste teste, é possível obter diversas informações, nomeadamente acerca da velocidade de processamento, atenção, memória operacional, flexibilidade mental, entre outras funções executivas. Para a prova, apenas é necessário lápis, borracha e a folha de prova. (Duarte, 2012; Specka, et al., 2021).

O *Trail Making Test* encontra-se dividido em duas partes (Parte A e Parte B). A Parte A, aplicada a indivíduos até aos 12 anos, consiste na ligação rápida de 25 círculos com números de 1 a 25, de forma sequencial e de ordem crescente, que se encontram dispersas pela folha aleatoriamente. Esta parte em específico, para além do supracitado, permite avaliar a atenção, o processamento informacional e a coordenação óculo-manual. A Parte B, aplicada a indivíduos com idade superior aos 12 anos, corresponde a uma ligação rápida alfanumérica lógica, ou seja, exige que exista uma união de 25 círculos de números (1 a 13) e letras do alfabético (A a M), alternadamente (e.g. 1-A, 2-B, 3-C e sucessivamente), que se encontram dispersas pela folha aleatoriamente. Esta parte permite também avaliar a memória de trabalho e flexibilidade cognitiva. Caso o sujeito se engane na ligação, é dada liberdade para corrigir, sendo que o tempo continua a ser contado, e o erro não é considerado (Duarte, 2012; Lima, Travaini & Ciasca, 2009; Specka et al., 2021).

A prestação do sujeito é alcançada pelo tempo de reação (tempo de realização da prova, em segundos) e de o número de erros cometidos (erros de ligação sequencial), e na Parte B, também são considerados os erros de alternância (erro de ligação entre número e letra). Não existem dados normativos deste instrumento, sendo que apenas foram retirados dados qualitativamente (Duarte, 2012; Lima, Travaini & Ciasca, 2009; Specka et al., 2021).

3.3.2.6 ESTÁTUA DA BATERIA DE NEPSY-II.

A prova da Estátua da Bateria NEPSY-II-II é um teste que avalia o desenvolvimento neuropsicológico das crianças, mais concretamente a capacidade de inibição motora, verbal e a abertura dos olhos antes do término da prova (Korkman, Kirk & Kemp, 2007), aplicado a crianças com idades entre os 3 e os 12 anos. Ainda assim, visa um melhor entendimento da

autorregulação e vigilância dos avaliados. Para a realização da prova, o avaliado deve permanecer em posição bípede, imóvel, olhos fechados e sem a possibilidade de se movimentar nem de falar aquando da introdução dos estímulos distráteis. Estes estímulos são uma caneta, tossir, deixar cair um lápis, entre outros, sendo que são introduzidos em períodos de tempo específicos. A prova tem duração de setenta e cinco segundos (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001).

Ao longo da prova, o avaliador deve registar ação realizada pelo avaliado, mais concretamente vocalização, movimento corporal e abertura dos olhos, ou nenhuma. Caso haja alguma ação, o avaliado deve relembrar que o avaliado deve permanecer de olhos fechados e imóvel (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001).

No que diz respeito à cotação da prova, a cotação vai dos 0 ou 2 pontos, dependendo se haja alguma ação (movimento corporal, abrir os olhos e vocalização), sendo que 0 é quando existe 2 ou mais ações, 1 quando existe apenas uma ação e 2 para quando não existe qualquer ação. A pontuação máxima que pode ser alcançada é de 30 pontos. Após obter a pontuação final da prova, é consultada a tabela de idades equivalentes, fazendo corresponder a pontuação brutal final à idade equivalente (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001). Ressalta-se que não existe adaptação desta prova para a população portuguesa, sendo que a interpretação é realizada qualitativamente.

3.3.2.7 QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES (SDQ).

O Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ) pretende avaliar comportamentos sociais adequados ou inadequados em crianças e adolescentes com idades entre os 3-4 anos e os 16 anos (Fleitlich, et. al., 2000). Compreende cinco subescalas nomeadamente, sintomas emocionais, constrangimentos no comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os pares e de comportamento pró-social, sendo que cada uma abrange 5 itens, contemplando a totalidade de 25 itens, que descrevem comportamentos positivos e negativos do avaliado. Este questionário tem 3 versões dependendo a quem for aplicado, ao próprio (11-17 anos), aos pais e aos professores de crianças dos 4 aos 16 anos. Neste relatório, os questionários foram aplicados aos pais e professores.

Relativamente à cotação, para cada item, é dada uma resposta na escala de *Likert* de 3 pontos e as opções consistiam em “não é verdade”, “é um pouco verdade” e “é muito verdade”, sendo que cada uma tinha uma cotação de 0,1 e 2 pontos, respetivamente. Contudo, alguns itens têm a cotação inversa. Para facilitar esta cotação, existe uma folha de cotação e, após o somatório das subescalas (soma dos itens correspondentes, que varia de 0 a 10 pontos) e da totalidade (somatório da pontuação de todas as subescalas) é atribuída uma cotação, podendo

ser normal, limítrofe e anormal. A cotação total das subescalas pode variar entre o 0 e os 40 pontos, à exceção da escala de comportamento pró-social (Fleitlich, et. al., 2000).

Para além dos 25 itens, existem questões complementares para que o entrevistado possa identificar algumas das dificuldades apresentadas (concentração, emoções, comportamento ou relacionamento), assinalando se “sim” ou “não”, mas caso assinalem “sim”, se eram “dificuldades pequenas”, “grandes” ou “muito grandes”. Caso seja assinalada resposta afirmativa, o entrevistado deve detetar se essas dificuldades têm impacto no quotidiano da criança e em que contexto (casa, amigos, aprendizagens escolares, brincadeiras com os pares e se afetam os pares em seu redor) (Fleitlich, et. al., 2000).

Relativamente à interpretação dos resultados obtidos, para as subescalas com as pontuações mais elevadas correspondem às fragilidades do avaliado, no entanto, na subescala do comportamento pró-social ocorre o inverso. Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por Fleitlich e colaboradores (2000).

3.5 – Descrição dos casos acompanhados individualmente

Os casos acompanhamentos individual em Psicomotricidade foram encaminhados por diversas áreas, mais concretamente, por técnicos de Psicologia e Pedopsiquiatria, abrangendo um amplo leque de problemáticas essencialmente, casos no período da latência. Foram acompanhados 6 casos no total, onde dois serão aprofundados neste relatório (considerados estudo-caso). Os nomes de todos os casos acompanhados serão fictícios.

Na tabela abaixo (ver tabela 3 a 8), são abordados quatro dos seis casos acompanhados, fazendo uma breve contextualização, apresentação dos resultados da avaliação inicial e final, bem como a progressão terapêutica e os respetivos projetos terapêuticos. As sessões tiveram uma frequência semanal, com duração de 45 minutos. Existiu um caso do qual a intervenção foi interrompida, que se encontra descrito nos anexos (ver anexo III).

3.5.1 Caso “Martim”

Tabela 3: Acompanhamento do “Martim”.

Identificação	Idade: 8 anos; Género: Masculino; Escolaridade: 3.º ano.
Motivo de encaminhamento	Criança com dificuldades no desenvolvimento psicoafectivo e no relacionamento com os outros, agitação psicomotora e impulsividade, comportamentos de oposição e onnipotência, intolerância à frustração, agressividade, falta de atenção e não cumprimento de regras. Hipóteses de diagnóstico: Perturbação Estado-Limite (<i>Borderline</i>).
Anamnese	Vive com a mãe, com a irmã (23 anos, com mutismo seletivo) e a avó materna. Em janeiro de 2020, o pai faleceu, com histórico de consumo de drogas. Gravidez não planeada, mas desejada (após 3 abortos), considerada de risco (histórico de depressões recorrentes). Ao longo da gravidez, a mãe revelou estar calma, sem qualquer sintoma, tomou medicação (para evitar a coagulação do sangue) e trabalhou até ao dia do parto, sendo que o bebé era agitado apenas quando a mãe repousava. Parto eutócico às 38 semana e 2 dias. A mãe não conseguiu identificar dados acerca do peso nem do comprimento do bebé. A mãe salientou que o “Martim” tinha bastantes cólicas e otites. Iniciou a marcha aos 16 meses e o controlo de esfíncteres (diurno e noturno) foi alcançado quando o “Martim” tinha pouco mais de um ano. No que diz respeito ao sono, a mãe descreve-o como bastante irregular desde bebé, acordava durante a noite sobressaltado, lutava contra o sono, e, após o falecimento do pai, acordava a gritar. Dormia com a mãe ou o pai para sentir a sua presença, tendo apenas um quarto só para si aos 5 anos. O “Martim” vivenciou as discussões que existiram entre a mãe e o pai, tendo uma infância difícil e sem a presença constante do pai. Estes estiveram separados 4 anos (onde o pai mantinha o contacto com o filho, sendo que antes disto teve 18 meses sem o contactar). Quando o pai saiu de casa, para ir para uma clínica de reabilitação, o “Martim” arranjava desculpas para os erros do pai e referiu que um pedaço de si ia embora com o ele. Não reagiu bem ao seu falecimento, onde a mãe descreve o momento como se o “Martim” tivesse a mandar o prédio abaixo e depois foi jogar <i>playstation</i> , visto que este elemento familiar era considerado uma referência e um exemplo. A mãe referiu que está mais preocupada com o seu filho desde 2015, devido ao facto de ele não saber ouvir um não, não saber lidar com a perda e dificuldade em sair de casa sem fazer birras. Atualmente, a mãe descreve o “Martim” como um menino bastante agitado, com fraca tolerância à frustração (apesar de estar melhor), pensamento distante, autónomo, muito sociável, com uma linguagem muito expressiva e muito argumentativo, relaciona-se mais com os adultos, empático, muito curioso e atento desde a morte do pai, mais afetuoso, meigo e crescido. Tem alguns medos, nomeadamente da perda. Nem sempre revelou boa relação com a irmã, essencialmente após um episódio, quando tinha 4 anos. Todavia, é irmã que acompanha o “Martim” às sessões. As suas brincadeiras preferidas são: jogar <i>playstation</i> , telemóvel e jogar à bola. Toma medicação. Atualmente, encontra-se a frequentar o 3.º ano. Já foi acompanhado em Psicomotricidade (Área de Dia).
Avaliação inicial	Observação informal: revela um contacto imparcial, indiferenciado e inacessível, não mostrando interesse na relação com o outro, ou não reage, afastando-se. Demonstra movimentos excessivamente autoconfiante e dominante (omnipotência), no entanto, é visível baixa autoestima e baixa autoconfiança. Os seus movimentos são desajeitados, imprudentes e precipitados, movimentando-se de forma violenta/brusca. Para além disso, revela impulsividade e movimentos por vezes agressivos, intensos e de oposição para a situação. Apresenta um perfil hipertónico. Durante as atividades sugeridas pelo “Martim”, ele envolve-se bastante na mesma, quase como se esquecesse tudo em seu redor e é perfeccionista. Contudo, quando as atividades são propostas pela terapeuta, dispersa facilmente na sessão, tendo dificuldade em focar na tarefa, e em permanecer na mesma. As suas expressões faciais vão oscilando, sendo que chora ou ri de forma inapropriada. Fala excessivamente rápido e interrompe o outro. Desafia a terapeuta e tem dificuldades em cumprir regras e acordos. SQD: Obteve uma pontuação de 35 em 40 pontos possíveis. Foi atribuída uma classificação “normal” à escala de comportamento pró-social, “limítrofe” à escala de problemas com os colegas e “anormal” às restantes escalas (problemas de comportamento, hiperatividade e sintomas emocionais). A Professora titular também respondeu ao questionário, de acordo com o contexto escolar. Face a resposta, alcançou uma pontuação de 17 em 40 pontos possíveis. Foi atribuída uma classificação “normal” a todas as escalas, à exceção da escala problemas com os colegas, que obteve uma classificação limítrofe. DAP: Alcançou uma classificação final “deficitária”, equivalente a uma idade de 5 anos e 1 mês. A cotação mais elevada ocorreu no desenho do próprio (com classificação “abaixo da média”), destacando maior investimento relativamente aos detalhes, onde demorou mais tempo. Os restantes desenhos tiveram uma classificação “deficitária”. Trail Making Test: Realizou a prova A (de acordo com a idade) num período de 98 segundos, apresentando um erro de ligação, saltando do 18 para o 20. No entanto, reparou no seu erro e corrigiu. Foi observada alguma impulsividade na realização da prova. Prova do Estátua de NEPSY-II: Revelou resultado abaixo do esperado comparativamente à sua idade cronológica, apresentando uma pontuação de 11 pontos em 30 pontos possíveis. Esta pontuação é equivalente a uma idade entre os 3 anos e 3 meses e 5 meses. BOT-2: Apenas foi possível a aplicação dos 4 itens iniciais, visto que o Martim recusou/não demonstrou disponibilidade para efetuar os restantes. Assim, alcançou 19 pontos em 21 nos primeiros 4 itens, evidenciando uma boa precisão e integração motora fina.

Avaliação Final	<p>Observação informal: revela um contacto imparcial, indiferenciado e inacessível, mas começa a demonstrar interesse em estabelecer interação com os outros, apenas se tiver interesses em comum e não toma iniciativa. Os seus movimentos são desajeitados, imprudentes e precipitados, movimentando-se de forma violenta. Para além disso, revelam impulsividade e intensidade para a situação, e por vezes agressivos. Demonstra onipotência e pensa que consegue lidar com tudo, no entanto, falha algumas vezes, ficando frustrado, o que leva a baixa tolerância à frustração e a algumas birras, gostando de ter atenção apenas para ele. Tem dificuldade em aguardar que o adulto termine de explicar as tarefas ou a conversa, já estando ocupado antes da mesma ter terminado, e a permanecer sentado. Apresenta um perfil hipertónico, movendo-se de forma estranha e de forma desleixada. Durante as atividades, não consegue permanecer na mesma totalmente até ao fim, e parece estar preso nos seus pensamentos. As suas expressões faciais vão oscilando, sendo que chora ou ri de forma inapropriada. Fala rápido e interrompe o outro, apesar de ser mais controlado. Quando as atividades são sugeridas pelo “Martim”, gosta que todas as regras sejam cumpridas meticulosamente, no entanto, quando sugeridas pela terapeuta, se não for do seu agrado, pode responder com comportamentos de oposição e desafio, não respeitando as indicações dadas e distrai-se com fatores externos (barulhos da rua, do corredor). SDQ: Obteve uma pontuação de 37 em 40 pontos possíveis. Foi atribuída uma classificação “normal” à escala de comportamento pró-social, “limítrofe” à escala de problemas de comportamento e “anormal” às restantes escalas (problemas com os colegas, hiperatividade e sintomas emocionais). A Professora Titular não enviou a resposta ao questionário. DAP: Alcançou uma classificação final “abaixo da média”, equivalente a uma idade de 6 anos e 10 mês. A cotação mais elevada ocorreu no desenho da mulher, com classificação média. O desenho do homem (com classificação abaixo da média) e da mulher apenas eram distinguidos pelo cabelo. O desenho do próprio teve a pontuação mais inferior, com classificação “borderline”. Trail Making Test: Realizou a prova A (de acordo com a idade) num período de 130 segundos, apresentando um erro de ligação, saltando do 22 para o 24. No entanto, reparou no seu erro e corrigiu. Prova do Estátua de NEPSY-II: Revelou resultado abaixo do esperado comparativamente à sua idade cronológica, apresentando uma pontuação de 15 pontos em 30 pontos possíveis. Esta pontuação é equivalente a uma idade entre os 3 anos e 6 meses e 3 anos e 11 meses. BOT-2: Foram realizadas todas as tarefas propostas. Obteve 45 pontos, correspondendo a uma classificação “média”, considerado adequado para a idade da criança. Destacam-se como áreas de cotação mais baixa destreza manual, força e agilidade, e força.</p>
Progressão terapêutica	<p>A progressão terapêutica foi observada e analisada a partir da aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação aplicados na avaliação inicial, juntamente com a observação psicomotora informal. Continua a ser necessário trabalhar os objetivos do domínio emocional. No entanto, é possível perceber que existiram melhorias na proficiência motora, no controlo do movimento e autorregulação, melhor consciência corporal e de esquema corporal, melhor planeamento e processamento informal. Para além disso, revelou maior tolerância à frustração, diminuição dos comportamentos agressivos, e maior interação social.</p>
Legenda:	<p>SDQ: Questionário de Capacidades e de Dificuldades; DAP: Desenho da pessoa; BOT-2: Teste de Proficiência Motora de <i>Bruininks Oserestky</i>, 2ª Edição.</p>

Tabela 4: Projeto terapêutico do “Martim”.

PERFIL INTRAINDIVIDUAL			
Áreas/Comportamentos fortes		Áreas a potenciar	
Prestável; Colaboração; Comunicação verbal;	Linguagem recetiva; Lateralidade; Conhecimento cinestésico.	Tonicidade; Equilíbrio; Esquema corporal; Praxia Global e Fina Atenção/concentração;	Planeamento motor; Impulsividade; Controlo da agressividade; Regulação emocional; Competências sociais.

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Adequar a tonicidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a tensão muscular, alcançando a eutonia; • Promover a consciência dos diferentes estados tónicos; • Estimular o controlo respiratório.
	Promover o equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio estático e dinâmico.
	Melhorar a somatognosia.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a consciencialização corporal; • Promover o esquema corporal, com recurso à representação gráfica do seu corpo. • Estabelecer a noção dos seus limites corporais.
	Melhorar a Praxia Global.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o controlo adequado da bola; • Potenciar a coordenação óculo-manual.
	Melhorar a Praxia Fina.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a destreza manual.
Cognitivo	Estimular as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar a capacidade de concentração; • Aumentar os períodos de atenção; • Promover o planeamento da ação e organização das tarefas; • Aumentar a consciencialização da ação;
Emocional - Social	Promover a regulação emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência dos estados emocionais; • Diminuir a impulsividade; • Diminuir os comportamentos agressivos; • Melhorar a tolerância à frustração.
	Promover socialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar do próprio comportamento; • Promover a relação com o outro; • Promover o cumprimento de regras.
	Promover a comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções.
Técnicas utilizadas ao longo da intervenção	Jogo livre, com foco na relação terapêutica e nas atividades sugeridas pelo caso. Técnicas de relaxação e algumas atividades gnossopráticas.	
Acerca da intervenção	<u>Tipologia, frequência e duração da sessão:</u> uma vez por semana, 45 minutos; <u>Local de intervenção:</u> sala de Psicomotricidade do serviço de pedopsiquiatria.	

3.5.2 Caso “Pedro”

Tabela 5

Acompanhamento do “Pedro”.

Identificação	Idade: 12 anos; Gênero: Masculino. Escolaridade: 6.º ano.
Motivo de encaminhamento	Criança com comportamentos repetitivos e compulsivos, contacto bizarro e indiferenciado, dificuldade na socialização, ausência de empatia, rigidez corporal (com episódios de autoagressão), descoordenação e dificuldade no toque. Hipótese de diagnóstico: Perturbação emocional com imaturidade psicoafectiva e núcleos psicóticos e Perturbação compulsiva-obsessiva das limpezas.
Anamnese	Vivia apenas com a mãe, até ao início de 2021, quando o pai regressou também à casa onde o “Pedro” habita, sendo que os pais já estavam separados há três anos. Gravidez planeada/desejada, considerada de risco a partir dos 4 meses, devido a uma queda no trabalho. Nasceu de uma gestação de 9 meses, com 2,730 kg e 49 cm, de parto eutócico. Nos primeiros meses ficou ao cuidado da mãe, e mais tarde, com os avós maternos. Sempre foi muito seletivo relativamente à alimentação e com fraca autonomia, devido a insistência da avó materna. Tinha bastantes cólicas nos primeiros meses de vida. Iniciou a marcha antes dos 12 meses. Relativamente ao sono, desde sempre que foi tranquilo, contínuo e profundo. Sempre utilizou uma toalha turca pequena e luz acesa para adormecer e teve um quarto próprio até ao regresso do seu pai. Fatores antecedentes familiares – pai: depressão, perturbação bipolar e psicose (esteve internado no Hospital Júlio de Matos) e a mãe teve um tumor no cérebro e problemas de costas. No que diz respeito ao historial clínico, já teve rubéola e febre da carraça quando tinha 5 anos, estando hospitalizado durante 15 dias. Desde cedo que a mãe reparava que o “Pedro” tinha alguns comportamentos específicos como limpeza constante (presente até hoje), devido aos germes, vírus e micróbios (desde o internamento), alguns tiques (quando estava feliz, dava murros no pescoço junto às costas, e quando estava zangado, ansioso ou nervoso, roía as unhas) e a dificuldade em se defender (<i>bullying</i> - despoletou o isolamento social). O “Pedro”, desde sempre, teve melhor relação com os adultos do que com as crianças (dificuldade em criar amizades), uma vez que sentia que o adulto (sendo conhecido ou não) prestava atenção ao seu discurso, uma vez que os seus interesses incidiam na política, países e economia (sendo uma criança muito curiosa nestes tópicos). Entrou no pré-escolar aos 4 anos e foi para a escola primária aos 6 anos. O seu humor oscila de acordo com as situações que ocorrem no contexto escolar, sendo a relação com a mãe influenciada por as mesmas, tendo algumas crises, devido ao elevado barulho. A mãe caracteriza-o como um menino sem empatia (à exceção dos animais), não gosta de toque e não é afetivo, inseguro, inteligente, com uma mentalidade mais avançada, atencioso e preocupado. Brincadeiras que mais gosta: jogar computador ou telemóvel e ver televisão. O “Pedro” ainda demonstra algumas fragilidades na autonomia (ida à casa de banho, no banho e na escolha da sua roupa). Atualmente, está no 6.º ano com bom aproveitamento escolar, sendo que existem problemas disciplinares, considerando-se o mais inteligente. Toma medicação. Foi anteriormente acompanhado em Psicomotricidade.
Avaliação inicial	Observação informal: contacto apático, imparcial, inacessível e muito formal. Não reage e não mostra interesse na interação com os pares que não têm os interesses iguais, estabelece contacto com o outro de forma inadequada, ou afasta-se dos outros. Demonstra um comportamento autoconfiante, independente e dominante, onde despreza as performances dos outros e aparenta pensar que consegue lidar com tudo, mas falha. Revela movimentos pouco dinâmicos e de pequena amplitude, preferindo atividades de pouco movimento, não tomando iniciativa para a mesma, desajeitados ou contorcidos, sendo que se desloca de forma estranha e muito tensa (“robot”). Para além disso, demonstra ter movimentos precipitados e imprudentes, movimentando-se de forma violenta e esbarra com tudo. Nas atividades do seu interesse, envolve-se em demasia na mesma, esquecendo-se de tudo o resto, e gosta que a atividade seja de forma perfeita. As suas expressões faciais são monótonas. Fala excessivamente e rápido dos seus interesses e interrompe os outros para falar dos mesmos. Verifica se as regras dos outros são cumpridas. SDQ: Obteve uma classificação anormal, tendo sido alcançado 21 pontos em 40 possíveis. Foi atribuída classificação “normal” foi atribuído às escalas de comportamento pró-social, hiperatividade e problemas de comportamento. E às escalas de problemas com os colegas e sintomas emocionais, classificação “anormal” e “limítrofe”, respetivamente. A escola foi contactada para responder ao mesmo questionário, mas não foi obtida qualquer resposta. DAP: Alcançou uma classificação final “borderline”, correspondendo a uma idade de 6 anos e 9 meses. Os desenhos da figura feminina e masculina obtiveram a mesma pontuação, sendo a pontuação mais alta (classificação “abaixo da média”). O desenho do próprio teve uma classificação “borderline”. Foi notória a elevada força exercida no lápis. Trail Making Test: Realizou a prova B (de acordo com a idade), efetuando a prova em 128 segundos, sem qualquer erro de ligação. A prova foi realizada com calma e com bastante atenção. BOT-2: Apresentou um resultado de 42 pontos no total, situando-se numa classificação “abaixo da média”. Evidenciou maiores dificuldades ao nível da destreza manual, equilíbrio (essencialmente no equilíbrio dinâmico unipodal), coordenação dos membros superiores, mais concretamente no drible da

	bola, bem como na força. Fator Tonicidade da BPM: Apresenta um perfil dispráxico, revelando uma postura hipertônica, com dificuldade em alcançar a descontração muscular voluntária, bem como a capacidade de abandono. Apresentou tensão na maioria das tarefas propostas, à exceção da prova de paratonia dos membros superiores.
Avaliação Final	Observação informal: contacto apático, imparcial e muito formal. Mostra ligeiro interesse na interação com a terapeuta fora dos seus interesses. Revela um contacto com o outro de forma mais adequada. Toma iniciativa para as atividades que vão de encontro ao seu interesse. Revela movimentos independentes, autoconfiantes. Nas atividades do seu interesse, envolve-se bastante nas situações apesar de aceitar que atividade não seja perfeita. Demonstra ter movimentos desajeitados e contorcidos, movendo-se de forma estranha e ligeiramente tenso. Os seus movimentos revelam ser desinibidos, descontrolados e impulsivos, essencialmente quando se desloca pelo espaço. Demonstra estar concentrado nas sessões. Revela movimentos pouco dinâmicos e de pequena amplitude, apesar de aderir a atividades de maior movimento. Usa movimentos para exprimir algo (gesticulação), e os seus movimentos são eufóricos. Fala excessivamente e rápido dos seus interesses, aguardando a sua vez para falar. Demonstra ter dificuldades em cumprir acordos na sua totalidade. SDQ: Obteve uma classificação anormal, tendo sido alcançado 18 pontos em 40 possíveis. Foi atribuída classificação “normal” foi atribuído às escalas problemas do comportamento e hiperatividade. E às restantes escalas (sintomas emocionais, problemas com os colegas e comportamento pró-social, foi atribuído a classificação “anormal”. A mãe do “Pedro” destacou que as dificuldades destacadas afetam muito o seu filho no contexto social. DAP: Alcançou uma classificação final “média”, correspondendo a uma idade média de 9 anos e 7 meses. Os desenhos obtiveram todos classificação “média”, no entanto, o desenho da figura masculina obteve a pontuação mais elevada e o desenho da figura do próprio, a pontuação mais inferior. Todos os desenhos eram muito reduzidos e idênticos, tendo pequenos pormenores que os distinguia entre si. Foi notória a redução da força exercida no lápis, contudo, ainda estava presente. Trail Making Test: Realizou a prova B (de acordo com a idade), efetuando a prova em 125 segundos, sem qualquer erro de ligação. A prova foi realizada com bastante atenção. Por vezes, verbalizava o seu pensamento. BOT-2: Apresentou um resultado de 48 pontos no total, situando-se numa classificação “abaixo da média”. Evidenciou maiores dificuldades ao nível da destreza manual, equilíbrio (essencialmente no equilíbrio dinâmico unipodal), coordenação dos membros superiores, mais concretamente no drible da bola, bem como na força. Fator Tonicidade BPM: Apresenta um perfil euprático, realizando as provas de forma controlada e adequada (cotação 3). Revelou maior dificuldade na Extensibilidade dos membros superiores e existiu ligeiras sincínias. Conseguiu alcançar a descontração muscular voluntária, bem como a capacidade de abandono, ao longo da realização das provas, incluindo nas provas de paratonia e passividade.
Progressão terapêutica	A progressão terapêutica foi observada e analisada a partir da aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação aplicados na avaliação inicial, juntamente com a observação psicomotora informal. Revela maior empatia pelo o outro, maior motivação nas sessões terapêuticas e maior interação com a terapeuta, no entanto, é necessário continuar a trabalhar no domínio emocional. Para além disso, revelou maior consciência corporal e de esquema corporal, maior controlo corporal e melhor proficiência motora, apesar de continuar a ser necessário trabalhar os objetivos.
Legenda:	SDQ: Questionário de Capacidades e de Dificuldades; DAP: Desenho da pessoa; BOT-2: Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ªEdição; BPM- Bateria Psicomotora.

Tabela 6

Projeto terapêutico do “Pedro”.

PERFIL INTRAINDIVIDUAL			
Áreas/Comportamentos fortes		Áreas a potenciar	
Disponibilidade;		Tonicidade;	Autoestima;
Prestável;		Equilíbrio;	Tolerância à frustração;
Colaboração;	Processamento informacional;	Esquema corporal;	Diminuição da rigidez de pensamento;
Criatividade	Lateralidade;	Praxia Global e Fina;	Regulação emocional;
Iniciativa para as tarefas;	Discurso verbal.	Empatia;	Competências sociais.
Motivação;			

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Adequar a tonicidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a tensão muscular, alcançando a eutonia; • Promover a consciência dos diferentes estados tónicos; • Estimular o controlo respiratório.
	Promover o equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio estático e dinâmico.
	Melhorar a somatognosia.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a consciencialização corporal; • Promover o esquema corporal; • Desenvolver a criatividade e expressividade corporal; • Estabelecer a noção dos seus limites corporais;
	Melhorar a Praxia Global.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o controlo adequado da bola; • Promover a coordenação dos membros superiores.
	Melhorar a Praxia Fina.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a destreza manual.
Cognitivo	Estimular as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a consciencialização da ação; • Diminuir a rigidez de pensamento.
Emocional - Social	Promover a regulação emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência dos estados emocionais, ligando emoções a situações do quotidiano; • Reforçar a autoestima e autoconfiança; • Potenciar o autocontrolo.
	Promover socialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar do próprio comportamento; • Aumentar a capacidade de partilhar com o outro; • Diminuir a apatia; • Aumentar a capacidade de se colocar no outro do outro.
	Promover a comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções.
Técnicas utilizadas ao longo da intervenção	Jogo livre, com foco na relação terapêutica e nas atividades sugeridas pelo caso. Técnicas de relaxação, terapias expressivas e algumas atividades gnósico-práticas.	
Acerca da intervenção	<u>Tipologia, frequência e duração da sessão:</u> uma vez por semana, 45 minutos; <u>Local de intervenção:</u> sala polivalente do serviço de pedopsiquiatria.	

3.5.3 Caso “Paulo”

Tabela 7

Acompanhamento do “Paulo”.

Identificação	Idade: 8 anos; Género: Masculino; Escolaridade: 3.º ano.
Motivo de encaminhamento	Criança com fragilidades na aprendizagem e na atenção/concentração, agitação psicomotora, impulsividade, baixa autoestima (sentimento de incompetência) e imaturidade emocional (dificuldade na autorregulação - ansiedade em resposta à frustração e birras frequentes, labilidade emocional). Hipóteses de diagnóstico: <u>Perturbação de ansiedade generalizada ou instabilidade psicomotora.</u>
Anamnese	Vive com os pais, com a sua irmã e mais 2 meios-irmãos (de mães diferentes). Gravidez planeada, desejada e vigiada. Muito agitado no período pré-natal, desde a 13ª semana. Mãe foi internada na 38ª semana, devido a pré-eclampsia. Parto induzido por cesariana às 39 semanas e 6 dias. Nasceu com 50 cm e 3,475 kg. Gatinhou (não existe uma previsão de quando) e iniciou a marcha aos 13 meses e teve dificuldades de alimentação, utilizando o biberão até aos 5 anos. Ficou com a mãe até aos 4 anos. Ao nível linguístico, revela confusão e fala bastante rápido, revelando alguma imaturidade. O controlo dos esfíncteres (diurno/noturno) ocorreu entre os 2/3 anos. O sono também se encontra perturbado, tendo apenas passado para o seu quarto aos 5 anos. O “Paulo” vivenciou os processos de tribunal entre os seus 2 meios-irmãos quando tinha apenas 1 ano (violência sobre a mãe e os seus irmãos, da mãe e do padrasto dos seus irmãos), onde o “Paulo” não recebeu tanta atenção. Tanto a mãe como a educadora (por quem foi sinalizado), notaram que, desde cedo, o “Paulo” se balançava e era muito agitado e impulsivo, bem como a imaturidade no seu discurso, apesar de falar muito rápido. Boa relação com os irmãos, sendo que o irmão mais velho é considerado uma referência. Tem algumas dificuldades na socialização com crianças, onde existe a possibilidade de bullying (por fazer birras frequentes), todavia, tem uma melhor relação com os adultos (contacto intrusivo). Pouca autonomia e dificuldade de adaptação a situações fora da rotina. Brincadeiras que mais gosta: jogos, brincar com o seu cão e ver vídeos sobre tudo. Os pais caracterizam-no por distraído, irrequieto, impulsivo, ansioso, mas bondoso. Toma medicação. Já foi acompanhado em Psicomotricidade na Área de Dia. Para a sessão, é acompanhado pelo pai.
Avaliação inicial	Observação informal: contacto intrusivo e muito solícito, “cola-se” à terapeuta e aos outros e interfere com tudo e todos. Por vezes, pensa que consegue lidar com tudo, mas por falhar e não conseguir lidar com isso. Demonstra movimentos intensos, estando ocupado antes da explicação da atividade estar concluída e não consegue permanecer sentado durante a conversa final. Para além disso, os movimentos são desajeitados, nervosos e contorcidos. Os seus movimentos, ainda, revelam ser desinibidos, não persistentes, impulsivos, irritáveis e precipitados, movimentando-se de forma violenta e necessitando de parar breves instantes, para recuperar o fôlego. Não consegue permanecer na atividade até ao fim, e distrai-se facilmente com fatores externos à sessão. As suas expressões faciais e corporais são extremas, agindo como o “palhaço” da sessão. Fala bastante e interrompe o outro. Tem dificuldade em cumprir regras. SQD: Obteve uma classificação anormal, tendo alcançado 29 em 40 pontos possíveis. A classificação “normal” foi atribuída às escalas de problemas de comportamento e comportamento pró-social. Às escalas problema com os colegas e hiperatividade obtiveram classificação “anormal”, e por último, a escala sintomas emocionais obteve classificação “limítrofe”. A mãe destaca que as dificuldades do “Paulo” afetam muito os contextos do qual está inserido. A professora titular também respondeu ao questionário, onde obteve uma cotação de 32 pontos em 40 possível, sendo classificação anormal. Foi atribuída classificação “normal” a todas as escalas (sintomas emocionais, problemas de comportamento e comportamento pró-social), à exceção das escalas hiperatividade e problemas com os colegas, que obtiveram classificação “anormal”. DAP: Obteve uma classificação final “abaixo da média”, o que vai corresponder à idade equivalente de 6 e 7 meses. A pontuação mais elevada ocorreu no desenho do próprio (classificação “média”), destacando uma maior atenção e investimento relativamente aos detalhes. O desenho da figura feminina e masculina obtiveram classificação “borderline” e “abaixo da média”, respetivamente. Realizou os desenhos muito rápido, com poucos pormenores anatómicos e desproporcionais. Subteste Estátua de NEPSY-II: Apresentou 2 pontos em 30 possíveis, não alcançando o score mínimo deste subteste, o que equivale a uma idade inferior a 3 anos. Demonstrou alguma dificuldade em permanecer imóvel e insegurança. Trail Making Test: Realizou a prova A, devido à sua idade, realizando a mesma em 59 segundos, sem qualquer erro de ligação. Foi notória alguma impulsividade. BOT-2: Obteve como pontuação 29 pontos, correspondendo a uma classificação “abaixo da média”. A pontuação mais baixa centra-se nas provas de destreza manual, coordenação bilateral, força e agilidade e coordenação dos membros superiores. Fator Tonicidade da BPM: Apresenta um perfil Hipertónico. Demonstra fragilidades ao nível da impulsividade, distrabilidade, imaturidade na regulação tónica e frequentes manifestações emocionais.
Avaliação Final	Observação informal: contacto intrusivo e muito familiar, preocupando-se bastante com os outros. Pensa que consegue lidar com tudo, mas por falhar e não conseguir lidar com isso. Releva movimentos intensos, desajeitados, nervosos, desinibidos e precipitados, movimentando-se muito. Distrai-se com os fatores externos à sessão, mas durante as

	<p>atividades, envolve-se muito. A sua expressão corporal e facial é exagerada, mas procura autorregular-se. Fala excessivamente, apesar de procurar não interromper o outro. Pede desculpa por pequenos erros, mesmo não sendo necessário. SDQ: não foi possível a resposta ao questionário, uma vez que a encarregada de educação não esteve presente presencialmente, nem respondeu aos emails. A professora titular respondeu ao questionário, onde obteve uma cotação de 27 em 40 pontos possíveis, alcançando classificação “anormal”. Foi atribuída classificação “normal” a todas as escalas (problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pró-social), à exceção das escalas sintomas emocionais e problemas com os colegas, que obtiveram classificação “anormal”. DAP: Obteve uma classificação final “acima da média”, o que vai corresponder à idade equivalente de 11 anos. A cotação mais elevada ocorreu no desenho da Mulher e do Próprio, com classificação “acima da média”, e o desenho da figura Homem, com classificação “média”. Subteste Estátua de NEPSY-II: Apresentou 10 pontos em 30 possíveis, apesar de ter melhorado, continua a não alcançar o score mínimo deste subteste. Trail Making Test: Realizou a prova A, devido à sua idade, realizando a mesma em 79 segundos, sem qualquer erro de ligação. BOT-2: Obteve como pontuação 42 pontos, correspondendo a uma classificação média. As pontuações mais baixas foram nas provas de força e agilidade, coordenação dos membros superiores e força. Fator Tonicidade da BPM: apresenta um perfil Hipertónico muito perto da Eutonia (cotação 3). Revelou dificuldades na passividade e paratonia no que diz respeito ao lado dominante (lado direito) e nas Diadococinésias (resistência tónica e descoordenação nos movimentos de pronação e supinação. Boa extensibilidade nos membros superiores e inferiores.</p>
Progressão terapêutica	<p>A progressão terapêutica foi observada e analisada a partir da aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação aplicados na avaliação inicial, juntamente com a observação psicomotora informal. Revela consciência emocional, maior tolerância à frustração, maior autoconfiança, melhor interação social, melhor proficiência motora, melhor processamento informacional e das funções executivas. Continuam presentes, pontualmente, comportamentos impulsivos. Continua a ser necessário o trabalho dos objetivos.</p>
Legenda:	<p>SDQ: Questionário de Capacidades e de Dificuldades; DAP: Desenho da pessoa; BOT-2: Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ªEdição; BPM- Bateria Psicomotora.</p>

Tabela 8

Projeto terapêutico do “Paulo”.

PERFIL INTRAINDIVIDUAL	
Áreas/Comportamentos fortes	Áreas a potenciar
<p>Empatia;</p> <p>Colaboração;</p> <p>Disponibilidade;</p> <p>Criatividade;</p> <p>Conhecimento cinestésico;</p> <p>Lateralidade;</p> <p>Motivação;</p> <p>Jogo simbólico.</p>	<p>Diminuição da agitação</p> <p>Psicomotora;</p> <p>Controlo da impulsividade;</p> <p>Regulação emocional e socialização;</p> <p>Atenção/concentração;</p> <p>Expressividade verbal;</p> <p>Planeamento motor;</p> <p>Tonicidade;</p> <p>Equilíbrio;</p> <p>Noção Direita-Esquerda;</p> <p>Esquema corporal;</p> <p>Praxia Global e Fina.</p>

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Adequar a tonicidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a tensão muscular; • Promover a consciência dos diferentes estados tônicos; • Estimular o controlo respiratório.
	Promover o equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio estático e dinâmico.
	Melhorar a somatognosia.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a consciencialização corporal; • Promover o esquema corporal, através da representação gráfica do corpo; • Desenvolver a criatividade e expressividade corporal; • Potenciar a noção direita-esquerda.
	Melhorar a Praxia Global.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o controlo adequado da bola; • Promover a coordenação óculo-manual; • Potenciar a associação/dissociação de movimentos com membros superiores e inferiores.
Cognitivo	Estimular as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar a capacidade de concentração; • Aumentar os períodos de atenção; • Promover o planeamento da ação e organização das tarefas; • Aumentar a consciencialização da ação;
Emocional - Social	Promover a regulação emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência dos estados emocionais; • Diminuir a impulsividade e agitação psicomotora; • Diminuir os estados ansiosos; • Potenciar a tolerância à frustração.
	Maximizar a autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar o sentimento de autocompetência; • Diminuir as inseguranças; • Estimular a autoconfiança.
	Promover socialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar do próprio comportamento; • Promover a relação com o outro; • Promover o cumprimento de regras.
	Promover a comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções; • Promover a capacidade de esperar pela sua vez para falar.
Técnicas utilizadas ao longo da intervenção	Jogo livre (semidirigido), com foco na relação terapêutica e nas atividades sugeridas pelo caso. Técnicas de relaxação, terapias expressivas e algumas atividades gnóstico-práticas.	
Acerca da intervenção	<u>Tipologia, frequência e duração da sessão:</u> uma vez por semana, 45 minutos; <u>Local de intervenção:</u> sala polivalente do serviço de pedopsiquiatria.	

3.6 – Descrição dos casos acompanhados em grupo

As sessões de Psicomotricidade em contexto grupal estavam ingressadas no Hospital de Dia, decorrendo na sala polivalente da UPIA. Foram acompanhados 17 adolescentes, com idades compreendidas entre 11 e 16 anos. Os principais motivos de encaminhamento consistiram em problemas sociais, de comportamento e ansiedade.

Existiram 2 grupos, sendo que o Grupo I teve início a 12 de janeiro de 2021 e o Grupo II a 27 de abril de 2021, sendo que em ambos os grupos as sessões tiveram término a 27 de julho de 2021. Os grupos tinham sessões todas as terças-feiras, pelo que o horário do grupo I e II eram 11h e 14h, respetivamente, com duração entre os 45 minutos e 1 hora. Face situação epidemiológica, existiu uma pausa de realização de sessões do Grupo I entre 26 de janeiro e 16 de fevereiro de 2021. O Grupo I contou com 25 sessões realizadas e o Grupo II, 14.

Ambos os grupos eram mistos, com rapazes e raparigas, sendo que ao nível de idades, o Grupo II era mais homogéneo, grupo este criado posteriormente. Para além disso, os grupos eram acompanhados pelas duas psicomotricistas estagiárias, onde em cada grupo existia uma terapeuta principal e uma coterapeuta, alterando entre os grupos. Contava-se ainda, com a presença da Técnica de Psicomotricidade do serviço. As sessões eram de carácter semidirigido, através de atividades lúdicas.

Relativamente à avaliação, apenas foi utilizada a observação psicomotora através da Escala de Observação de Louvain, pelo que foram utilizadas as primeiras 4 sessões de cada caso para a avaliação inicial, e as últimas 2 sessões para a avaliação final. Contudo, ao longo das sessões, era feita uma reflexão do comportamento/atitude de cada caso nos relatórios de cada sessão.

Nas tabelas seguintes (ver tabelas 10 e 11), é feita a identificação de cada elemento do grupo, motivo de encaminhamento, resultados das avaliações inicial e final e a respetiva progressão terapêutica. Estas tabelas foram realizadas em conjunto com a outra estagiária, visto que ambas acompanharam os dois grupos.

No grupo I, estiveram presentes mais 3 casos, contudo desistiram do grupo após 1 ou 3 sessões, devido ao facto de não se identificarem com a dinâmica da sessão e do grupo e também pela incompatibilidade de horários. Os casos que desistiram, encontram-se descritos nos anexos (ver anexo IV). No Grupo II, não houve qualquer desistência.

Os objetivos terapêuticos para ambos os grupos eram definidos em função da dinâmica/feedback do grupo, seguindo a metodologia da Psicoterapia de Grupo Lúdica (PGL). Esta metodologia segue uma intervenção em que existe um feedback imediato, tanto para os terapeutas como para os pares, utilizando as atividades lúdicas e dinâmicas para modificar os

comportamentos inadequados que são evidenciados, desenvolvendo as competências sociais, com fim de expressarem as sensações através do corpo (Kernberg & Chazan, 1992). A PGL incorpora fases do desenvolvimento do grupo, que traduzem as oscilações da evolução do mesmo, permitindo também a defesa dos terapeutas face às projeções regressivas. Desta forma, as fases são designadas por fase de pré-afiliação, fase intermédia e a fase de término (Kernberg & Chazan, 1992). Estas fases regem-se a duas principais fontes de insegurança e incerteza, nomeadamente a dependência, onde o grupo faz face às figuras autoritárias, e a independência, enfocando as relações interpessoais. Numa fase inicial da intervenção, cada adolescente deve reunir com os seus terapeutas, com o fim de explicar o porquê de estarem ali e qual o objetivo (resolução dos comportamentos problemáticos). Após esta primeira reunião, será feita a primeira reunião de grupo. Na tabela seguinte (ver tabela 9) estão presentes os objetivos descritos para cada fase de intervenção.

Nos anexos (ver anexos V e VI), encontra-se um exemplo de um planeamento de sessão de grupo e um relatório de sessão, respetivamente.

Tabela 9

Objetivos terapêuticos para o grupo I e II.

Fase	Objetivos terapêuticos
Fase de pré-afiliação	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o estabelecimento da relação terapêutica empática e securizante; • Potenciar a relação e interação entre os elementos do grupo; • Promover a espontaneidade e criatividade.
Fase intermédia	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar a coesão grupal; • Promover a afirmação de cada elemento dentro do grupo; • Maximizar a empatia.
Fase de término	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar a reflexão da evolução no grupo; • Promover o trabalho de término do grupo; • Potenciar o trabalho do final da intervenção.

Tabela 10

Descrição dos casos do Grupo I.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>LR. - 13 anos Gênero masculino</p> <p>Problemas de comportamento no contexto escolar; perturbação de oposição com intolerância à frustração; dificuldade em cumprir regras e tendência ao agir.</p>	<p>Demonstrou um contacto não tendencioso e sem investimento. Afastava-se do grupo, evitando o contacto físico. Por vezes, tomava iniciativa, porém, não sugeria atividades. Era independente nas atividades, apesar de subestimar as suas capacidades, evitando o confronto. Os seus movimentos eram pouco dinâmicos, lentificados, desajeitados e ligeiramente descontrolados, movimentando-se pouco e precisando de incentivo na maioria das atividades que implicavam maior necessidade de movimento. Participava nas atividades, contudo, revelava uma postura inibida. Apresentava hipertonicidade, tendo bastante dificuldade em relaxar, com movimentos rígidos e de pequena amplitude. Distraía-se facilmente com fatores externos à sessão. Acompanhava as atividades, contudo demonstrava desinvestimento quando não o cativavam. Era pouco expressivo, apresentando expressões faciais monótonas. Apresentava um tom de voz audível, o conteúdo das suas intervenções ia de encontro ao contexto, apesar de serem feitas em momentos menos oportunos. O seu discurso oscilava consoante a sua disposição, sendo que comunicava mais quando não se sentia exposto. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções e uma ligeira obsessão pelas regras dos jogos, estando mais atento aos pequenos erros dos pares, o que demonstrou alguma competitividade. Tinha elementos de referência, por exemplo, o AL.. Durante as atividades procurava ajudar os pares, sendo observada a cooperação e entreaajuda. Revelou boa regulação social.</p>	<p>Estabeleceu um contacto adequado com os pares e com as terapeutas e demonstrou interesse e preocupação com os outros. Maior tolerância ao contacto físico com o outro. Tomava iniciativa e era independente nas atividades, apesar de subestimar as suas capacidades. Demonstrou movimentos pouco dinâmicos, rígidos, pequena amplitude e desajeitados, apresentando uma postura hipertónica. Revelava dificuldade na atenção focalizada, no entanto, os períodos de concentração eram maiores. A sua expressão corporal variava consoante as atividades realizadas e o seu gosto/interesse. Apresentava um tom de voz audível, as suas intervenções iam de encontro ao contexto. Contudo, continuavam presentes comentários desafiantes nos momentos menos oportuno. Apesar disso, os seus comentários foram ficando mais pertinentes. Mantinha o contacto ocular. Conseguia expressar os pensamentos/vivências por palavras. Participou ativamente nas atividades e a demonstrou cooperação e entreaajuda, e uma boa regulação social.</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão e participou em 17 sessões. Revelou diversas melhorias, nomeadamente, comentários mais pertinentes, maior tolerância ao contacto próximo com o grupo, maior interesse pelos pares e melhor tolerância à exposição. Já mantinha o contacto ocular e revelou maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Ainda assim, persistiam as dificuldades na atenção focalizada, apesar de os períodos de concentração serem maiores; os movimentos continuaram pouco dinâmicos, rígidos, de pequena amplitude e desajeitados, contudo, continuou com uma participação ativa.</p>
<p>CD. - 12 anos Gênero masculino</p> <p>Dificuldade em respeitar regras e limites e em manter-se concentrado.</p>	<p>Estabeleceu um contacto artificial, procurando agradar o outro e manter a proximidade com os pares e terapeutas. Tomava iniciativa e era independente, porém subestimava as suas capacidades, não tolerando a exposição no grupo. Conseguia ajustar o seu movimento e atividade face às tarefas realizadas. Era dinâmico e participava em todas as tarefas propostas. Revelou alguns movimentos desinibidos, mas descoordenados, imprudentes e precipitados, com alguma impulsividade. Apresentou uma postura hipertónica, tendo dificuldade em relaxar, o que levou à dificuldade em concentrar-se e em seguir as instruções fornecidas, nessa etapa da sessão. Demonstrava dificuldade em lidar com o silêncio. Apresentou uma focalização adequada, no entanto, era mais evidente o seu empenho quando a atividade era da sua autoria. Era expressivo corporal e verbalmente. Quando entrava em diálogo, gesticulava com as mãos de forma ajustada de acordo com o seu discurso. Era comunicativo, apresentando um tom de voz audível, um ritmo do discurso ajustado e contacto ocular adequado. Conseguia esperar pela sua vez de falar, apesar de algumas participações serem descontextualizadas. Revelou dificuldade em expressar as suas emoções, porém apresenta uma regulação social apropriada. Demonstrou estar incluído no grupo, tendo preferência pelo seu colega SF.. Não era competitivo.</p>	<p>Estabeleceu um contacto adequado, não havendo necessidade constante de agradar o outro. Subestimava as suas capacidades, apesar de demonstrar estar seguro e tolerar a exposição. Conseguiu ajustar o seu movimento e atividade face às tarefas realizadas, demonstrando controlo sobre o próprio corpo. Participava ativamente nas atividades, sendo dinâmico. Demonstrou dificuldade em relaxar, apresentando uma postura hipertónica. Revelou uma focalização adequada, compreendendo a situação em que se encontrava e permanecendo ajustado à mesma. Era expressivo e comunicativo, apresentando um tom de voz audível, um ritmo do discurso ajustado e contacto ocular adequado. Demonstrou saber esperar pela sua vez de falar. Conseguiu expressar os pensamentos/vivências por palavras. Manteve uma boa regulação social.</p>	<p>Integrou o grupo na quarta sessão e participou em 21 sessões. Apesar de continuar presente a subestimação das suas capacidades, demonstrou melhorias em termos do contacto com o outro, sendo mais independente emocionalmente. Para além disso, revelou maior segurança, suportando melhor a exposição e deu opiniões mais pertinentes; e maior controlo do próprio corpo e do movimento, e atenção focalizada.</p>

Tabela 10

Continuação da descrição dos casos do Grupo I.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>SF. – 12 anos Gênero masculino</p> <p>Agitação psicomotora; imaturidade emocional; dificuldade na socialização com os pares.</p>	<p>Estabeleceu um contacto apático, retraído, inacessível, não mostrando interesse em entrar em contacto com o outro, sendo que apenas entrava em contacto quando solicitado. Nunca tomou iniciativa, porém era autónomo e acompanhava as atividades. Os movimentos eram por norma excessivos e intensos, e tinha alguma dificuldade em permanecer sentado. Apresentava dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica, com movimentos rígidos e nervosos. Revelou alguma impulsividade, movimentando-se muito, tendo dificuldade em concentrar-se. Por vezes, apresentava movimentos desajeitados e irrequietos. Revelou falta de expressividade, apresentando expressões faciais monótonas, sendo que a sua postura e expressão corporal variavam pouco ao longo das sessões e das atividades. Apresentava um tom de voz audível, apesar de apenas comunicar quando solicitado. O seu discurso era breve e pouco investido e evitava o contacto ocular. Revelou dificuldade em expressar as suas emoções e uma regulação social apropriada. Não era competitivo, nem tinha elementos de referência. Participava nas atividades de forma passiva e indiferente, porém, em algumas situações, procurava ajudar os pares.</p>	<p>Estabeleceu um contacto adequado, procurando interagir com os pares. Demonstrou maior interesse no contacto com o outro. Tomava iniciativa nas atividades, sendo autónomo. Não subestimava as suas capacidades. Os movimentos eram por norma excessivos e intensos, demonstrando dificuldade em permanecer sentado sem movimentos excessivos. Apresentava dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica, com movimentos rígidos. Revelou menor impulsividade. Por vezes, apresentava movimentos desajeitados e irrequietos e dificuldade em permanecer concentrado. Apresentava dificuldade ao nível da expressividade do movimento, porém maior expressividade facial. Mantinha o contacto ocular e demonstrava ter um tom de voz audível, apesar de ter uma expressão verborreia. Revelou alguma dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Apresentou uma boa regulação social. Não era competitivo, nem tinha elementos de referência. Participava nas atividades de forma ativa.</p>	<p>Integrou o grupo na quarta sessão e participou em 18 sessões. Continuou a demonstrar dificuldades em relaxar, no controlo do próprio corpo e em expressar os pensamentos/vivências por palavras, apesar de revelar maior facilidade em refletir sobre as sessões. Demonstrou ainda fragilidades na expressividade do movimento, apesar de ter melhorado a expressividade facial. Para além disso, revelou melhorias na socialização e interesse no contacto com o outro, sendo capaz de manter o contacto ocular; na tomada de iniciativa e na diminuição da impulsividade.</p>
<p>SL. – 12 anos Gênero feminino</p> <p>Défice de atenção e concentração; agitação psicomotora; dificuldade em cumprir regras em contexto familiar.</p>	<p>Procurou sempre estar junto das terapeutas e fazia comentários à parte com as mesmas acerca da sessão e dos pares. O seu contacto com os pares era adequado, apesar de dar demasiada importância/interferir em situações pontuais que envolviam outros elementos. Era autónoma e espontânea, e tomava iniciativa. Por vezes, desprezava a performance dos pares e subestimava-se. Os movimentos eram por norma excessivos, intensos, nervosos e ligeiramente desajeitados, e era evidente alguma irrequietude/agitação e impulsividade. Envolvia-se adequadamente nas atividades. Era expressiva e tinha uma postura adequada nas diversas atividades/situações. Apresentava um tom de voz baixo. Era comunicativa, apesar de existirem momentos que apenas comunicava quando solicitado. O seu discurso era adequado e, por vezes, desviava o contacto ocular, quando se sentia exposta. Revelou dificuldade em expressar as suas emoções. Apresentava uma regulação social apropriada. Não era competitiva, nem tinha elementos de referência. Participava nas atividades de forma ativa e procurava ajudar os pares.</p>	<p>Estabeleceu um contacto adequado, procurando interagir com os pares. Demonstrou interesse e preocupação com o outro. Apesar disso, demonstrou dificuldade em aceitar a opinião dos outros, quando não ia de encontro à sua. Era autónoma, independente e espontânea, tomava iniciativa. Conseguia ajustar o seu movimento e atividade face às tarefas realizadas. Era dinâmica e participava em todas as tarefas propostas. Demonstrou uma postura hipertónica, apresentando movimentos rígidos. Conseguia apropriar os movimentos às atividades realizadas, movimentando-se calmamente e com controlo do próprio corpo. Demonstrou uma focalização adequada, compreendendo a situação em que se encontrava e permanecendo ajustado à mesma. Era expressiva e tinha uma postura adequada nas diversas atividades/situações. Apresentava um tom de voz audível e ajustado. Era comunicativa, o seu discurso era adequado e mantinha o contacto ocular. Expressava pensamentos/vivências por palavras. Manteve boa regulação social.</p>	<p>Integrou o grupo na sexta sessão e participou em 16 sessões. Ao longo da intervenção, demonstrou maior dificuldade na regulação da tolerância à frustração. Porém, foi ficando mais disponível, independente e com maior interesse e preocupação pelo outro. Para além disso, revelou maior controlo do próprio corpo e dos movimentos, um tom de voz mais audível, maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras e também já conseguia manter o contacto ocular.</p>

Tabela 10

Continuação da descrição dos casos do Grupo I.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>CV. - 16 anos Gênero feminino</p> <p>Ansiedade e ataques de pânico; recusa escolar; problemas de socialização.</p>	<p>Apresentava um contacto retraído/inibido, não tendencioso e muito ansioso. Procurava e reagia perante o contacto com os pares, porém apenas comunicava quando solicitado. Revelou falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades. Dava algumas sugestões, no entanto, expressava-se num tom de voz inaudível, sendo necessário outro elemento falar por ela. Procurou envolver-se nas atividades, porém apresentava uma participação ligeiramente passiva, conseguindo compreender a situação e ajustar-se à mesma, permanecendo concentrada. Apresentava hipertonicidade. Revelou uma postura fechada, onde o cabelo lhe tapa a face, e apresentava movimentos nervosos e controlados, o que, por vezes, a impedia de se expressar. Demonstrou expressões faciais monótonas e não existiam movimentos individuais. O seu discurso era breve e tinha um contacto ocular desviante. Revelou dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Revelou uma regulação social apropriada, não sendo competitiva. Tinha a SL. como elemento de referência.</p>	<p>Apresentou um contacto inibido, no entanto, demonstrou uma atitude mais espontânea. Procurava e reagia perante o contacto com os pares apesar de, por vezes, demonstrar ansiedade quando se sentia exposta. Este contacto ansioso foi diminuindo ao longo das sessões, fazendo com que reagisse melhor à exposição direta. Apenas comunicava quando solicitado ou quando interagiam com ela. Revelou falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades. Dava algumas sugestões, no entanto, expressava-se num tom de voz baixo. Demonstrou uma participação ativa, procurando envolver-se nas atividades. Manteve uma postura hipertónica, em que os seus movimentos eram de pequena amplitude. Conseguia apropriar os movimentos às atividades realizadas, movimentando-se calmamente e com controlo do próprio corpo. Mantinha a atenção focalizada. As suas expressões faciais foram-se alterando de acordo com cada situação vivenciada. Contudo, demonstrava uma postura inibida, essencialmente em situações de diálogo, apesar de estar mais participativa. O seu discurso era mais investido e mantinha o contacto ocular. Era capaz de expressar os pensamentos/vivências por palavras. Mantinha boa regulação social.</p>	<p>Integrou o grupo na décima quinta sessão e participou em 10 sessões. Revelou inibição de movimento, falta de autoconfiança, e dificuldade ao nível da expressividade de movimento, mantendo uma postura hipertónica, em que os seus movimentos eram de pequena amplitude. Foram observadas algumas melhorias, nomeadamente, um contacto menos ansioso e uma postura mais disponível, ativa, desinibida e comunicativa e num tom de voz mais alto. Para além disso, expressava com maior facilidade pensamentos e vivências por palavras e o seu discurso era mais investido, e tinha maior facilidade em manter o contacto ocular.</p>
<p>MB. - 12 anos Gênero masculino</p> <p>Problemas sociais; problemas de comportamento.</p>	<p>Apresentava um contacto com os pares e com as terapeutas, por vezes, inadequado, não tomando iniciativa para o mesmo. Apesar de tomar a iniciativa e ser independente nas atividades, desprezava a performance dos pares. Demonstrou ajustar o seu movimento e atividade face às tarefas realizadas. Era dinâmico e participava em todas as tarefas propostas. Apresentava dificuldade em relaxar, revelou uma postura hipertónica. Revelou dificuldade em seguir as instruções dadas pelas terapeutas e em concentrar-se, fazendo alguns comentários descontextualizados. Revelou alguns movimentos desinibidos, imprudentes e descoordenados. Distraía-se facilmente e distraía os outros. Era expressivo, adequando a sua expressividade/postura às diferentes atividades realizadas. Era comunicativo. Apresentava um tom de voz audível, um ritmo do discurso ajustado e contacto ocular fugido. Existia concordância entre a comunicação verbal e não-verbal. Sabia esperar pela sua vez de falar, contudo, por vezes as suas participações eram desafiantes. Não era competitivo, no entanto, por vezes, adotava uma postura desafiante perante as terapeutas.</p>	<p>Apresentava um contacto adequado com os pares, demonstrando maior facilidade em tomar iniciativa para o mesmo. Apesar de tomar iniciativa e ser independente nas atividades, revelou um comportamento dominante e continuava a demonstrar uma postura desafiante perante as terapeutas. Mantinha igual os seguintes parâmetros: atividade, relaxação, atenção focalizada, comunicação verbal e regulação social.</p>	<p>Integrou o grupo na décima quarta sessão e esteve presente em 8 sessões. Continuou a demonstrar dificuldades na relaxação, na atenção focalizada, na expressividade de movimento e regulação social. Ainda assim, verificaram-se melhorias ao nível das relações emocionais, nomeadamente o contacto estabelecido com os pares, não desprezando as suas performances e demonstrando maior facilidade em tomar iniciativa para o contacto com o outro. Ao longo das sessões, revelou maior facilidade em expressar os seus pensamentos e vivências e a sua postura foi ficando mais disponível.</p>

Tabela 11

Descrição dos casos do Grupo II.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p>MC. – 13 anos Gênero feminino</p> <p>Dificuldade na regulação emocional e interação social; mutismo seletivo; ligeiro déficit cognitivo.</p>	<p>Apresentou um contacto apático, retraído/inibido, não tendencioso e inacessível. Não mostrava interesse nem reagia perante o contacto com os pares, sendo que apenas comunicava quando solicitado. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades nem dando sugestões. A sua participação era esporádica, passiva e indiferente. Demonstrou movimentos pouco dinâmicos e controlados, movimentando-se pouco, necessitando de incentivo constante e instruções mais específicas. Apresentou hipotonicidade. Necessitava de mais tempo para iniciar as atividades, devido às dificuldades de compreensão. Participava nas atividades, apesar de os seus movimentos demonstrarem desinteresse e não serem persistentes. Revelava falta de expressividade, apresentando expressões faciais monótonas, sendo que a sua postura e expressão corporal variavam pouco ao longo das sessões e das atividades. Apresentou um tom de voz baixo. O seu discurso era breve e pouco investido e tinha um contacto ocular desviante. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções, porém, apresentava boa regulação social. Não era competitiva, nem tinha elementos de referência no grupo.</p>	<p>Apresentou um contacto apático e não tendencioso, não tomando iniciativa para se relacionar com os pares, não comunicando com os mesmos por iniciativa própria. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades nem dando sugestões. Evitava o confronto/destaque e subvalorizava a sua opinião, tendo dificuldade em tomar decisões. Contudo, conseguiu expor dúvidas e expressar a sua opinião. Demonstrou movimentos pouco dinâmicos. A sua participação era esporádica e passiva, apesar de ser mais autónoma. Apresentou hipotonicidade, em que a sua postura passou a ser mais disponível. Os movimentos eram controlados, no entanto, já existiam movimentos individuais. Participava nas atividades e mantinha-se concentrada, apesar de os seus movimentos não serem persistentes. Revelava falta de expressividade corporal, apresentando expressões faciais monótonas. Demonstrou ter um tom de voz mais audível. O seu discurso era breve e pouco investido e tinha um contacto ocular desviante, apesar de, por vezes, o conseguir manter. Revelava maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras, apenas quando solicitado. Revelou uma regulação social apropriada.</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão e participou em 12 sessões. Continuou a demonstrar movimentos pouco dinâmicos e falta de expressividade e a subvalorizar a sua opinião, tendo dificuldade em tomar decisões. Evidenciou melhorias, revelando maior autonomia, maior facilidade em expor as suas dúvidas e vivências pessoais, e maior disponibilidade psicocorporal.</p>
<p>MR. – 12 anos Gênero masculino</p> <p>Queixas de comportamento.</p>	<p>Conseguiu estabelecer contactos emocionais adequados, preocupando-se com os outros pares e gostando de estar em contacto constante com o grupo. Subvalorizava o papel dos outros, adotando o papel de líder do grupo. Conseguiu ajustar o seu movimento e atividade face às tarefas realizadas. Era dinâmico e participava em todas as tarefas propostas, fazendo sugestões e tomando iniciativa. Apresentou hipertonicidade e dificuldade em relaxar, com movimentos rígidos. Demonstrou ter controlo do próprio corpo, ajustando-o às atividades. Distraía-se facilmente com os pares, havendo muitas vezes conversas paralelas, contudo, apresentava menos contacto com as terapeutas. Apesar disso, conseguia concentrar-se e focar-se nas atividades. Era expressivo e tinha uma postura adequada nas diversas atividades/situações. Era muito comunicativo, tendo um tom de voz audível, um ritmo do discurso rápido e contacto ocular adequado. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções. Demonstrava ter uma boa regulação social, porém tinha dificuldade em manter-se em silêncio enquanto os outros faziam partilhas com o grupo. Tinha como elemento de referência, o FH..</p>	<p>Conseguiu estabelecer contactos emocionais adequados, preocupando-se com os outros pares e gostando de estar em contacto constante com o grupo. Tomava iniciativa e sugeria atividades, sendo independente e autónomo. Valorizava a prestação dos elementos e do trabalho em grupo. Ajustava o seu movimento e atividade face às tarefas realizadas. Era dinâmico e participava em todas as tarefas propostas. Apresentou hipertonicidade, apesar de demonstrar maior facilidade em relaxar. Demonstrou ter controlo do próprio corpo. Distraía-se facilmente com os pares, havendo muitas vezes conversas paralelas. Apesar disso, conseguia concentrar-se e focar-se nas atividades. Era expressivo e muito comunicativo. Apresentou um tom de voz audível, um ritmo do discurso rápido e mantém o contacto ocular, apesar de ser um contacto ansioso. Revelava maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Demonstrava ter uma boa regulação social, contudo, ainda revelava dificuldade em manter-se concentrado durante os diálogos quando outros conversam com ele.</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão e veio a 13 sessões. Continuou a distrair-se facilmente com os pares, apesar de se manter concentrado durante os diálogos. Ainda assim, demonstrou ter um contacto ansioso. Para além disso, revelou ter maior facilidade em valorizar a prestação dos pares e do trabalho em grupo, em relaxar e em expressar os pensamentos/vivências por palavras.</p>

Tabela 11

Continuação da descrição dos casos do Grupo II.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p>JC. – 13 anos Gênero masculino</p> <p>Agressividade verbal e física perante os pares; postura de oposição e desafio perante as figuras de autoridade; agitação psicomotora.</p>	<p>Apresentou um contacto indiferente, um pouco inacessível e sem investimento. Afastava-se do grupo, não procurando contacto com os pares nem com os terapeutas, à exceção do BR.. Era autónomo e sugeria atividades. Participava nas atividades de forma ativa quando solicitado. Raramente tomava iniciativa e demonstrava ser dependente do comportamento do BR.. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica, com movimentos rígidos, nervosos e pequena amplitude. Revelava alguma impulsividade, movimentando-se muito, com movimentos por norma excessivos e intensos, bruscos, sem direccionalidade e irrequietos. Distraía-se facilmente com o BR., havendo muitas vezes conversas paralelas. Acompanhava as atividades, contudo demonstrava dificuldades em permanecer focado. Era pouco expressivo, apresentando expressões faciais monótonas. Era comunicativo, com um tom de voz audível, um ritmo do discurso e contacto ocular adequados. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções e uma boa regulação social. Era competitivo, e tinha o BR. como elemento de referência.</p>	<p>Procurava interação com os pares, contudo apresentava um contacto desinvestido com os mesmos. Era autónomo e sugeria atividades, contudo, raramente tomava iniciativa para iniciar as mesmas. Participava ativamente nas atividades. Demonstrava dificuldade em ajustar a força de lançamento, sendo que, por vezes, os seus movimentos eram bruscos. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica, com movimentos rígidos, nervosos e de pequena amplitude. Dificuldades acentuadas na noção do corpo e da direita-esquerda. Revelava alguma impulsividade e apresentou movimentos bruscos, apesar de ter um melhor controlo do próprio corpo. Acompanhava as atividades, contudo demonstrava dificuldades em permanecer focado. Era pouco expressivo, apresentando expressões faciais monótonas. Era comunicativo, com um tom de voz audível, um ritmo do discurso e contacto ocular adequados. Revelava dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Revelou uma regulação social apropriada. Era competitivo.</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão e participou em 12 sessões. Continuou a demonstrar dificuldades na regulação tónica, na noção do corpo e de direita-esquerda, na atenção focalizada e em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Para além disso, foram visíveis melhorias na integração e interação com o grupo, menor impulsividade e maior controlo do próprio corpo.</p>
<p>BR.. – 12 anos Gênero masculino</p> <p>Problemas comportamentais.</p>	<p>Estabeleceu uma conexão emocional adequada, preocupando-se com os pares. Porém não aceitava quando era confrontando, demonstrando ter baixa tolerância à frustração. Era autónomo, tomava iniciativa e sugeria atividades. Participava nas atividades de forma ativa. Os movimentos eram por norma excessivos, intensos, descoordenados, desajeitados e irrequietos, revelando alguma impulsividade e dificuldade em permanecer imóvel. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica, com movimentos rígidos, nervosos e pequena amplitude. Distraía-se facilmente com fatores externos à sessão e com os pares, havendo muitas vezes conversas paralelas. Era expressivo e muito comunicativo. Apresentava um tom de voz alto, um ritmo do discurso rápido e contacto ocular adequado. Existem conversas paralelas com o JC.. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções, porém apresentava uma regulação social apropriada. Não era competitivo.</p>	<p>Estabeleceu uma conexão emocional adequada, preocupando-se com os pares. Demonstrou uma melhoria na tolerância à frustração. Era autónomo, tomava iniciativa e sugeria atividades. Participava ativamente nas atividades. Conseguia reconhecer o seu lugar no grupo. Demonstrou dificuldade em ajustar a força de lançamento, sendo que, por vezes, os seus movimentos eram violentos. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica, com movimentos rígidos, nervosos e pequena amplitude. Revelava alguma impulsividade e apresentou movimentos irrequietos. Distraía-se facilmente com fatores externos à sessão e com os pares, porém os períodos de concentração eram maiores. Era expressivo e comunicativo. Apresentava um tom de voz adequado e contacto ocular adequado. Revelava maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Demonstrou ter boa regulação social. Era competitivo.</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão e participou em 12 sessões. Continuou a demonstrar dificuldade na regulação tónica. Contudo, verificaram-se melhorias ao nível da aceitação das ideias/opiniões dos outros, maior compreensão, maior tolerância à frustração e maiores períodos de concentração.</p>

Tabela 11

Continuação da descrição dos casos do Grupo II.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p>DS. – 14 anos Gênero masculino</p> <p>Agressividade para com a avó.</p>	<p>Apresentou um contacto retraído/inibido e não tendencioso. Não procurava o contacto com os pares, sendo que apenas comunicava quando solicitado. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades, porém era autónomo. Demonstrou hipoatividade e pouco dinâmicos. A sua participação era passiva e esporádica, apesar de participar em todas as atividades de forma envolvida e concentrada. Apresentou-se ligeiramente sobre-relaxado, sendo notória a diminuição de tensões corporais. Demonstrou ter controlo do próprio corpo. Revelou falta de expressividade, apresentando expressões faciais e corporais monótonas. Era pouco comunicativo, verbalizando apenas quando solicitado, em tom de voz baixo, ritmo do discurso ajustado e contacto ocular adequado. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções, porém apresentava uma regulação social apropriada. Não era competitivo.</p>	<p>Apresentou um contacto adequado com os pares, procurando mais vezes a interação com os mesmos. Tomava iniciativa e sugeria atividades. Era autónomo e a sua postura ficou mais disponível. Demonstrou ter controlo do próprio corpo. Era dinâmico e participava em todas as tarefas propostas de forma envolvida e concentrada. Apresentou uma postura eutónica, tentando seguir as instruções da terapeuta e conseguindo diminuir o tónus nesta etapa da sessão. Era expressivo e comunicativo, com um tom de voz audível, um ritmo do discurso ajustado e contacto ocular adequado. Conseguia expressar os pensamentos/vivências por palavras. Revelava uma regulação social apropriada. Não era competitivo.</p>	<p>Entrou na segunda sessão e participou em 11 sessões. Foram evidentes melhorias na interação com os pares, na iniciativa para participar nas tarefas, disponibilidade psicocorporal, comunicação e na autorreflexão.</p>
<p>AC. – 12 anos Gênero masculino</p> <p>Comportamentos de oposição em contexto familiar e escolar; problemas comportamentais; impulsividade.</p>	<p>Procurava sempre estar junto de uma das terapeutas, estabelecendo um contacto indiferente com os pares. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades, apesar de participar em todas as atividades de forma envolvida e concentrada, dar sugestões e ser autónomo. Demonstrou hipoatividade e pouco dinâmicos, sendo a sua participação, por vezes, passiva. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica. Na relaxação, revelava dificuldade em concentrar-se e seguir as instruções dadas pelas terapeutas, tendo dificuldade em lidar com o silêncio, necessitando de aprovação constante e distraindo-se facilmente. Demonstrou ter controlo do próprio corpo. Era expressivo e comunicativa, com tom de voz audível, um ritmo do discurso ajustado e contacto ocular adequado. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções, porém apresentava uma regulação social apropriada. Não era competitivo. A terapeuta era considerada como elemento de referência.</p>	<p>Procurava estar junto das terapeutas com necessidade de agradar. Contudo, procurava interagir com o DS., aparentando estar mais integrado no grupo. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades, apesar de dar sugestões e ser autónomo. Demonstrou hipoatividade e pouco dinâmicos. Participava ativamente em todas as atividades de forma envolvida e concentrada. Apresentou dificuldade em relaxar e em concentrar-se, revelando uma postura hipertónica. Demonstrou ter controlo do próprio corpo. Era expressivo e comunicativo, com tom de voz audível, um ritmo do discurso ajustado e contacto ocular adequado. Revelava maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Apresentou uma regulação social apropriada. Não era competitivo.</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão e esteve presente em 11 sessões. Continuou a demonstrar dificuldade em relaxar. Para além disso, as melhorias visíveis foram ao nível da participação ativa e inclusão/interação com o grupo. Revelou também maior facilidade em expressar os pensamentos/vivências por palavras e em dar a sua opinião.</p>

Tabela 11

Continuação da descrição dos casos do Grupo II.

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p>AS. – 13 anos Gênero masculino</p> <p>Problemas de socialização; Perturbação do Espectro do Autismo ligeiro.</p>	<p>Apresentou um contacto não tendencioso. Apesar de tomar iniciativa, fazer sugestões e ser independente nas atividades, demonstrou uma postura insegura, sentindo necessidade de estar mais próximo dos elementos de destaque do grupo, tendo-os como referência. Ajustava a atividade face às tarefas realizadas. Participava ativamente nas atividades, apesar de serem evidentes alguns comentários descontextualizados e alguma impulsividade, demonstrando ter dificuldade em lidar com o silêncio. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertônica, bem como dificuldade em concentrar-se e em seguir as instruções dadas pelas terapeutas. Apresentou alguns movimentos desinibidos e desleixados. Era expressivo e comunicativo, apresentando movimentos artificiais para se integrar no grupo. Sabia as regras e cumpria-as ajustadamente, apesar de ter dificuldade em esperar pela sua vez para falar e em respeitar o outro. Apresentou um tom de voz audível e um ritmo do discurso ajustado. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções. Não era competitivo. Tem como referência o BR., MR. e FH..</p>	<p>Apresentou um contacto adequado com os pares mais ativos, porém revelava desinteresse pelos restantes. Apesar de tomar iniciativa, fazer sugestões e, ser independente e autónomo nas atividades, demonstrou uma postura insegura. Ajustava a atividade face às tarefas realizadas. Participava ativamente nas atividades, apesar de serem evidentes alguns comentários descontextualizados e alguma impulsividade. Apresentou dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertônica, porém revelou maior facilidade em seguir as instruções das terapeutas, bem como em manter-se concentrado. Demonstrou movimentos apropriados ajustando-os às atividades, tendo controlo do próprio corpo. Distraía-se facilmente com fatores externos, acabando por distrair os pares. Era comunicativo e expressivo, porém a sua postura não sofria muitas alterações. Sabia as regras e cumpria-as, apesar de ter dificuldade em esperar pela sua vez para falar e em respeitar o outro. Apresentou um tom de voz audível e um ritmo do discurso ajustado. Apresentou dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Não era competitivo.</p>	<p>Entrou no grupo na quarta sessão, estando presente em 9 sessões. Ao longo da intervenção, continuou a demonstrar dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Contudo, revelou maior autonomia, maior controlo do próprio corpo e maior facilidade em seguir as instruções das terapeutas, bem como em manter-se concentrado.</p>
<p>IM. – 13 anos Gênero feminino</p> <p>Ansiedade e ataques de pânico; inibição psicomotora; recusa escolar; problemas de socialização.</p>	<p>Apresentou um contacto retraído/inibido e não tendencioso. Não procurava nem reagia perante o contacto com os pares, sendo que apenas comunicava quando solicitado. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades nem dando sugestões. Demonstrou movimentos pouco dinâmicos. A sua participação era esporádica e passiva, porém envolvia-se nas atividades. Apresentou uma postura eutónica. Os movimentos eram controlados e não existiam movimentos espontâneos. Participava de forma passiva nas atividades, conseguindo compreender a situação e ajustar-se à mesma, permanecendo concentrada. Demonstrou falta de expressividade e expressões faciais/corporais monótonas. Apresentou um tom de voz baixo e o seu discurso era breve e pouco investido, mantendo o contacto ocular. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções, porém apresentava uma regulação social apropriada. Não era competitiva, nem tinha elementos de referência.</p>	<p>Apresentou um contacto retraído/inibido e não tendencioso. Não tomava iniciativa para o contacto com os pares, mas reagia, sendo que apenas comunicava quando solicitado. Revelava falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades nem dando sugestões. Demonstrou movimentos pouco dinâmicos e controlados, não havendo movimentos espontâneos. A sua participação era mais ativa e envolvia-se nas atividades. Apresentou uma postura eutónica, conseguindo diminuir o tónus quando solicitado. Conseguia compreender e ajustar-se às situações, permanecendo concentrada. A sua postura e expressão corporal/facial variaram pouco consoante as atividades propostas. Apresentou um tom de voz baixo e o seu discurso era breve e pouco investido, mantendo o contacto ocular. Tinha dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Revelou uma regulação social apropriada. Não era competitiva, nem teve elementos de referência.</p>	<p>Entrou no grupo na quarta sessão, estando presente em 9 sessões. Continuou a revelar dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras e falta de expressividade corporal. Ainda assim, demonstrou estar mais envolvida, participativa e ativa nas atividades, com maior disponibilidade psicocorporal, e mais expressiva em determinadas atividades. Para além disso, reagia ao contacto dos pares.</p>

CAPÍTULO III

5- ESTUDO DE CASO I – Gustavo (nome fictício)

5.1 Identificação e anamnese

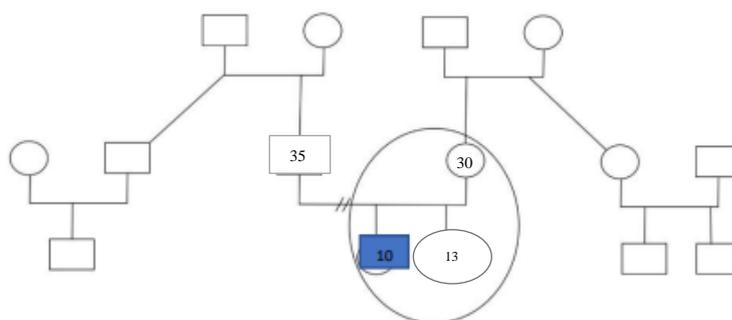
O Gustavo, género masculino, tem 10 anos de idade e, atualmente, frequenta o 5.º ano de escolaridade. Foi encaminhado para Psicomotricidade por perturbação de oposição, agitação psicomotora, intolerância à frustração e “mau” comportamento no contexto familiar e escolar. A história do Gustavo foi recolhida pela anamnese realizada aos pais, por dados partilhados pelas técnicas responsáveis do caso e por consulta do processo clínico, já existente na UPIA, uma vez que, anteriormente, ingressou um grupo de Hospital de Dia e já tinha sido devidamente preenchido. Todavia, como o grupo terminou, foi encaminhado para sessões individuais pela sua psicóloga e pedopsiquiatra deste serviço.

O genograma abaixo apresentado (ver figura 1), apresenta os dados familiares do Gustavo. Destaca-se que o agregado familiar envolve o pai, a mãe e a irmã do Gustavo, apesar de os pais se encontrarem separados há 8 anos. O pai tem 45 anos, e tem uma profissão de um quadro superior, a mãe tem 40 anos, e trabalha na área da educação e a irmã tem 13 anos e está no 8.º ano de escolaridade. Atualmente, vive com a mãe e com a irmã, e não existe guarda partilhada, face à situação pandémica. Anteriormente à pandemia COVID-19, o Gustavo ia de 15 em 15 dias, ao fim de semana, para casa do pai. Não tem a melhor relação com a irmã, pois acaba por descarregar a sua frustração nela.

Figura 3
GENOGRAMA DO ESTUDO-CASO GUSTAVO.

Legenda:

- Estudo de Caso
- Homem
- Mulher
- Ligação forte



O Gustavo nasceu de uma gravidez planeada e acompanhada, com 3,330kg e 51 cm, às 40 semanas e 2 dias, por parto eutócico induzido por medicação. A mãe vivenciou um estado emocional normal ao longo de toda a gestação e começou a sentir o bebé às 18 semanas. Foi recomendado repouso total da mãe aos 4.º mês de gestação devido a dores no fundo da barriga. Relativamente aos pós-parto, a mãe teve depressão, que se prolongou por um ano, tomando bastante medicação. Amamentou durante 11 dias e depois introduziu leite adaptado. O Gustavo

sempre demonstrou boa adaptação às transições alimentares e usou chupeta e biberão até aos 3 e 5 anos, respetivamente.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, o Gustavo adquiriu a marcha aos 15 meses, sendo que gatinhou apenas após este marco. Obteve o controlo dos esfíncteres, tanto diurno como noturno, aos 2 anos e 4 meses. Verbalizou as primeiras palavras antes de adquirir a marcha (entre os 10 e os 12 meses).

No que diz respeito ao sono, altera-se consoante as fases de mudança na sua vida (e.g. com a entrada num 5.º ano, teve que dormir com a luz acesa durante 2 semanas). Fora isso, dorme a noite toda seguida e dorme com a mãe uma vez por semana. Aos 2-3 meses, teve o seu próprio quarto, no entanto, após a separação dos pais deixou de ter, devido à logística do trabalho da mãe (trabalha em casa). Desde o verão de 2020, voltou a ter o próprio quarto. O Gustavo tem alguns medos que têm impacto na sua higiene do sono, nomeadamente, medo de tempestades em que chove intensamente durante a noite, desenvolvendo alguma ansiedade e consequentemente, não consegue dormir sozinho. Para além disso, tem o medo da ausência familiar, e.g. de ficar sozinho em casa ou permanecer muito tempo sozinho nalgum espaço, à exceção do seu quarto.

Na progressão escolar, o Gustavo ingressou a creche desde os 6 meses até aos 3 anos de idade. Aos 3 anos, foi para a sala do pré-escolar, dentro da mesma escola, onde ficou até aos 6 anos. Aos 6 anos, foi para o 1.º ciclo, e atualmente, está no 5.º ano, sem retenções. Após as aulas fica no centro de Atividades de Tempos Livres (considerado como 2.ª casa), onde faz os trabalhos de casa, sendo difícil estudar em casa. A mudança de escola, essencialmente quando foi para o 2.º ciclo, trouxe ao Gustavo dificuldades em adaptar-se, visto que tem um desenvolvimento estatoponderal abaixo para a idade, e é muito magro, tendo sofrido de *bullying*. Perante os medos e inseguranças demonstradas pelo Gustavo, os pais decidiram que este não iria sozinho para a escola, apesar de viverem perto da mesma.

Relativamente a antecedentes familiares, destaca-se a separação dos pais quando o Gustavo tinha 2 anos de idade. Os pais referem que a sua separação pode ser o cerne das fragilidades do Gustavo, mais concretamente na forma de gerir e lidar com as suas emoções (essencialmente com a frustração), no surgimento de medos (abordados anteriormente) e alteração da higiene do sono, visto que, o pai esteve 6 meses hospitalizado (com suspeita de ataque cardíaco) após a separação e o Gustavo não conseguia dormir com sozinho, onde havia muita resistência ao sono.

Face ao supracitado, os pais do Gustavo começaram a notar alguns comportamentos desajustados, mais concretamente, onicofagia, dizer muitas asneiras, bater com as mãos e as

pernas na mesa no momento das refeições, agitação psicomotora, piscar muito os olhos (essencialmente até aos 4 anos), apertar muito os atacadores, dificuldade no contacto da roupa no corpo e fraca tolerância à frustração. Em 2017, os pais procuraram ajuda junto da Liga dos Amigos, em Almada, onde foi acompanhado em psicoterapia semanal. Como este acompanhamento revelou melhorias no contexto escolar e familiar, os pais acabaram por desistir do mesmo. Mais tarde, voltaram a procurar ajuda por comportamentos agressivos e oposição para com o agregado familiar, agitação psicomotora, impulsividade e dificuldade em gerir/regular as suas emoções, do qual foi feito o encaminhamento para consultas de Psicologia e Pedopsiquiatria, e também a ingressão no grupo de Hospital de Dia de Psicomotricidade. Com a avaliação psicológica realizada percebeu-se a possível existência de uma estrutura de funcionamento de pré-psicose numa linha restrita com núcleos narcísicos (patologia limite), com alguma dificuldade de mentalização, onnipotência e fragilidade emocional.

O ambiente familiar varia entre o pai e a mãe. Relativamente ao pai, perante os problemas de comportamento e oposição no momento das refeições, essencialmente, de modo a “recompensar”, opta por uma postura mais passiva e cria muitas expectativas (e.g. compra de tecnologia) e vários projetos com o Gustavo. No entanto, quando não são alcançados, o Gustavo demonstra fraca tolerância à frustração e alguma onnipotência. Já com a mãe, esta tenta implementar regras e estabelecer uma rotina em casa (por exemplo, para o uso limitado de tecnologias, explicando ao Gustavo as vantagens e desvantagens do uso das mesmas), de modo a controlar os seus comportamentos. Fora o contexto familiar, apenas existem algumas queixas de uma monitora do centro de Atividades dos Tempos Livres, ao nível da fraca tolerância à frustração e comportamentos de oposição e onnipotência. Os pais estão em acordo apenas quando são decisões importantes, senão não questionam.

Durante a entrevista, os pais foram questionados sobre a forma que descreveriam o Gustavo, porém, apenas respondeu a mãe. Esta descreve-o como autónomo, carinhoso, impulsivo, distraído, insatisfeito, curioso, interessado pelos assuntos do seu interesse (e.g. jogos, pintar, desenhar) e com dificuldade em lidar com as suas emoções, essencialmente com a frustração. É bastante sociável e tem um estilo muito próprio visto que, a partir dos 7-8 anos começou a escolher a sua própria roupa, de modo que se conseguisse vestir de acordo com a moda, para se sentir mais incluído no meio social onde se insere. Tem um bom discurso espontâneo e vocabulário adequado, gostando particularmente de falar com adultos acerca dos seus interesses, fazendo com que seja argumentativo, porém, questiona as figuras de autoridade (e.g. “se me metes de castigo, porque não te posso colocar a ti também?”). Para além disso, a

mãe acrescenta que o Gustavo tem comportamentos de oposição e desafiantes e é muito competitivo.

O Gustavo, atualmente, tem um bom aproveitamento escolar e bons recursos cognitivos. Tem maior interesse por atividade de carácter livre, como por exemplo expressão visual e musical, ou de carácter mais lógico, como a matemática. Nos tempos livres, as atividades que mais gosta de fazer são, jogar *playstation*, telemóvel e futebol, desenhar e pintar, sendo bastante expressivo, e gosta de ver séries e filmes com a mãe e com a irmã. Para além disso, ao fim de semana, costuma ir aos escuteiros.

As expectativas dos pais para as sessões terapêuticas são o facto de ajudar no controlo dos comportamentos e na regulação emocional, visto que está a entrar na adolescência. O acompanhamento na UPIA, para além de sessões de Psicomotricidade, envolve consultas de Psicologia e Pedopsiquiatria, pontualmente.

5.2 Revisão teórica de suporte: Perturbação de Personalidade *Borderline*

A perturbação de personalidade *borderline*, também conhecida como patologia limite ou sujeito limite, é manifestada por um amplo leque de sintomas, que oscilam e variam de caso para caso e também em função do desenvolvimento da criança/adolescente. Existem, na literatura, vários autores que caracterizam a patologia limite, sendo importante explorá-los de modo a compreender melhor esta perturbação.

Na patologia limite (o estágio presente entre a neurose e a psicose), no caso das crianças/adolescentes, é caracterizada pela angústia de separação e de abandono, sintomatologia depressiva, insatisfação nos aspetos da sexualidade, facilidade na passagem ao ato e de acesso a comportamentos de adição (Marcelli, 2005). Para além destes sintomas, acrescenta-se as dificuldades escolares, as manifestações centradas na expressão corporal e, em último, os sentimentos de vazio, desinteresse e inutilidade (Marcelli, 2005; Stone, 2019). As dificuldades escolares, bem como as fobias e as dificuldades de adaptação escolar (e.g. mudanças de escola), fazem com que haja um impacto essencialmente na regulação emocional e na higiene do sono (Gueniche, 2005).

Os fatores ambientais ligados à família como o baixo nível socioeconómico e os comportamentos desadaptativos entre os pais são os principais fatores para desencadear a patologia limite nas crianças, que tende a prolongar-se pela adolescência, fragilizando a relação entre o agregado familiar. O facto de o relacionamento familiar ser disfuncional, ou seja, a presença de desentendimentos entre a mãe e o filho, comportamentos desorganizados entre os pais, falta de limites e a baixa qualidade dos relacionamentos entre os intervenientes, são

aspectos que podem ter impacto na fase da adolescência (Bozzatello, Bellino, Bosia, & Rocca, 2019).

Misès (2012) e Gueniche (2005), caracterizam a patologia limite pela falta de suporte precoce (com impacto na organização mental, nomeadamente a vivência de um falso “self”), pela dificuldade no processo de diferenciação do Eu e não-Eu (fulcral para a fase da adolescência) e pela persistência de modalidades arcaicas de simbolização (com a presença de fragilidades no jogo simbólico e desdobramento dos fantasmas (Winnicott, 1971, cit por Gueniche, 2005).

A instabilidade emocional, bem como as vivências dissociativas e comportamentos de auto e heteroagressividade, têm um elevado impacto nas relações interpessoais, noção do corpo (baixa imagem corporal, baixa autoestima, baixo autoconceito), afetividade e impulsividade (APA, 2014). Para além disso, Coimbra de Matos (2012) acrescenta as fragilidades na expressão de ideias e na criatividade, que é influenciada pela autodepreciação negativa e labilidade emocional, originando problemas de comportamento.

O impacto causado pelos constrangimentos demonstrados no domínio emocional, é visível também na dificuldade na socialização com os pares (Winter, Koplin & Lis, 2015), onde as crianças já esperam que os outros os rejeitem, levando a que estejam mais preocupados com a perceção que transmitem aos outros (e.g. forma de vestir) do que com a autoperceção, podendo ser considerado como um mecanismo de defesa. Consequentemente, ao evitar o confronto direto com os processos de autoconsciência, a ansiedade e o sentimento de fuga aumentam, podendo resultar em constantes falhas narcísicas (baixa autoestima, baixa imagem corporal e baixa tolerância à frustração) (Brockner, Wallnau, 1981, cit por Winter, Koplin & Lis, 2015; Misès, 2012).

Na Classificação Francesa de Perturbações Mentais da Infância e Adolescência (CFPMIA), Misès (2012) distingue a patologia limite em diversas categorias em função da sua sintomatologia mais concretamente, desarmonias evolutivas, predominância de perturbações de personalidade, predominância esquizotípica, depressão associada e predominância comportamental. De uma forma global, as desarmonias evolutivas correspondem a desarmonias existentes no desenvolvimento que se revelam a idades precoces no desenvolvimento psicomotor, linguístico e cognitivo. A patologia limite com predominância de perturbações de personalidade diz respeito a estados depressivos onde existe a recusa de ajuda, a presença de sentimentos de inferioridade e baixa autoestima e imaturidade emocional. Quanto à patologia limite com predominância esquizotípica é caracterizada pelas irregularidades no pensamento e no domínio emocional. Quanto à patologia limite com

depressão associada refere-se quando os sintomas depressivos surgem em primeiro lugar. Por fim, quanto à patologia limite com predominância comportamental, enfoca na tendência a agir, na incapacidade de autocontrole, na negação das regras sociais, na falta de limites e problemas comportamentais (Misès, 2012).

De acordo com as informações recolhidas do estudo caso, é possível perceber que o funcionamento *borderline* centra-se numa predominância comportamental. Quer isto dizer que, existe uma tendência para o agir, ou seja, problemas de comportamento, dificuldades na socialização, dificuldade de mentalização, não cumprimento ou insatisfação com as regras impostas, repetição de falhas e baixa tolerância à frustração, mais concretamente constrangimentos na conduta e no comportamento. Existe fragilidades na imaturidade e instabilidade emocional e comportamental, falso “self”, acentuados desequilíbrios no carácter, falta de investimento nos diversos contextos onde está inserido, e fragilidade de identidade (Strecht, 2003; Vidigal, 2005; Misès, 2012).

Estes constrangimentos supranomeados, podem ter um elevado impacto na fase da adolescência, o que torna fulcral o seu trabalho nas diversas terapias, visto que são fatores fortemente relacionados com os processos maturativos da adolescência (Bozzatello, et. al., 2019).

Em modo de conclusão, face a todas as características supracitadas, as crianças/adolescentes manifestam vários mecanismos de defesa, mais concretamente a identificação projetiva, idealização, negação e clivagem. Estes mecanismos de defesa fazem com que exista um enfraquecimento do “Eu”, sendo que a clivagem é o mecanismo de defesa mais presente, visto que “luta” com o sofrimento depressivo, evitando “*a inquietação e para não ter de enfrentar as necessidades de reparação*” (Marcelli, 2005, pg. 243). Estes mecanismos de defesa fazem com que não exista um desenvolvimento de uma identidade estruturada do “self”, bem como a sua integração total (Sá, 2003).

5.3 Avaliação inicial

De acordo com os dados recolhidos na anamnese, e de modo a realizar uma avaliação psicomotora para obter o perfil psicomotor do Gustavo, foi feita uma avaliação informal, com base na Escala de Observação de Louvain. Para além disso, foi feita uma avaliação formal, onde existiu a aplicação de instrumentos de avaliação mais concretamente, o Questionário de Capacidades e de Dificuldades, o Desenho de Pessoa – *Draw a Person*, Subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II, Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição, Fator Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca e por fim, Torre de Londres.

É de salientar que, as sessões de avaliação do Gustavo iniciaram mais tarde do que o previsto, uma vez que este esteve em isolamento profilático durante 15 dias, e a sua primeira sessão de Psicomotricidade decorreu no dia 18 de novembro de 2020.

5.2.1. Avaliação informal – Escala de Observação de Louvain

A observação psicomotora do Gustavo decorreu em contexto individual, ao longo das quatro primeiras sessões, incluindo na aplicação dos instrumentos de avaliação. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 12), é possível ver os resultados obtidos nas categorias.

Tabela 12

Resultado da observação informal inicial do Gustavo.

Categorias	Classificação - Pontuação
Relações Emocionais	Ligeiramente Sub-relacionado: -1
Autoconfiança	Excesso ligeiro de autoconfiança: +1
Atividade	Ligeiramente passivo: -1
Relaxação	Ligeiramente Sobre-relaxado: -1
Controlo do movimento	Movimentos ligeiramente descontrolados: -1
Atenção Focalizada	Ligeiramente não envolvido: -1
Expressividade do Movimento	Ligeiramente apático: -1
Comunicação Verbal	Ligeiramente não comunicativo: -1
Regulação Social	Ligeiramente com falta de regras: -1

Relativamente à categoria “Relações emocionais”, o Gustavo é caracterizado por ser ligeiramente sub-relacionado, revelando um contacto apático, recusado e inacessível, não demonstrando estabelecer contacto com a terapeuta, apesar de quando o faz, fá-lo de forma inadequada. Na categoria “Autoconfiança”, demonstra ter comportamentos autoconfiantes e dominantes, onde despreza a performance dos outros, revelando elevada competitividade e também revela pensar que consegue lidar com tudo, porém falha constantemente. No que diz respeito à categoria “Atividade”, os movimentos demonstrados pelo Gustavo são caracterizados como pouco dinâmicos e sem vida, movimentando-se pouco durante a sessão e necessita de ser incentivado para iniciar qualquer atividade de movimento. Na categoria “Relaxação”, mostra ter uma tensão muscular reduzida. No tópico “Controlo de Movimento”, revela ter pouco controlo, demonstrando movimentos desinibidos e precipitados, realizando os seus movimentos de forma desleixada. Na categoria “Atenção Focalizada”, ao longo da observação, demonstrou distrair-se rapidamente com os fatores externos à sessão. Relativamente à categoria “Expressividade de Movimento”, é possível perceber que as suas expressões faciais são monótonas e a sua expressão corporal permanecer sempre igual em qualquer situação. Na categoria “Comunicação Verbal”, o Gustavo parece ter um discurso difícil, respondendo apenas há questões que lhes são colocadas de forma muito breve. Por fim,

na categoria “Regulação Social”, demonstra ter movimentos impulsivos e agressivo, não respeitando acordos nem cumprindo as regras e desafia as decisões da terapeuta.

5.2.2. Questionário de Capacidades e de Dificuldades

O SDQ-For foi preenchido pelos pais, em simultâneo, no término da entrevista aos mesmos, após a recolha de dados da anamnese. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 10 anos e 8 meses.

O Gustavo obteve uma classificação “Anormal”, tendo sido alcançado 26 pontos em 40 possíveis, onde é possível verificar alterações do comportamento. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 13), é possível visualizar a classificação e pontuação obtida em cada uma das escalas do SDQ-For. Globalmente, foi alcançado uma classificação “Anormal” nas escalas Sintomas emocionais e Problemas de comportamento, e classificação “Normal” nas escalas Hiperatividade, Problemas com os colegas e Comportamento pró-social.

Tabela 13

Resultados da avaliação inicial -SDQ-For do Gustavo.

Escalas	Pontuação	Classificação
Sintomas emocionais	5	Anormal
Problemas de comportamento	7	Anormal
Hiperatividade	3	Normal
Problemas com os colegas	2	Normal
Comportamento pró-social	9	Normal
Total	26	Anormal
Impacto	4	Anormal

Face aos resultados obtidos, é possível perceber que o Gustavo demonstra ter algumas queixas de dor de cabeça, agitação psicomotora, distrai-se facilmente e tem bom período de foco atencional. Para além disso, gosta de se relacionar e brincar com os pares, no entanto, em diversas ocasiões, as outras crianças intimidam-no, ele enerva-se e faz birras facilmente. Revela ser empático, prestável e facilmente partilha os seus pertences com os pares, no entanto, mente com frequência.

Assim sendo, destacam-se fragilidades ao nível da regulação dos seus comportamentos e problemas emocionais, sendo que, de acordo com os pais, parecem incomodar bastante o Gustavo, tendo um impacto significativo no contexto familiar, porém tem pouco impacto no contexto escolar e académico.

5.2.3. Desenho da pessoa - Draw a person

O DAP foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devidamente preparada para o efeito. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 10 anos e 8 meses. O Gustavo revelou bastante entusiasmo para a realização deste instrumento, considerando que é uma área de interesse.

Ao nível dos resultados quantitativos obtidos, foi alcançada uma classificação “Acima da média”, com um valor standard de 117, o que corresponde a uma idade cronológica acima à sua faixa etária. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 14), expões os resultados obtidos na avaliação inicial.

Tabela 14

Resultados da avaliação inicial no DAP do Gustavo.

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Total (H+M+P)
Valor Bruto	58	53	46	157
Valor Standard	124	116	103	117
Percentil	95	86	58	87
Classificação	“Superior”	“Acima da média”	“Média”	“Acima da média”
Classificação final:			“Acima da média”	

Todos os desenhos foram desenhados com um grande número de elementos corporais e de vestuário. Os desenhos feitos com muita facilidade, no entanto, ultrapassaram o tempo previsto nos dois primeiros desenhos. Os desenhos foram efetuados com elevada concentração e perfeição, proporcionais e, simetrias. Os desenhos foram diminuindo de tamanho ligeiramente, no entanto, o desenho do próprio foi desenhado sem mãos, visto que as estavam dentro da sweatshirt como referiu. Apenas no desenho feminino é que não desenhou orelhas. O desenho com pontuação mais elevada (valor standard de 124) foi o desenho da figura masculina, e o com pontuação mais baixa foi o desenho do próprio (valor standard de 103). Os desenhos realizados pelo Gustavo encontram-se em anexo (ver anexo VII.2).

Ao longo da realização das provas, utilizou sempre a mão direita e uma pega psicomotora em tríade, no entanto, a pega foi feita mais no meio do lápis para auxiliar o desenho, e aqui a mão esquerda já foi utilizada como apoio ao segurar a folha. Foi notória a sua capacidade de desenhar pormenores, sendo bastante perfeccionista, apagando e fazendo de novo. Referiu que, para o desenho da figura feminina teve como referência a irmã. Esteve bastante concentrado e atento, questionando também acerca do tempo que demorou a realizar os desenhos e se estava “na média”. O desenho do próprio teve em atenção à roupa que trazia no dia. Face aos resultados quantitativos e qualitativos obtidos, o Gustavo demonstra uma noção do corpo adequada.

5.2.4. Subteste Estátua da bateria de NEPSY-II.

O subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 10 anos e 8 meses. O Gustavo apresentou resultados abaixo da sua idade cronológica, evidenciando uma pontuação de 15 pontos em 30 pontos possíveis. Esta pontuação equivale a uma idade compreendida entre os 3 anos e 6 meses e 3 anos e 11 meses.

Durante a realização, foram visíveis movimentos corporais e algumas reequilibrações devido a ligeiras oscilações gravitacionais, mesmo aquando da introdução dos estímulos. No entanto, quando existiu um período mais elevado sem estímulos, o Gustavo revelou alguma insegurança e movimentou o corpo, nomeadamente os membros superiores, com vista a procurar a mesa, pois precisava de sentir a presença. Não existiu qualquer pressão para manter os olhos fechados, porém estiveram presentes algumas reações tónico-emocionais, como sorrisos e franzir das sobrancelhas.

Perante os resultados obtidos, o Gustavo revelou dificuldades no controlo dos seus movimentos e autorregulação, quer isto dizer que, teve alguma dificuldade em inibir o seu corpo, devido à sua ligeira agitação motora, angústias e tensões corporais.

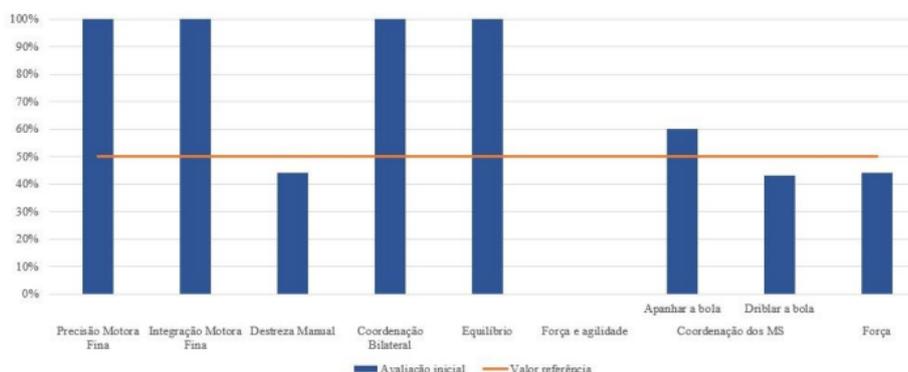
5.2.5. Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição

O BOT-2 foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devido preparada para a realização de todas as provas. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 10 anos e 8 meses.

O Gustavo alcançou uma pontuação total de 50 pontos, o que se traduz num valor standard score de 44, o que corresponde a uma classificação “média” para a sua idade cronológica. As dimensões avaliadas com pontuação mais baixa, ou seja, com percentagem inferior a 50%, foram a destreza manual (44%), força e agilidade (0%), coordenação dos membros superiores (especificamente a tarefa de driblar a bola – 43%) e por fim, a força (44%). Apesar de serem dimensões com pontuação, encontram-se muito perto dos 50%. O gráfico abaixo apresentado (ver gráfico 1), sintetiza as percentagens alcançadas nas oito dimensões avaliadas.

Gráfico 1:

Resultados da avaliação inicial do BOT-2 do Gustavo.



Perante os resultados obtidos, o Gustavo apresenta alguma dificuldade ao nível da motricidade global e fina. De forma global, o Gustavo mostrou-se colaborante na maioria das tarefas propostas, apesar de revelar elevada competitividade para ele próprio, querendo sempre repetir as tarefas e questionava sempre qual era a média de resultados para a idade dele. Isto evidencia alguma insegurança e onipotência. Revelou a sua lateralidade bem definida, sendo destro tanto nos membros superiores como inferiores.

5.2.6 Fator Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

O fator Tonicidade da BPM de Vítor da Fonseca foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devidamente preparada para a realização de todas as provas. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 10 anos e 9 meses. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 15), é possível ver a pontuação dos subfactores (divididos por tipo de tónus). Existiram provas que coincidiam com provas de instrumentos de avaliação aplicados primeiramente (e.g. tónus de atitude – imobilidade, tónus de ação de ação – autoimagem), portanto não foram aplicadas novamente.

Tabela 15

Resultados obtidos na avaliação inicial - Fator Tonicidade da BPM, do Gustavo.

TONICIDADE	Tipo de tónus	Subfactores	Cotação
	Tónus de fundo	Extensibilidade	3
		Passividade	3
		Paratonia	2
	Tónus de ação	Diadococinésias	2
		Sincinésias	3
Pontuação final			3

De acordo com os resultados obtidos, o Gustavo obteve cotação total de 3, alcançando um perfil euprático, que traduz uma realização controlada e adequada das tarefas. De uma forma geral, apresentou boa extensibilidade dos membros superiores e inferiores, sendo que na observação dos adutores, a primeira tarefa solicitada, demonstrou ligeira resistência e tensão ao toque da terapeuta e também contrações faciais, alcançando cotação de 2 nesta tarefa. Teve facilidade a alcançar a descontração passiva nos membros inferiores, no entanto, existia uma ligeira tensão nos membros superiores, onde obteve cotação de 2, visto que teve dificuldade a descontrair, em que os braços faziam o movimento. Quanto as tarefas do subfactor paratonia, teve bastante dificuldade em alcançar a descontração muscular voluntária em ambos os membros, havendo a realização do movimento com alguma tensão e resistência à manipulação. Por fim, na tarefa do subfactor Diadococinésias, foram visíveis as diferenças de ritmos entre a

mão direita e a mão esquerda, onde foram observados movimentos descoordenados e desajeitados, no entanto, as sincinésias faciais foram pouco evidentes.

Qualitativamente, o Gustavo procurou aguentar toda a tensão de maneira a ser a sua melhor prestação, no entanto, partindo das suas reações tónico-emocionais e contrações faciais, era possível observar que, quando era para inibir o movimento, revelava fragilidades na regulação tónica.

5.2.7. Torre de Londres

O instrumento de avaliação Torre de Londres foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devidamente preparada. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 10 anos e 9 meses. O Gustavo obteve 27 pontos em 36 pontos possíveis, sendo que demonstrou alguma dificuldade na sexta, sétima e décima primeira situação-problema, onde obteve apenas 1 ponto.

Ao longo da realização das provas, utilizou a mão de referência para a realização das tarefas e foi notória alguma agitação psicomotora, impulsividade e dificuldade face à tolerância da frustração, porém demonstrava estar bastante atento e concentrado na resolução dos problemas. Quando alcançava facilmente a resolução dos problemas, procurava feedback positivo por parte da terapeuta, não demonstrando verbalmente. Quando tinha dificuldade em alcançar a resolução dos problemas à primeira tentativa, demonstrava alguma dificuldade em aceitar esse facto e algumas reações tónico-emocionais (e.g, franzir as sobrancelhas e sincinésias bucais), todavia, não desistia de tentar, mesmo ultrapassando alguma regra, nomeadamente, utilizando 2 peças de cada vez, o que a terapeuta sugeria não fazer.

Por fim, foi possível verificar que o Gustavo revelou boa capacidade de planeamento motor, de execução, de sequencialização e de resolução de problemas, essencialmente ao nível das primeiras situações-problemas, sendo que necessitava de mais tempo para ir resolvendo os problemas face ao aumento da progressão dos mesmos.

5.4 Elementos Critério

Os elementos critério são considerados os elementos que possibilitam caracterizar o indivíduo e todos os dados relevantes obtidos através da recolha da anamnese e da avaliação inicial. Para o Gustavo, os elementos critério são os seguintes: depressão pós-parto da mãe, a separação dos pais, ambiente passivo e permissivo em casa do pai, mãe preocupada e presente, comportamentos agressivos e oposição nas tarefas que não são do seu interesse, impulsividade, ligeira agitação psicomotora e onnipotência. Para além disso, destaca-se a baixa tolerância à frustração e fragilidade emocional, relação com os pares, baixa autoestima, alterações na higiene do sono e dificuldade de mentalização. Por fim, bons recursos cognitivos e bom

aproveitamento escolar, compromisso terapêutico com os pais (aliança terapêutica) e o acompanhamento pontual na UPIA.

5.5 Hipóteses explicativas

As hipóteses explicativas que foram encontradas para o estudo caso, basearam-se na recolha de informação da anamnese, na observação psicomotora e também através dos resultados obtidos dos instrumentos de avaliação aplicados, permitindo relacionar a revisão de literatura com o diagnóstico. A partir da compreensão dessa relação, torna-se facilitado o processo de adequação da intervenção psicomotora do Gustavo. Assim, as hipóteses centram-se nos fatores ambientais e genéticos da patologia limite, essencialmente falta de suporte precoce, fragilidade nos processos de vinculação e separação dos pais.

De acordo com Lawrence e seus colaboradores (2011), o surgimento da patologia limite pode estar na origem na relação de fatores genéticos e ambientais presentes em idades precoces. A descontinuidade dos cuidados maternos em idades precoces, bem como a falta de apoio (separação dos pais aos 2 anos de idade, discussões familiares, hospitalização do pai após o divórcio, entre outras), falta de contenção e falha de elaboração da posição depressiva, tendo em consideração uma perspetiva psicodinâmica, pode originar falhas narcísicas precoces nos indivíduos, bem como constrangimentos na individuação/separação dos mesmos (Lawrence, Allen e Chanen, 2011; Misès, 2012), uma vez que as relações de objeto e a sua interiorização são vistas como “figura-chave” na infância (McWilliams, 2005). O facto de existirem fatores antecedentes parentais (e.g. depressão pós-parto), o ambientar familiar pode ser descrito como desarmónico, onde um dos progenitores é visto como desvalorizado, o que corrobora a ideia acima apresentada (Gueniche, 2005; Marcelli, 2005).

Ao longo dos anos, vários investigadores da corrente psicanalítica, destacam a importância dos dois primeiros anos de vida, como sendo o cerne de experiências precoces em relação aos cuidadores primários, o que vai de encontro da fragilidade de vinculação com a figura materna antes e após o divórcio dos pais do Gustavo, que ocorreu quando este tinha dois anos (Kernberg, 2006). Segundo Kernberg (2006), a criança alcançou a capacidade cognitiva da permanência do objeto, contudo, não foi possível obter a permanência emocional do mesmo.

Na literatura existente, os autores fazem a associação do diagnóstico de patologia limite com a fragilidades no processo de vinculação, mais concretamente, com os vínculos inseguros (Fonagy & Bateman, 2004). Estes vínculos inseguros podem advir de momentos traumáticos que dificultaram o autocuidado devido a não estarem resolvidas ou integradas, fazendo com que sejam criadas memórias reativas e que acabam por bloquear ações, originando fragilidades emocionais com o envolvente. Quando existe um bebé, revela estar indisponível para cuidar,

levando a que o bebé desenvolva um “self” frágil e baixa percepção e desconfiança do envolvente, ficando mais vulneráveis (Bowlby, 1988, cit por Mota, Ferreira, & Costa, 2022). Assim, quando existem falhas nas relações precoces ou mesmo quando as figuras de referência não valorizam o reconhecimento dos seus estados emocionais internos, o desenvolvimento emocional fica comprometido (Viega & Rieffe, 2015).

Um dos sintomas revelado pelo Gustavo é a ansiedade de separação. A ansiedade de separação e de abandono, tal como as fragilidades nas relações com os pares, podem estar associados a uma má leitura dos sentimentos e pensamentos dos pares, que pode significar fragilidades de mentalização, que podem resultar em falhas de identidade, impulsividade e sentimentos do vazio (sentimentos vivenciados pelo Gustavo). Estas dificuldades são espelho de falhas precoces no vínculo materno, ou seja, uma associação aos processos de vinculação insegura. No entanto, os sujeitos com patologia limite buscam ter proximidade e intimidade com outro, porém, têm receio do sentimento de dependência (Fonagy & Bateman, 2004).

O divórcio dos pais numa idade precoce do Gustavo, pode também ser uma hipótese para a patologia limite. Quando existe um divórcio, a criança pode demonstrar irritabilidade fácil, ansiedade de abandono, mágoa e pode existir a pressão de decidir que “lado” quer ficar (Feldman, 2001). Quando se sente abandonada por um progenitor por ele sair de casa, pode-se tornar agressivo para o mesmo, o que pode explicar os comportamentos do Gustavo para com o pai (Brazelton, 2006). Para além disso, podem revelar impulsividade e agitação psicomotora e também fragilidades nos comportamentos sociais, o que vai de encontro às manifestações da patologia. Para além disso, de acordo com Brazelton (2006), podem existir mentiras e roubos, o que também é demonstrado pelo Gustavo. Além disso, o facto de trazer a perda de suporte que podia ser dado enquanto casal, a interação social fica comprometida (Feldman, 2001).

Consequentemente, os conflitos oriundos do divórcio podem tornar as figuras de referência inseguras e indisponíveis para prestar cuidados vinculatorios para com a criança e despoletar na criança problemas de comportamento, o que também pode explicar os comportamentos do Gustavo (Brazelton, 2006).

Uma das características observadas no Gustavo foi o facto de rejeitar ou não cumprir as regras sociais que são comuns, levando a que seja evidente a sua onipotência, competitividade e atitudes manipulativas perante os outros, transparecendo que é autoconfiante. Todavia, perante estas manifestações fazem com que vejam os pares com uma certa desconfiança, levando a conflitos, nomeadamente com as figuras de autoridade, questionando, o que é visto do Gustavo. Contudo, pode surgir sentimentos de baixa autoimagem e comportamentos desadaptativos perante os pares (Gueniche, 2005).

A patologia limite revela-se através de instabilidade afetiva, dificuldade na regulação das emoções (e.g. frustração e raiva) e na perturbação da identidade, bem como a ansiedade de abandono e constrangimentos nas relações interpessoais (Bradley, Conklin, & Westen, 2005). Estes sintomas podem ser agravados devido ao ambiente reativo que se encontra pela instabilidade vivenciada no domínio emocional, nomeadamente por uma vinculação ambivalente e insegura.

De acordo com Bradley e seus colaboradores (2005), concluíram que crianças e adolescentes com patologia limite experienciam uma vinculação ambivalente e insegura, e consequentemente despoletam ansiedade de separação e de abandono, o que vai de encontro aos sintomas manifestados pelo Gustavo. Ainda assim, podem surgir sintomas depressivos, fragilidades de identidade e a criação de mecanismos de defesa primitivos (Kernberg, 2006). É a fase desenvolvimental da adolescência que evidencia a diferenciação de papéis das figuras de vinculação do próprio Self, e é onde existe os primeiros confrontos de carácter psicológico, essencialmente, o desenvolvimento da sua própria autonomia e da sua personalidade, mas ainda mais acentuadamente, da separação psicológica do pai e da mãe (Mota, Ferreira, Costa, 2022).

Em suma, o Gustavo demonstra a autoperceção de forma negativa e também do mundo, juntamente com os processos de vinculação inseguros, faz com que estejam mais propícios a vivenciar ansiedade de separação perante as figuras maternas, bem como uma extrema necessidade de projetar o seu self instável e é necessário receber recompensas externas (no caso do Gustavo, de jogos, tecnologia), faz com que espelha a sua baixa autoconfiança. No caso do Gustavo, o facto de revelar mais ansiedade de separação à figura paterna, leva a que exista uma diminuição da satisfação da vida, tendo impacto na trajetória de vida (Mota, Ferreira & Costa, 2022).

5.6. Projeto terapêutico

Na tabela abaixo apresentada (Tabela 16), encontra-se o projeto terapêutico delineado para a intervenção psicomotora com o Gustavo, de acordo com resultados obtidos nos instrumentos de avaliação aplicados e da avaliação informal. Estes resultados permitiram delinear quais as áreas fortes e áreas de necessidade do Gustavo. Estas áreas possibilitaram a definição do perfil intraindividual do Gustavo, e consequentemente, o estabelecimento dos objetivos terapêuticos. Os objetivos terapêuticos tiveram enfoque nas áreas de necessidade do Gustavo.

Tabela 16*Projeto terapêutico do Gustavo.*

PERFIL INTRAINDIVIDUAL		
Áreas/pontos fortes		Áreas/pontos a potenciar
Lateralidade; Noção do corpo; Passividade; Extensibilidade;	Prestável; Criatividade; Discurso verbal; Planeamento motor; Processamento informacional.	Tolerância à frustração; Competitividade; Autoconfiança e autoestima; Consciência e regulação emocional; Relação com os pares; Destreza manual;
		Mentalização; Motricidade global; Controlo da impulsividade; Adequação do tónus; Equilíbrio dinâmico.
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Adequar a tonicidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a paratonia, alcançando a eutonia; • Promover a consciência dos diferentes estados tónicos;
	Promover o equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio dinâmico.
	Melhorar a praxia global.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a coordenação dos membros superiores.
	Melhorar a praxia fina.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a destreza manual.
Cognitivo	Estimular as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a consciencialização da ação; • Potenciar a capacidade simbólica, através do jogo simbólico; • Potenciar a mentalização.
Emocional - Social	Promover a regulação emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência dos estados emocionais; • Diminuir a impulsividade; • Potenciar a autoconfiança e autoestima; • Diminuir os comportamentos agressivos; • Potenciar a tolerância à frustração.
	Promover socialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar do próprio comportamento; • Estimular o prazer na relação com o outro; • Reduzir a competitividade com os pares e com o próprio.
	Promover a comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções.
Técnicas utilizadas ao longo da intervenção	Jogo livre, com foco na relação terapêutica e nas atividades sugeridas pelo caso. Técnicas de relaxação e algumas atividades gnossopráticas.	
Sobre a intervenção	<u>Tipologia, frequência e duração da sessão:</u> individual, uma vez por semana, 45 minutos; <u>Local de intervenção:</u> sala de Psicomotricidade do serviço de pedopsiquiatria.	

5.7 Projeto pedagógico-terapêutico

5.7.1. Fundamentação da intervenção

A fundamentação da intervenção considera a intervenção psicomotora numa tipologia individual, sendo que todos os objetivos foram possível trabalhar ao longo das sessões terapêuticas. Salienta-se que a intervenção através de uma equipa multidisciplinar acarreta mais vantagens para o Gustavo, essencialmente pelos técnicos envolvidos (psicóloga e pedopsiquiatra) e também pelos pais, fomentado a aliança terapêutica.

A população com patologia limite, de uma forma global, apresentam angústias, oscilação de humor, baixa autoestima, agressividade excessiva, constrangimentos na coesão e integridade, desatenção, percurso do pensamento distorcido (pensamento simbólico), fragmentação do Self, e têm dificuldade na clivagem entre a realidade e a fantasia (Costa, 2008). Perante todas as áreas fragilizadas encontradas é privilegiada a atividade lúdica e relação terapêutica, uma vez que estimula a espontaneidade de vivências, a sua reflexão e integração psíquica, pois não existe qualquer julgamento, mas sim uma aceitação por parte dos outros elementos do grupo terapêutico e pelo terapeuta (Almeida, 2005). Deste modo, é possível uma reconstrução da identidade e personalidade da criança, havendo uma harmonia entre o corpo, a mente e a emoção, fomentando uma mentalização e modificação da agressividade em comportamentos consciencializados, através da atividade lúdica.

A consciência emocional é caracterizada como um processo atencional que possibilita ao Gustavo a monitorização e a clivagem das emoções, bem como perceber a sua origem, interpretar os estados fisiológicos inerentes à vivência emocional e adaptar-se ao envolvimento (Rieffe et al., 2008 cit. por Veiga & Rieffe, 2015). Associado à emoção está a tendência para ação que, por sua vez, origina a ativação de respostas psicomotoras (Scherer, 2000 cit. por Veiga & Rieffe, 2015).

A perceção do Eu corporal, do Self, depende exclusivamente do que o corpo vivencia, englobando as sensações e movimentos. A vivência corporal permite a tomada de consciência dos estados corporais e mentais, inerentes ao próprio corpo, abrangendo aspetos propriocetivos e interocetivos, e também o autoconhecimento (Veiga & Marmeleira, 2018). A psicomotricista, ao intervir sobre a consciencialização e autoconhecimento corporal a partir de atividades lúdicas, permite dar “legenda” ao que está a ser vivenciado e consequentemente, que o Gustavo conheça inseguranças e limitações e, principalmente, o seu próprio corpo (Marcelino, 2007 cit. por Veiga & Marmeleira, 2018). Assim, torna-se possível melhorar a autonomia, confiança, autoestima e repertório motor, condições estas essenciais para o bem-estar psicomotor desta população, potenciando a sua qualidade de vida.

As técnicas de relaxação permitem vivenciar sensações e também “uma observação e escuta atenta do próprio corpo, que resulta numa maior consciencialização das sensações corporais (Veiga, 2022, pg. 66). Para além disso, a relaxação permite a associação entre a significação afetiva e as sensações corporais (prazer vs desprazer), através da descrição do que foi vivenciado (Veiga, 2022). Para alcançar uma autorregulação, é essencial que o sujeito consiga identificar os estados corporais (perceber quais as modificações corporais associadas a um tipo de emoção), fazer uma ligação entre esses estados e uma situação (ligação entre os estados corporais, acontecimento e emoção correspondente), regular as suas emoções perante um acontecimento (vivenciar diversas modificações corporais e regular os mesmos perante uma sensação), adaptar estratégias e por fim, comunicar esses estados (importante verbalizar o processamento informacional) (Veiga & Rieffe, 2015).

Ao longo das sessões, foram aplicados alguns métodos de relaxação, por exemplo, a massagem com a bola, no entanto, a que foi mais bem aceite por o Gustavo foi a relaxação ativa de Boski. A relaxação ativa tinha como objetivo a consciencialização das sensações instigadas pelo movimento ou pela inatividade. Nestes dois extremos, era frequente que o indivíduo perceçione e compreenda as suas ações e sensações. No entanto, esta perceção não exigia esforço cognitivo, dando origem a uma atividade mental sem tensões que permitiu o Gustavo direcionar a sua atenção para si mesmo, eliminando o esforço mental que por vezes impossibilita a vivência das sensações despertadas pela relaxação (Boski, 1990).

Para além das técnicas de relaxação, foi utilizado o jogo livre. O jogo livre possibilita a vivência de sensações prazerosas, estimula a criatividade do indivíduo e do próprio psicomotricista, levando à descoberta do Eu e do outro. Associando à exploração sem proibições, é manifestado pulsões e fantasmas inerentes à vida do sujeito (Giromini, Albaret, & Scialom, 2015; Pellegrini, 2009, cit. por Veiga, Neto, & Rieffe, 2016). Em modo de conclusão, o indivíduo ao expressar os seus interesses e indo de encontro às necessidades psicoafectivas e emocionais, permite a evidência dos processos psíquicos e emocionais, visto que o próprio corpo expressa as fragilidades psíquicas (Almeida, 2005).

Através do jogo espontâneo são potenciadas as competências sensoriais, cognitivas, psicocorporais e sociais, estimulando em simultâneo, a regulação emocional. Ainda assim, permite o desenvolvimento do pensamento, pois existe a atribuição de um significado aos objetos, estimulando competências de criar-recriar, vivenciando a sensação de decidir e pensar, aumentando a sua autoconfiança (Fernandes et al., 2018).

As atividades gnosopráticas afirmam que a cognição consiste na reelaboração do esquema e imagem corporal, em que recria a relação existente entre o conhecimento do corpo

e onde o mesmo atua, estando associada à qualidade espacial e temporal da praxia. A função gnósica inerente ao próprio corpo é um pilar fulcral para a representação e antecipação da ação e assim, maximizando o controlo postural, o seu nível tónico e permite controlar a sua inibição do movimento, com fim a incorporar o espaço agido e representado (Martins, 2001).

Em suma, considerando as características demonstradas pela patologia limite, a intervenção psicomotora teve como principal objetivo promover todas as competências do ser humano (cognitivas, físicas, sociais e emocionais) tendo em conta sempre a regulação e expressão emocional, autoconfiança e o reconhecimento do corpo (Probst, et. al., 2010; Maximiano, 2004). Através das vivências corporais, alcança-se a regulação corporal, que potencia a construção do Eu, e conseqüentemente, alcança-se a regulação emocional. Ou seja, através do corpo, é possível alcançar o domínio emocional do mesmo (Maximiano, 2004; Veiga & Marmeleira, 2018).

5.7.2 Estratégias específicas

De acordo com Costa (2008), a intervenção com esta população deve englobar as áreas fragilizadas, no entanto, centra-se na resolução de problemas de modo que seja adquirido um leque de estratégias para fazer face as situações difíceis. Portanto, são interpretadas as ações realizadas, vivenciando novas sensações, onde também é expresso e ensinado a forma como exteriorizar os pensamentos e as palavras internas.

Na terapia psicomotora é fulcral a incorporação do espaço continente, ou seja, onde haja uma transformação (Bion, 1962, in Almeida, 2005). Neste espaço, torna-se possível alcançar o funcionamento psíquico que se desenvolve antes de realizar qualquer tarefa. Portanto, deve existir também um espaço de transição, onde é feito a simbolização da atividade, e.g. utilizando pinturas ou palavras. Com a simbolização é possível promover um processo de consciencialização (visando a autoperceção).

Torna-se fulcral a criação de um ambiente seguro e contentor, de modo que sejam vivenciadas experiências prazerosas, indo de encontro aos seus interesses, sem qualquer julgamento, onde há a valorização e aceitação do outro. O diálogo tónico-emocional do terapeuta, o espaço e os materiais possibilitam a vivência de experiências internas e a sua integração (Veiga, 2022). A postura da terapeuta, ou seja, a escuta ativa, disponibilidade e atenção, permitiu o estabelecimento da relação terapêutica que transmitiu estabilidade e segurança necessária para todas as vivências em sessão, de modo que o Gustavo se sentisse valorizado. Esta valorização permite uma restauração narcísica e maior autoestima (Almeida, 2005).

A utilização de diferentes materiais, requer a influência dos mesmos na vida diária do sujeito. Este impacto, seja ele proprioceptivo ou relacional, deve ser considerado como uma mais-valia, permitindo ao sujeito expressar o seu imaginário na sua relação com os objetos, por exemplo, os colchões podem ser considerados como um elemento de proteção e contenção, visto que são mais rijos e assim, potenciar a sua segurança (Costa, 2008). Desta forma, permite ao terapeuta escutar e observar a intencionalidade e a forma como o manipula, pois traduz as suas necessidades psíquicas ou a sua exteriorização. Quer isto dizer, as relações com os diferentes objetos promovem um diálogo simbólico.

É fundamental um entendimento dos comportamentos realizados e a sua intenção, ao interpretar o seu significado, escutando o conflito interno que está a ser vivenciado. Portanto, o psicomotricista deve orientar o paciente, de modo que seja conduzido a interpretar as alterações corporais e a maximizar a autoconsciência e autoaceitação (Almeida et., 2005; Maximiano, 2004; Viega & Rieffe, 2015).

Em modo de conclusão, para além das estratégias supracitadas, o espaço seguro e securizante, o respeito do tempo e do espaço próprio e o feedback/reforço positivo, bem como todas as estratégias utilizadas, permitiram ao Gustavo a tomada de iniciativa para atividades, aumento da criatividade, sentimento de competência e a espontaneidade.

5.7.3 Exemplos de atividades

As sessões de psicomotricidade com o Gustavo tinham a seguinte estrutura: ritual de entrada, fase fundamental, momento de retorno à calma e ritual de saída. Ao longo das sessões, a maioria das atividades realizadas de jogo livre e atividades gnosopráticas.

Uma das atividades realizadas consistiu num percurso psicomotor, onde foram dispostos no chão os seguintes materiais: três arcos em linha, dois bastões fazendo um caminho, e dois blocos de espuma em forma de cilindro espaçados. O Gustavo tomou a iniciativa para criar uma história em que era um super-herói (com a caracterização correspondente, com recurso a bastões e tecidos) e tinha como missão salvar o mundo. No entanto, tinha que passar por diversos obstáculos para conseguir cumprir com a sua missão. Os obstáculos consistiam fazer saltos unipodais pelos três arcos (um salto por arco), passar a “pés de princesa” entre os bastões sem tocar nos mesmos, e por fim, atirar arcos para os blocos de espuma e contornar os mesmos blocos com uma bola de pilates, utilizando a sua mão esquerda (mão não dominante). Após alcançar a sua “missão” foi feita a simbolização da atividade, numa folha branca, representando o percurso psicomotor na ordem de realização, bem como o que tinha que fazer em cada etapa.

Outra atividade que o Gustavo gostava de realizar no momento de retorno à calma, era fechar os olhos e escutar os sons, escrevendo-os numa folha, durante 5 minutos. Após os 5 minutos, partilhava o que tinha ouvido, e quais tinha gostado mais e menos de ouvir.

5.8 Progressão terapêutica

A intervenção psicomotora com o Gustavo decorreu ao longo do ano letivo 2020/2021. No total foram contabilizadas 28 sessões em contexto individual, onde inclui a entrevista com os pais para recolha de dados de anamnese e estabelecimento da aliança terapêutica com o mesmo. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 17), mostra a organização das sessões consoante a etapa de intervenção.

Tabela 17

Etapas de intervenção psicomotora com o Gustavo.

Etapas	Nº de sessões
Entrevista com os pais	1
Avaliação Inicial	4
Intervenção	19
Avaliação Final	4

A intervenção psicomotora com o Gustavo foi dividida em três partes (fase inicial, intermédia e final). Na fase inicial foi feito um trabalho com vista a estabelecer a relação terapêutica, consciencializar os estados emocionais e a expressão corporal, exploração dos gostos e interesses do Gustavo, promovendo a disponibilidade psicocorporal e ativação corporal. Para além das provas específicas de cada instrumento de avaliação aplicados, foi privilegiado o jogo livre, como forma de conhecer o Gustavo e poder efetuar a observação psicomotora do mesmo, mas também, para poder entrar em relação com o estudo caso.

Na fase intermédia, as sessões envolviam mais jogo livre e atividades gnossopráticas. O início de cada sessão, após o momento de conversa inicial, existia um espaço para o Gustavo partilhar que atividade gostava de realizar na sessão. Porém, caso não tivesse sugestões, a terapeuta sugeria alguma atividade. Quando a atividade/jogo tivesse selecionado, era feito o seu planeamento. Este planeamento permitia que fossem estabelecidas etapas da atividade e, à medida que era efetuada a atividade eram estabelecidas regras e assim, era feito o controlo da impulsividade (Kernberg & Chazan, 1992). Uma das estratégias utilizadas ao longo das sessões, foi o facto de a terapeuta atribuir legenda aos sentimentos vivenciados, elaborando um conflito interno, oferecendo confrontações e interpretações individuais. No final, existia um momento de simbolização da sessão (o que nem sempre foi possível efetuar) (Kernberg & Chazan, 1992). Após 2-3 sessões da fase intermédia, foi introduzida, lentamente, no final das atividades, a técnica de relaxação ativa de Boski. Foram introduzidas outras técnicas de

relaxação, por exemplo, a Relaxação Progressiva de Jacobson e a massagem com a bola, mas o Gustavo considerava desconfortável. A relaxação permitiu promover a consciencialização corporal, introduzindo gradualmente tarefas que impliquem a diminuição do ritmo externo (agitação psicomotora).

No que diz respeito à ordem de planeamento dos objetivos, inicialmente eram promovidos os objetivos de carácter psicomotor, em função das sugestões do Gustavo, onde a terapeuta tentava direcionar de acordo com os objetivos terapêuticos. Consequentemente, eram trabalhados os objetivos emocionais e cognitivos, uma vez que as atividades gnossopráticas envolviam estes domínios. Portanto, existia um trabalho em simultâneo dos objetivos dos diferentes domínios.

Por fim, a fase final correspondeu ao momento de preparação para o término das sessões terapêuticas, e onde foi feita uma consciencialização do processo terapêutico e abordadas todas as evoluções do Gustavo, podendo ser visualizados alguns pequenos vídeos feitos pela terapeuta, com as devidas autorizações. Para além disso, foi o momento de avaliação final, o que permitiu perceber as suas evoluções e o Gustavo ter o contacto direto com as mesmas, através do feedback da terapeuta.

5.9 Resultados da avaliação após a intervenção e discussão

5.9.1 Observação informal – Escala de Observação de Louvain

A observação psicomotora do Gustavo decorreu em contexto individual, ao longo das sessões de intervenção e avaliação final, incluindo na aplicação dos instrumentos de avaliação.

Tabela 18

Resultado da observação informal inicial e final do Gustavo.

Categorias	Classificação – Pontuação Inicial	Classificação – Pontuação final
Relações Emocionais	Ligeiramente Sub-relacionado: -1	Relação apropriada: 0
Autoconfiança	Excesso ligeiro de autoconfiança: +1	Excesso ligeiro de autoconfiança: +1
Atividade	Ligeiramente passivo: -1	Ligeiramente passivo: -1
Relaxação	Ligeiramente Sobre-relaxado: -1	Ligeiramente Sobre-relaxado: -1
Controlo do movimento	Movimentos ligeiramente descontrolados: -1	Movimentos adequados: 0
Atenção Focalizada	Ligeiramente não envolvido: -1	Envolvido adequadamente: 0
Expressividade do Movimento	Ligeiramente apático: -1	Expressivo: 0
Comunicação Verbal	Ligeiramente não comunicativo: -1	Ligeiramente não comunicativo: -1
Regulação Social	Ligeiramente com falta de regras: -1	Regulação social apropriada: 0

Na tabela acima apresentada (ver tabela 18), é possível ver os resultados obtidos nas diferentes categorias, nos momentos de avaliação inicial e final, de modo a serem comparados.

Ao longo da intervenção, foi notória uma melhoria em todas as categorias à exceção da categoria Autoconfiança, Atividade, Relaxação e Comunicação Verbal. Relativamente à progressão de cada categoria, é possível perceber que:

- Relações emocionais: procurava interagir com a terapeuta e com os pares, revelando maior empatia e um contacto mais acessível e adequado.
- Autoconfiança: reduziu o grau de competitividade e conseguia lidar melhor com as suas fragilidades, melhorando ligeiramente a autoconfiança e autoestima. No entanto, ainda não é considerado que a autoconfiança total esteja alcançada.
- Atividade: melhorou a *performance* dos movimentos, realizando movimentos mais dinâmicos, contudo, ainda necessitava de muito incentivo para iniciar as atividades.
- Relaxação: continuava a demonstrar a mesma postura, porém, conseguiu revelar melhor consciência tónica.
- Controlo do movimento: demonstrou maior controlo corporal, reduzindo a impulsividade e os comportamentos desadequados, tendo cuidado com os seus movimentos.
- Atenção focalizada: conseguiu envolver-se adequadamente nas atividades propostas, dirigindo sempre as atividades para os seus interesses e gostos. Os fatores externos à sessão não eram motivo de distração, o que pode ter melhorado com a mudança logística da localização da sala de psicomotricidade.
- Expressividade do movimento: expressava as emoções que estava a vivenciar e revelava mais consciência emocional e maior controlo corporal, demonstrando maior tolerância à frustração e menos comportamentos agressivos.
- Comunicação verbal: explorava o discurso espontâneo de acordo com os seus interesses, no entanto, quando não demonstrava disponibilidade psicocorporal, voltava apenas a responder apenas ao que lhe é questionado.
- Regulação social: demonstrava cumprir as regras da sessão e das atividades realizadas, respeitando os acordos. Quando não concordava com as decisões da terapeuta, demonstrava o seu ponto de vista, ainda que por vezes não da melhor maneira.

5.9.2 Questionário de Capacidades e Dificuldades

O SDQ-Por foi preenchido pela mãe do Gustavo, durante uma sessão de psicometricidade. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 19), permite observar a comparação dos resultados alcançados na avaliação inicial e final. Os resultados obtidos destacam-se a descida de valores da pontuação total obtida, sendo alcançada uma pontuação de 17 correspondendo a uma classificação “Anormal”.

Tabela 19

Resultados da avaliação inicial vs avaliação final no SDQ-Por do Gustavo.

Escalas	Pontuação Inicial	Classificação Inicial	Pontuação Final	Classificação Final
Sintomas emocionais	5	Anormal	3	Normal
Problemas de comportamento	7	Anormal	2	Normal
Hiperatividade	3	Normal	2	Normal
Problemas com os colegas	2	Normal	0	Normal
Comportamento pró-social	9	Normal	10	Normal
Total	26	Anormal	17	Anormal
Impacto	4	Anormal	1	Limítrofe

De todas as escalas, houve uma descida da pontuação inicial para a pontuação final à exceção da escala Comportamento Pró-social. De uma forma global, o Gustavo demonstrou ter mais empatia, uma diminuição nas queixas de dores de cabeça, melhor tolerância à frustração, redução nas preocupações, maior foco atencional, maior disponibilidade para o outro, e melhor relação com os colegas. Os desenhos realizados pelo Gustavo encontram-se em anexo (ver anexo VII.2).

Na avaliação final, foi o único momento que a Diretora de Turma respondeu ao questionário. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 20), mostra os resultados obtidos na resposta ao SDQ-Por.

Tabela 20

Resultados da resposta ao SDQ-Por da Diretora de Turma do Gustavo.

Escalas	Pontuação	Classificação
Sintomas emocionais	1	Normal
Problemas de comportamento	3	Limítrofe
Hiperatividade	7	Anormal
Problemas com os colegas	0	Normal
Comportamento pró-social	6	Normal
Total	17	Anormal

Como é possível observar, os resultados obtidos na resposta ao questionário por parte da Diretora de Turma, são diferentes, comparativamente com a tabela apresentada anteriormente (ver tabela 20). De uma forma geral, no contexto escolar, o Gustavo demonstra ter maior dificuldade em obedecer aos adultos, demonstra ter agitação psicomotora, maior distrabilidade e baixa tolerância à frustração.

5.9.3 Desenho da Pessoa – Draw a Person

O DAP foi realizado na sala de Psicomotricidade devidamente preparada para o efeito. No momento da avaliação, o Gustavo tinha uma idade cronológica e 11 anos e 3 meses.

Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 21), é possível visualizar a comparação dos resultados obtidos na avaliação inicial e final, sendo notória uma descida na pontuação e consequentemente na classificação, em todos os desenhos. Isto pode ser justificado pelo facto de, no dia da aplicação, o Gustavo não se encontrar disponível para a sessão, acabando por desenhar figuras masculina e feminina de uma série de anime que ele visualiza e não tendo em atenção todos os detalhes que teve em conta na avaliação inicial.

Tabela 21

Resultados da avaliação final no DAP do Gustavo.

	Homem (H)		Mulher (M)		Próprio (P)		Total (H+M+P)	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Valor Bruto	58	49	53	46	46	46	157	141
Valor Standard	124	107	116	102	103	102	117	103
Percentil	85	68	86	55	58	55	87	58
Classificação inicial:					“Acima da média”			
Classificação final:					“Média”			

No que diz respeito à avaliação qualitativa, o Gustavo fez resistência à realização dos desenhos, no entanto, demonstrou a distinção clara entre géneros e teve em conta as dimensões do desenho. A observação informal entre a avaliação inicial e final destaca a disponibilidade para realizar o desenho, visto que, na sessão de aplicação, vinha preocupado com uma situação externa à sessão e teve dificuldade em concentrar-se. Nos três desenhos, voltou a exceder o tempo de realização, apesar da terapeuta ter referido.

5.9.4 Estátua da Bateria de NEPSY-II

O subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, após a realização dos desenhos do instrumento de avaliação DAP. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 11 anos e 3 meses. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 22), encontra-se os resultados obtidos nas avaliações.

Tabela 22

Comparação de resultados da avaliação inicial vs final na Estátua de NEPSY-II, do Gustavo.

Avaliação	Pontuação
Inicial	15
Final	17

O Gustavo na avaliação final, apresentou resultados abaixo da sua idade cronológica, evidenciando uma pontuação de 17 pontos em 30 pontos possíveis. Esta pontuação equivale a uma idade compreendida entre os 4 anos e 4 anos e 5 meses. Comparativamente à avaliação inicial, o Gustavo ainda revelou ligeiras oscilações gravitacionais, porém conseguiu inibir qualquer manifestação nos primeiros 10 segundos.

Perante os resultados obtidos, o Gustavo revelou ligeiras melhorias no controlo dos seus movimentos e autorregulação, apesar de ainda existirem movimentos corporais.

5.9.5. Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição

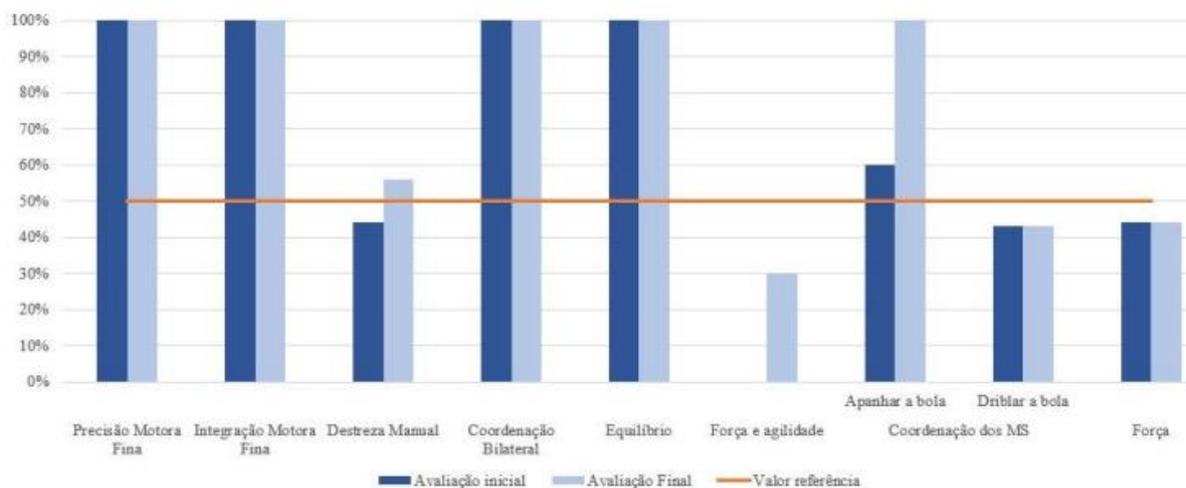
O BOT-2, para a avaliação final, foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devido preparada para a realização de todas as provas. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 11 anos e 4 meses.

Os resultados obtidos na avaliação final, correspondem à mesma classificação obtida na avaliação inicial (classificação “média”), no entanto, tanto os valores standard score como o percentil aumentaram, para 45 e 31 respetivamente. O gráfico abaixo apresentado (ver gráfico 2), é possível perceber as melhorias alcançadas pelo Gustavo neste instrumento de avaliação.

De acordo com o gráfico 2, é possível perceber que existiram ligeiras melhorias ao nível da destreza manual, na prova apanhar a bola na dimensão coordenação dos membros superiores e na força e agilidade.

Gráfico 2

Resultados da avaliação inicial e final no BOT-2, do Gustavo.



No geral, a maioria das provas encontram-se acima da linha de valor referência, o que significa que o desempenho obtido corresponde à faixa etária do Gustavo. No entanto, continua a ser necessário trabalhar a força e prova de driblar a bola, na dimensão coordenação dos membros superiores. Ao longo da aplicação deste teste, na avaliação final, o Gustavo demonstrou estar entusiasmado e colaborante, justificando que tinha que dar o seu melhor e acabava por treinar para a avaliação de Educação Física, na escola.

5.9.6. Fator Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

O fator Tonicidade da BPM de Vítor da Fonseca foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devidamente preparada para a realização de todas as provas. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 11 anos e 4 meses.

Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 23), é possível visualizar a comparação das cotações dos subfactores (divididos por tipo de ações) obtidos na avaliação inicial e final. Existiram provas que coincidiam com provas de instrumentos de avaliação aplicados primeiramente (e.g. tónus de atitude – imobilidade, tónus de ação de ação – autoimagem), portanto não foram aplicadas novamente.

Tabela 23

Resultados da Avaliação inicial e final - Fator Tonicidade da BPM, do Gustavo.

TONICIDADE	Tipo de tónus	Subfactores	Cotação inicial	Cotação final
	Tónus de fundo	Extensibilidade	3	3
		Passividade	3	3
		Paratonia	2	3
	Tónus de ação	Diadococinésias	2	3
		Sincinésias	3	3
Pontuação final			3	3

De acordo com os resultados obtidos, o Gustavo obteve novamente cotação total de 3, alcançando um perfil eupráxico. De uma forma geral, apresentou melhorias no subfactor Paratonia e Diadococinésias, onde revelou maior facilidade em alcançar a descontração muscular voluntária em ambos os membros, apesar de ainda existir alguma tensão, já não foram demonstradas reações tónico-emocionais à manipulação. No que diz respeito ao subfactor Diadococinésias, foi visível maior coordenação e ritmicidade, havendo movimentos em espelho. Os restantes subfactores obtiveram a mesma prestação que na avaliação inicial. Qualitativamente, o Gustavo conseguiu evidenciar melhor regulação tónica, tendo noção dos seus limites, não os ultrapassando.

5.9.7. Torre de Londres

O instrumento de avaliação Torre de Londres foi aplicado na sala de psicomotricidade da UPIA, devidamente preparada. No momento da aplicação, o Gustavo tinha idade cronológica de 11anos e 4 meses. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 24), evidencia os resultados obtidos na avaliação inicial e final.

O Gustavo obteve 30 pontos em 36 pontos possíveis, na avaliação final, sendo que apenas demonstrou alguma dificuldade na oitava e décima situação-problema, onde obteve apenas 1 ponto, e na décima primeira e décima segunda, obteve 2 pontos.

Tabela 24

Resultados da avaliação inicial e final da Torre de Londres, do Gustavo.

Avaliação	Pontuação
Inicial	27
Final	30

Qualitativamente, o Gustavo demonstrou estar mais concentrado e calmo na realização das situações-problemas, não sendo notória impulsividade e melhor tolerância à frustração. Quando alcançava facilmente a resolução da situação-problema, festejava bastante. Quando tinha dificuldade em alcançar a resolução dos problemas à primeira tentativa, aceitava e esforçava-se de modo conseguir alcançar a resolução da situação-problema. Por fim, foi possível verificar que o Gustavo continua a revelar boa capacidade de planeamento motor, de execução, de sequencialização e resolução de problemas.

5.9.8 Discussão

De acordo com a avaliação final obtida, é evidente que existiram melhorias na observação informal, bem como nos resultados alcançados nos instrumentos aplicados. Quanto às melhorias através da observação informal, é possível destacar melhor interação com a terapeuta, maior autoestima, maior empatia pelo outro, maior foco atencional, maior regulação social e menor onipotência e competitividade. Estes resultados podem dever-se essencialmente aumento da consciencialização corporal e também pela relação terapêutica estabelecida. A relação terapêutica permitiu a criação de um espaço contentor, securizante e calmo, sem qualquer julgamento, levando a que o Gustavo se sentisse valorizado e ouvido. Para além disso, permitiu a vivência dos seus desejos e vontades, num ambiente permissor, e também o confronto com as suas dificuldades, sem qualquer julgamento, de modo a conseguir criar estratégias de autocontrolo (Maximiano, 2004).

Quanto aos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação aplicados, destaca-se as melhorias nas paratonias, destreza manual, força e coordenação dos membros superiores, no controlo dos seus movimentos e autorregulação, na capacidade de planeamento motor, de

execução, de sequencialização, bem como na resolução de problemas. As atividades gnosopráticas podem ter contribuído para a existências destas melhorias, visto que estas atividades promovem a reelaboração do esquema e imagem corporal estando associada à qualidade espacial e temporal da praxia e também pelo facto de permitir a representação e antecipação da ação e assim, maximiza o controlo postural, o seu nível tónico e permite controlar a sua inibição do movimento, com fim a incorporar o espaço agido e representado (Bergès & Bounes, 1985, cit por Martins, 2001; Probst 2007). Para além disso, as técnicas de relaxação podem ter também contruído para estas melhorias visto que permitiram a integração da corporalidade de maneira a responder a todas as necessidades do quotidiano, promovendo a consciência do corpo, com base nas vivências corporais, o que faz com que o movimento faça parte da composição das funções psíquicas (Costa, 2008; Martins, 2011).

Concluindo, podem-se afirmar que, através da intervenção psicomotora, existiram melhorias na maioria dos objetivos terapêuticos delineados, sendo visível a atenuação das áreas/comportamentos fragilizados do Gustavo, essencialmente ao nível do comportamento, da socialização, na mentalização, e na regulação emocional. Contudo, ainda estão presentes algumas fragilidades no contexto escolar.

6- ESTUDO DE CASO II – Maria (nome fictício)

6.1 Identificação e anamnese

A Maria, género feminino, nacionalidade não portuguesa, tem 8 anos de idade, e atualmente, frequenta o 2.º ano de escolaridade. A Maria foi encaminhada para a psicomotricidade por aproveitamento escolar insuficiente (retenção no 2.º ano), agitação psicomotora, dificuldades gerais de aprendizagem, perturbação de oposição e alterações do comportamento por agressividade verbal e física para com a mãe e irmã. A história da Maria foi recolhida pela anamnese realizada à mãe, partilha de dados com a pedopsiquiatra responsável pelo caso e consulta do processo clínico na UPIA.

A Maria nasceu de uma gravidez não planeada, mas acompanhada, no seu país de origem. Aos 6 meses de gestação, foi recomendado repouso total à mãe, devido a perda de líquido, onde a mãe referiu que o bebé queria nascer prematuro, e também devido ao seu trabalho que a obrigava a passar muito tempo em pé. Para além disso, ao longo da gravidez, a mãe teve bastantes desmaios devido a algumas dores, sofreu uma cirurgia que a deixou com sequelas durante 1 ano e 10 meses. Nasceu de um parto distócico por ventosa, aos 8 meses e uns dias (não sabendo precisar concretamente), com 2,800 kg e 49 cm, sofrendo de hipoxia perinatal, com necessidade de reanimação. À data do nascimento, a mãe tinha 37 anos e o pai 47 anos. O pós-parto não foi fácil, uma vez que, devido às complicações no parto, a mãe não se encontrava bem emocionalmente. Amamentou durante 18 meses, não utilizando nem chupeta nem biberão. As transições alimentares foram bastante difíceis, onde a Maria fazia muitas birras e a mãe tinha dificuldade em interpretar os seus sinais.

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, a Maria gatinhou aos 8 meses e iniciou a marcha antes dos 12 meses. A mãe, desde cedo que reparou que a Maria era muito agitada, descoordenada e tinha bastantes desequilíbrios, visto que tropeçava bastante. Para melhorar a marcha e as fragilidades supracitadas, a mãe inscreveu a Maria na ginástica artística aos 5 anos até aos 6 anos. Teve dificuldades ao nível da fala, sendo que apenas verbalizou as primeiras palavras aos 17 meses e as primeiras frases apenas foram verbalizadas após os 24 meses. Usou fralda até aos 6 anos, e o controlo dos esfíncteres diurno ocorreu aos 5 anos e o noturno ainda não foi alcançado. É autónoma, sendo que a partir dos 5-6 anos, é que começou a vestir-se a tomar banho praticamente sozinha, apesar de existir supervisão da mãe ou irmã.

Relativamente ao sono, ainda hoje, é bastante agitado, acorda bastante durante a noite, grita e sonha muito, e diz que vê vultos (foi melhorando com a toma de medicação). Não consegue dormir sozinha, dormindo com mãe ou com a irmã, não tendo quarto próprio. Para

adormecer, a mãe abraça-a para a Maria sentir a sua presença. Tem medo do escuro e de estranhos.

No que diz respeito ao historial clínico, a Maria teve várias hospitalizações desde os 3 meses aos 2 anos devido a refluxo e convulsões com febre dos 2 até aos 4 anos. Atualmente, toma respiridona e rubifen. É acompanhada por consultas de Psicologia, no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), e irá iniciar consultas de pedopsiquiatria, na UPIA. Continua a ser seguida pela médica do desenvolvimento. O relatório enviado da psicóloga do CDC, reporta que a Maria tem Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

De acordo com os antecedentes familiares, aos 5 anos, os pais separaram-se e a mãe, a Maria e a irmã, vieram para Portugal para a irmã vir estudar, pois o pai utilizava a Maria para atingir a mãe e fazia o que lhe apetecia, não sendo uma figura muito presente na vida da Maria (de acordo com as informações da mãe). Desde a vinda para Portugal, a mãe começou a ficar preocupada com a Maria devido a agitação psicomotora e problemas de comportamento da Maria face o contexto familiar.

A mãe refere que, devido ao seu trabalho, não passa muito tempo com a Maria, sendo que esta fica ao cuidado da irmã. Descreve-a como uma menina linda e com personalidade muito forte, distraída, agitada e impulsiva, ficando triste a maioria das vezes por não estar com a mãe. Faz muitas birras e chora, e não tem noção dos perigos. Gosta de brincar com as outras crianças, mas não sabe relacionar-se com as mesmas, acabando por brincar muito tempo sozinha. Tem dificuldade em manter o discurso e vocabulário limitado, porém, é colaborante.

No que diz respeito à progressão escolar, esteve aos cuidados da mãe até aos 5 anos, e apenas com essa idade, ingressou o ensino pré-escolar. Entrou para o 1.º ciclo aos 6 anos, e atualmente, está no 2.º ano, já tendo ficado um ano retida no mesmo. Encontra-se ao abrigo de medidas universais do decreto-lei 54/2018. Tem baixo aproveitamento escolar, não sabendo nem ler nem escrever, estando a começar a demonstrar melhorias, com a ajuda da professora de educação especial. Tem dificuldade em permanecer atenta, estando bastante agitada na sala de aula, sendo que a professora está constantemente a chamá-la a atenção. A Maria realiza os trabalhos escolares no A.T.L. após as aulas terminarem e a mãe ou irmã a irem buscar.

Atualmente, a Maria vive com a mãe e com a irmã. A mãe refere que o comportamento da Maria em casa é idêntico ao seu comportamento em contexto escolar, sendo que sente necessidade de ser “general” em casa. Consequentemente, a Maria tem baixa tolerância à frustração e reage através de agressividade, birras e gritos, deitando-se no chão. A relação com

a irmã não é boa devido à agitação da Maria. As expectativas da mãe no acompanhamento em psicomotricidade são conseguir ajudá-la mais.

6.2 Revisão teórica de suporte: Perturbação do desenvolvimento intelectual

Segundo a DSM-V (2014), a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PID), presente no capítulo das Perturbações do Neurodesenvolvimento, é “*uma perturbação com início no período de desenvolvimento que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático*” (APA, 2014, pg. 38). As aquisições desenvolvimentais nesta população ocorrem tardiamente, quando comparadas com o desenvolvimento típico, e alguns marcos nem são alcançados, justificando-se assim a incapacidade intelectual.

A população com esta perturbação apresenta défices acentuados nas funções intelectuais e executivas, e no comportamento adaptativo, como referido anteriormente. Como as fragilidades intelectuais e executivas são consideradas o raciocínio lógico, pensamento abstrato, resolução de problemas, planeamento e organização mental, bem como as dificuldades de aprendizagem (essencialmente na leitura, escrita e cálculo), não fazendo o *transfer* das mesmas para os diversos contextos do qual está inserido. Já quando aos constrangimentos no comportamento/funcionamento adaptativo destaca-se o impacto do atraso do desenvolvimento e de independência pessoal e socialização, influenciando a interação social com os pares, autonomia e comunicação. No entanto, para ser feito diagnóstico desta perturbação, estes défices devem de ocorrer no período de desenvolvimento (APA, 2014).

O domínio psicomotor desta população também se encontra fragilizado, uma vez que o seu desenvolvimento ocorre de forma atípica, onde existem constrangimentos em todos os fatores psicomotores. Destacam-se as fragilidades na tonicidade (hipertonia, hipotonia ou a paratonia e inércia psicomotora), equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global (descoordenação) e motricidade fina (destreza manual e manipulação de objetos).

No que diz respeito ao domínio motor, este também é afetado pois são reveladas dificuldades ao nível da integração sensorial e do processamento cognitivo, verificando-se uma lentificação e uma desorganização nas respostas motoras e na expressão corporal, levando a sua performance nas tarefas motoras a diminuir (Santos & Morato, 2012 in Antunes, 2015). O facto de serem cada vez menos precisas e organizadas, as repostas motoras levam a que o indivíduo seja caracterizado pelas dismetrias, dissincronias e dispraxias refletidas nas ações/movimentos (Fonseca, 1995 in Antunes, 2015).

As fragilidades supracitadas têm um impacto significativo nas competências emocionais nas crianças com PDI, por exemplo, através de alterações de comportamento,

agressividade para com os outros e autoagressão, agitação psicomotora e baixa tolerância à frustração, bem como sintomas psicóticos. O contexto familiar encontra-se comprometido, havendo uma disfunção familiar (Neves & Aflolo, 2014; Barrias, 2014).

As crianças com PDI têm maior vulnerabilidade para outras perturbações, nomeadamente a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), podendo ser considerada como uma comorbilidade. A PHDA é caracterizada pelos constrangimentos nas competências nos domínios da atenção, na organização, na agitação psicomotora (hiperatividade e/ou impulsividade) e por comportamentos considerados desadequados no contexto escolar e familiar. Quando se fala de falta de atenção destacam-se atitudes como dificuldade em permanecer atenta às tarefas, evitação de atividades que envolvam esforço mental (e.g. trabalhos académicos), perda de objetos e esquecimento de atividades do seu dia a dia. Quanto à agitação psicomotora ou hiperatividade, ressaltam os movimentos excessivos das mãos e das pernas, tendo dificuldade em permanecer quieto, e falar excessivamente num tom elevado. Por fim, quanto à impulsividade, evidenciam-se comportamentos ou respostas precipitadas e sem pensar, dificuldade em aguardar pela sua vez e também a atitude de interromper os pares, sendo no diálogo ou nas tarefas (APA, 2014; Barrias, 2014).

Para além das características supranomeadas, esta população apresenta fragilidades na coordenação motora, equilíbrio, nas tarefas de autonomia (e.g. abotoar botões e atacadores), na capacidade de inibição do movimento, na orientação espacial e temporal, na praxia fina e têm baixa noção dos perigos e limites. Para além disso, apresentam comportamentos disruptivos, baixa autoestima, baixa imagem corporal, e dificuldade em regulação emocional (Costa, 2017).

Em modo de conclusão, a população com PDI com comorbilidade PHDA têm dificuldade na interação social com os pares, uma vez que revelam algumas limitações nos processos cognitivos relativamente ao identificar, selecionar e organizar informações, tendo consequências na dinâmica de *input-elaboração-output* (Barrias, 2014).

6.3 Avaliação Inicial

De acordo com os dados recolhidos na anamnese, e de modo a realizar uma avaliação psicomotora para obter o perfil psicomotor da Maria, foi feita uma avaliação informal, com base na Escala de Observação de Louvain. Para além disso, foi feita uma avaliação formal, onde existiu a aplicação de instrumentos de avaliação mais concretamente, o Questionário de Capacidades e de Dificuldades, o Desenho de Pessoa – *Draw a Person*, Subteste Estátua da Bateria de NEPSY, Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição e Torre de Londres.

6.3.1 Avaliação informal – Escala de Observação de Louvain

A observação psicomotora da Maria decorreu em contexto individual, ao longo das quatro primeiras sessões, incluindo na aplicação dos instrumentos de avaliação. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 25), é possível ver os resultados obtidos nas categorias.

Tabela 25

Resultados da observação informal inicial da Maria.

Categorias	Pontuação
Relações Emocionais	Ligeiramente sobre-relacionado: +1
Autoconfiança	Ligeiramente sem autoconfiança: -1
Atividade	Ligeiramente hiperativo: +1
Relaxação	Ligeiramente tenso: +1
Controlo do movimento	Movimentos ligeiramente descontrolados: -1
Atenção focalizada	Ligeiramente não envolvido: -1
Expressividade do Movimento	Ligeiramente super expressivo: +1
Comunicação Verbal	Ligeiramente muito comunicativo: +1
Regulação Social	Ligeiramente com falta de regras: -1

Relativamente à categoria “Relações emocionais”, a Maria é caracterizada como ligeiramente sobre-relacionada, uma vez que o contacto é muito familiar e solícito, colando-se à terapeuta. Quanto à categoria “Autoconfiança”, revela ser hesitante e demasiada modesta, sendo que não toma iniciativa para as atividades e imita a terapeuta, e pede sempre permissão. No que diz respeito à categoria “Atividade”, demonstra ser ligeiramente hiperativa, realizando movimentos intensos e já se encontra ocupada antes de a atividade estar explicada. Na categoria “Relaxação”, revela ser ligeiramente tensa, movimentando-se de forma estranha. No tópico “Atenção focalizada”, demonstra ser ligeiramente não envolvida, distraíndo-se facilmente perante fatores externos à sessão. Quanto à categoria “Expressividade do movimento”, revela movimentos eufóricos, havendo expressões faciais extremas, chorando ou rindo de forma inapropriada. Quanto à categoria “Comunicação verbal”, é bastante comunicativa, falando rápido e alto. Por fim, no que diz respeito à categoria “Regulação social”, demonstra movimentos impulsivos e irritáveis, bem como por vezes chega tarde.

6.3.2. Questionário de Capacidades e Dificuldades

O SDQ-Por foi preenchido apenas pela mãe, no término da entrevista aos mesmos, após a recolha de dados da anamnese.

A Maria obteve uma classificação “Anormal”, tendo sido alcançado 40 pontos em 40 possíveis, onde é possível verificar notórias alterações do comportamento. Na tabela abaixo apresentada, é possível visualizar a classificação e pontuação obtida em cada uma das escalas do SDQ-Por. Segundo a tabela abaixo apresentada (ver tabela 26), foi alcançado uma

classificação “Anormal” em todas as escalas (sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e problemas de com os colegas) à exceção da escala comportamento pró-social, que alcançou uma classificação “Normal”.

Tabela 26

Resultados obtidos na avaliação inicial no SDQ-Por da Maria.

Escalas	Pontuação	Classificação
Sintomas emocionais	10	Anormal
Problemas de comportamento	6	Anormal
Hiperatividade	8	Anormal
Problemas com os colegas	8	Anormal
Comportamento pró-social	8	Normal
<u>Classificação final</u>	40	Anormal
Impacto	6	Anormal

Face aos resultados obtidos, é possível perceber que a Maria revela ter queixas de dores de barriga e de cabeça regulares, parece sempre bastante preocupada, faz birras e chora recorrentemente, é bastante alerta e hipervigilante, revela insegurança emocional perante situações novas. Tem dificuldade em obedecer aos adultos, rouba objetos de casa, é agitada, falta de atenção e não pensa antes de fazer as coisas. Tem tendência a isolar-se dos outros tendo dificuldade em socializar, dando-se melhor com os adultos. Por fim, é empática, gosta de partilhar os seus pertences e, prestável e simpática. Os desenhos realizados pela Maria encontram-se em anexo (ver anexo VIII.1).

Assim sendo, destacam-se dificuldades em todos os parâmetros avaliados neste questionário, mas essencialmente ao nível da regulação emocional, comportamento e socialização. Todos os constrangimentos da Maria parecem ter um impacto bastante significativo no contexto familiar e de socialização, porém, o impacto é menos significativo nas aprendizagens académicas.

A professora titular da turma da Maria também respondeu ao questionário. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 27), expõe os resultados obtidos nas diferentes categorias.

Tabela 27

Resultados obtidos na avaliação inicial no SDQ-Por da Maria, respondido pela professora.

Escalas	Pontuação	Classificação
Sintomas emocionais	2	Normal
Problemas de comportamento	3	Limítrofe
Hiperatividade	4	Normal
Problemas com os colegas	0	Normal
Comportamento pró-social	7	Normal
Classificação final	16	Anormal

De uma forma geral, a Maria, no contexto escolar, revela ter empatia, parece preocupada com os outros, boa interação social, bom foco atencional, pensa nas atividades antes de as executar, bom comportamento na sala de aula e no recreio, baixa autoconfiança e fraca tolerância à frustração. Esta prestação demonstra que os comportamentos da Maria são distintos em alguns aspetos, tanto no contexto familiar como no contexto escolar.

6.3.3. *Desenho da pessoa – Draw a person*

O DAP foi aplicado na sala de psicomotricidade da UPIA, devidamente preparada para o efeito. No momento da aplicação, a Maria tinha idade cronológica de 8 anos e 5 meses.

Ao nível dos resultados quantitativos obtidos, encontram-se apresentados na tabela abaixo (ver tabela 28), onde no total (soma de todos os desenhos), foi alcançada uma classificação “Média”, com um valor standard de 104, o que corresponde a uma idade cronológica de 6 anos e 6 meses.

Tabela 28

Resultados da avaliação inicial no DAP da Maria.

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Total (H+M+P)
Valor Bruto	26	34	33	93
Valor Standard	79	93	91	104
Percentil	8	32	27	61
Classificação	“Borderline”	“Média”	“Média”	“Média”
Classificação final:			“Média”	

O desenho que alcançou maior pontuação foi o desenho da figura feminina e com menor pontuação foi o desenho da figura masculina. Foi observada uma pega psicomotora triáde e mais proximal da folha, sendo notória alguma pressão exercida no lápis. Esta pressão foi observada pela pressão evidente na mão e também quando apagava e aperfeiçoava o desenho, onde era visível a existência dos traços anteriores.

Os desenhos da Maria foram feitos em pequenas dimensões face ao espaço disponível, e no centro da folha. Os desenhos apresentaram elementos faciais rudimentares, e o corpo foi desenhado de forma muito estreita. Em todos os desenhos não foram realizados dedos das mãos nem os pés, de forma evidente. Foram consideradas as proporções dos corpos desenhados, membros superiores mais pequenos que os membros inferiores, no entanto, os pés foram desenhados maiores do que a proporção adequada. Foi notória a distinção entre homem e mulher, através do cabelo. O desenho do próprio foi o único desenho tinha vestuário e desenhou o cabelo idêntico ao da Maria. A Maria demonstrou uma boa linguagem recetiva e boa coordenação óculo-manual.

O desenho com maior pontuação foi o desenho da figura feminina, com valor standard score de 93, e o desenho com menor pontuação foi o desenho da figura masculina com valor

standard score de 79. Portanto, a Maria demonstra noção de esquema corporal, porém deve ser trabalhada.

6.3.4. Subteste de Estátua de NEPSY-II

O subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II foi aplicado na sala de psicomotricidade da unidade. No momento da aplicação, a Maria tinha idade cronológica de 8 anos e 5 meses.

A Maria apresentou resultados superior à sua idade cronológica (entre 9 anos e 9 anos e 5 meses), evidenciando uma pontuação de 28 pontos em 30 pontos possíveis.

Durante a realização, não foram visíveis quaisquer movimentos corporais ou vocalização ou abrir os olhos, à exceção nos últimos segundos (61' - 65' e 71' - 75'), que existiu movimento corporal, através de oscilações gravitacionais.

A prestação demonstrada pode querer demonstrar a tensão/rigidez corporal existente ao longo de toda a prova, traduzindo um perfil hipertônico e um hipercontrole dos seus movimentos. A Maria chegou bastante atrasada a esta sessão, pode ter alguma influência na prestação neste teste.

6.3.5 Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição

O BOT-2 foi aplicado na sala de psicomotricidade da unidade, devido preparada para a realização de todas as provas, após a aplicação do Subteste Estátua da Bateria de Nepsy. Nesta sessão, a Maria tinha idade cronológica de 8 anos e 5 meses.

A Maria apenas realizou os dois primeiros itens deste teste, fazendo total resistência aos restantes, apesar de todos os esforços da psicomotricista estagiária. Nestes itens, a Maria atingiu a pontuação máxima, podendo-se verificar que apresenta uma boa precisão motora fina.

Quantos os restantes itens, foram avaliados de forma informal, através de atividades de jogo livre, sendo possível apurar que existe fragilidades ao nível da destreza manual, coordenação bilateral e dos membros superiores e também ao nível do equilíbrio.

6.3.6. Torre de Londres

O instrumento de avaliação Torre de Londres, foi aplicado na sala de psicomotricidade da unidade, devidamente preparada. No momento da aplicação, a Maria tinha idade cronológica de 8 anos e 6 meses. A Maria obteve 20 pontos em 36 pontos possíveis, sendo que não conseguiu realizar a quarta, décima, décima primeira e décima segunda situação problema, onde teve zero pontos.

Ao longo da realização das situação-problema, foi notório algum cansaço e impulsividade, bem como, facilidade em desistir, como forma de demonstrar resistência à realização das tarefas propostas. Contudo, quando alcançava a resolução dos problemas, revelava bastante felicidade levantando os braços como se demonstrasse vitória. No entanto,

conforme aumentava o grau de dificuldade dos problemas, foi visível alguma confusão e uma fragilidade na linguagem recetiva, dando a entender que a Maria não compreendia o que era pedido. É se salientar que as primeiras 3 situação-problema foram resolvidos na primeira tentativa, e os restantes, apenas na segunda.

Por fim, foi possível apurar que a Maria revela alguma fragilidade na capacidade de planeamento motor, na execução e resolução de problemas.

6.4 Elementos critério

Os elementos critério são vistos como elementos que permitem a caracterização do sujeito, bem como todas as informações revelantes conseguidas através da recolha de dados da anamnese e a avaliação inicial. Para a Maria são considerados como elementos critérios os seguintes pontos: hipoxia perinatal, hospitalizações por refluxo e convulsões, separação dos pais e vinda para Portugal, mãe preocupada e pouco presente, problemas de comportamento, agitação psicomotora, fragilidades na proficiência motora e na noção do corpo, falta de atenção e baixa tolerância à frustração. Para além disso, fracos recursos cognitivos, dificuldades de aprendizagem, fragilidades na interação social, imaturidade emocional e constrangimentos na higiene do sono. Por fim, o compromisso terapêutico com a mãe (aliança terapêutica) e o acompanhamento pontual na UPIA, e revela ser empática, bem-disposta, colaborante, prestável e motivação pelas sessões.

6.5 Hipóteses explicativas

As hipóteses explicativas que foram encontradas para o estudo caso, basearam-se na recolha de informação da anamnese, na observação psicomotora e também através dos resultados obtidos dos instrumentos de avaliação aplicados, permitindo relacionar a revisão de literatura com o diagnóstico. A partir da compreensão dessa relação, torna-se facilitado o processo de adequação da intervenção psicomotora da Maria. Assim, as hipóteses centram-se na hipoxia perinatal (asfixia perinatal) e no impacto da anestesia geral durante a gravidez.

De acordo com Neves e Aflalo (2014), a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual tem diversas causas por exemplo defeitos genéticos ou cromossómicos, mais concretamente anomalias da gravidez e do período perinatal, englobando a asfixia perinatal. A asfixia perinatal é caracterizada por condição patológica, no qual ocorre um desequilíbrio na troca gasosa entre a mãe e o recém-nascido ou um desequilíbrio pulmonar no mesmo. Ao haver um desequilíbrio na respiração, existe uma diminuição de oxigénio no sangue do recém-nascido (hipoxia perinatal), que é consequência da elevada concentração de dióxido de carbono (hipercapnia) e diminuição do fluxo sanguíneo (isquemia). Estes acontecimentos no parto levam a uma

encefalopatia neonatal, em que os recém-nascidos que sobrevivem a esta condição patológica, 15 a 30% apresentaram défices neurológicos permanentes (Mañeru & Junqué, 2002).

Ao haver autores que suspeitavam que poderia haver um atraso no desenvolvimento por parte dos indivíduos que sofreram asfixia perinatal, foram feitos diversos estudos para investigar essa consequência. John Little foi o primeiro autor a perceber que os acontecimentos perinatais estavam associados ao desenvolvimento intelectual e comportamental, sendo que mais tarde em meados dos anos 50, veio a comprovar-se que o desequilíbrio gasoso perinatal pode originar distúrbios neurológicos, podendo variar consoante o grau e localização da lesão (Mañeru & Junqué, 2002).

A asfixia perinatal significa a privação de oxigénio e a falta de perfusão no período perinatal, sendo que pode resultar de complicações obstétricas, por exemplo a interrupção do fornecimento de sangue ao bebé, face à compressão do cordão umbilical (Golan et al. 2009, cit por Piešová & Mojmír, 2020). É vista como uma das principais causas de danos cerebrais e de desenvolvimento atípico do cérebro, que pode ser manifestada através de dificuldades de aprendizagem, funções executivas (e.g. memória, planeamento, tomada de atenção e atenção) e todas inerentes ao constrangimento na reorganização cerebral (Kaur et al., 2008; Delcour et al. 2012, cit por Piešová & Mojmír, 2020), bem como problemas comportamentais e défice cognitivo, o que pode explicar as fragilidades demonstradas pela Maria (Zitta, Groenendaal, van Bel, & Peeters-Scholte, 2019).

Nalguns estudos realizados, foram visíveis que os sujeitos que sofreram de asfixia perinatal apresentavam um desempenho cognitivo menor, mais concretamente um menor Quociente de Inteligência e vocabulário reduzido e desorganizado, sendo notório dificuldades de aprendizagem (Mañeru & Junqué, 2002). Para além do supracitado, a asfixia perinatal pode despoletar outras perturbações do neurodesenvolvimento por exemplo, Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção, o que vai de encontro ao diagnóstico realizado à Maria (Howell e Pillai 2014, cit por Piešová & Mojmír, 2020).

O impacto da anestesia geral durante a gravidez pode também ser uma hipótese que pode explicar os sintomas demonstrados pela Maria, porém não existem muitas evidências científicas. Apesar de ser possível realizar cirurgias ao longo da gravidez, o impacto da anestesia no bebé aumenta quanto o tempo de exposição à mesma. Apesar de a Medicina considerar seguro, a anestesia geral pode originar constrangimentos no neurodesenvolvimento, o que pode explicar os sintomas demonstrados pela Maria.

A neurotoxicidade através de anestesia ou anestésicos está diretamente relacionada com o tipo, dosagem, tempo de exposição ao medicamento, mas também, associado ao estágio de

desenvolvimento do cérebro do embrião (Cheek & Baird, 2009, cit por Li, Jiang & Zhao, 2021). Uma vez que a anestesia ou anestésicos são lipossolúveis, podem atravessar as paredes da placenta, com muita facilidade. Além disso, a genética da mãe também pode estar relacionada com o impacto da anestesia (Li, Jiang & Zhao, 2021).

Durante a gravidez, a anestesia geral, após a passagem pela placenta, pode causar frequência cardíaca fetal atípica, bem como impactar no desenvolvimento típico do cérebro do bebé. A concentração da anestesia deve ser adequada, considerando o tempo da cirurgia e o facto de evitar que exista um parto prematuro, o que poderia ter ocorrido com a Maria. Para efetuar qualquer cirurgia segura, deve ser evitado o período vulnerável da organogénese fetal, tal como o risco elevado de parto prematuro (De Tina & Palanisamy, 2017, cit por Li, Jiang & Zhao, 2021).

Outras hipóteses que expliquem os sintomas demonstrados pela Maria, nomeadamente da PHDA, podem incidir em fatores ambientais e emocionais. Relativamente aos fatores ambientais pode referir-se o facto de a Maria sair do seu país de origem e ficar afastada da figura paterna e também ter ficado com a mãe até aos 5 anos de idade, o que pode ter levado a Maria a ficar privada de acompanhamento de intervenção precoce, ao nível da linguagem e todas as manifestações comportamentais demonstradas (e.g. agitação psicomotora, défice de atenção, impulsividade, dificuldade de regular as suas emoções, dificuldades de interação social, entre outras). Este facto pode também ter acentuado o atraso de desenvolvimento, visto que não ingressou a creche ou jardim de infância de maneira desenvolver competências específicas para cada marco de desenvolvimento. Quanto aos fatores emocionais pode considerar-se a separação dos pais e o estado emocional da figura materna se encontrar fragilizado (depressão pós-parto), e assim, vivenciar um processo de vinculação inseguro.

De acordo com Gueniche (2005), a depressão pós-parto pode ser considerada como um fator de risco para a criança ficar com maior vulnerabilidade perante perturbações interativas (e.g. perturbação do comportamento, perturbações cognitivas, como dificuldades académicas, e perturbações de atenção) e ter um impacto negativo significativo no desenvolvimento psicológico. Além disso, a depressão pós-parto pode estar associada a conflitos existentes entre pai-mãe, e mais tarde, podem resultar em divórcio e afastamento geográfico da figura paterna, o que vai de encontro com a história da Maria.

Partindo da literatura existente, os processos de vinculação inseguros podem resultar de situações traumáticas, por exemplo, como a depressão pós-parto e a separação dos pais, causando um impacto negativo nos cuidados precoces do bebé, podendo a mãe demonstrar indisponibilidade física e emocional para prestar cuidados, fazendo com que o bebé desenvolva

um “self” comprometido, baixa percepção do mundo exterior, bem como dificuldades na regulação emocional. Assim, a figura materna tem dificuldade em interpretar as necessidades e desejos do bebê, levando o bebê a não conseguir desenvolver a sua independência, uma vez que esta não lhe é reconhecida (Berger, 2001; Gueniche, 2005; Bowlby, 1988, cit por Mota, Ferreira, Costa, 2022). Os sintomas da depressão materna podem ser demonstrados através de “*cansaço, de pouca tonicidade, de pobreza gestual mimopostural provocando uma ausência de sintonia nas relações mãe-filho*” (Berger, 2001, pg.94). Associando o supracitado, com a intoxicação placentária e a ausência da figura paterna, pode resultar num desenvolvimento psicomotor comprometido (Gueniche, 2005).

Desta forma, as crianças com estes comprometimentos podem revelar dificuldades de aprendizagem e manifestar instabilidade psicomotora, mais concretamente a fala excessiva, a dificuldade no controlo de movimentos (e.g. inquietude), défice de atenção e concentração, dificuldade a seguir as instruções dadas, fadigabilidade fácil e dificuldades nas competências afetivas e sociais (e.g. dificuldades na interação social e rejeição ou baixa tolerância da família, face aos seus comportamentos) (Berger, 2001; Gueniche, 2005).

Concluindo, as hipóteses explicativas apresentadas podem explicar os sintomas manifestados pela Maria, justificando também a PDI e PHDA, diagnósticos realizados à Maria.

6.6 Projeto terapêutico

Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 29), encontra-se o projeto terapêutico delineado para a intervenção psicomotora com a Maria, de acordo com resultados obtidos nos instrumentos de avaliação aplicados e da avaliação informal. Estes resultados permitiram estabelecer quais as áreas fortes e áreas de necessidade da Maria. Estas áreas possibilitaram a definição do perfil intraindividual da Maria, e consequentemente, o estabelecimento dos objetivos terapêuticos. Os objetivos terapêuticos incidiram nas áreas de necessidade da Maria.

Tabela 29*Projeto terapêutico da Maria.*

PERFIL INTRAINDIVIDUAL			
Áreas/pontos fortes		Áreas/pontos a potenciar	
Empatia; Disponibilidade; Prestável; Cuidado com o material;	Criatividade; Lateralidade; Precisão motora fina; Conhecimento cinestésico.	Tonicidade; Equilíbrio dinâmico; Esquema corporal; Noção direita-esquerda; Praxia Global e Fina; Diminuição da agitação psicomotora; Controlo da impulsividade;	Atenção e concentração; Planeamento motor; Processamento informacional; Pensamento simbólico; Socialização; Regulação emocional; Autoestima e autoconfiança.
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS			
Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	
Psicomotor	Adequar a tonicidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a agitação psicomotora; • Promover a descontração muscular; • Promover a consciência dos diferentes estados tónicos. 	
	Promover o equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio dinâmico. 	
	Potenciar a somatognosia.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a consciencialização corporal; • Promover o esquema corporal, com recurso à representação gráfica do seu corpo. • Estabelecer a noção dos seus limites corporais. 	
	Melhorar a praxia global.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a coordenação dos membros superiores; • Potenciar a coordenação bilateral. 	
	Melhorar a praxia fina.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a destreza manual. 	
Cognitivo	Estimular as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a consciencialização da ação; • Promover a capacidade de concentração; • Aumentar os períodos de foco atencional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o pensamento simbólico; • Potenciar o processamento informacional; • Potenciar a mentalização.
Emocional - Social	Promover a regulação emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência dos estados emocionais; • Diminuir a impulsividade; • Potenciar a autoconfiança e autoestima; 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir os comportamentos agressivos; • Promover a capacidade de autocontrolo; • Potenciar a tolerância à frustração.
	Promover socialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar do próprio comportamento; • Estimular o prazer na relação com o outro. 	
	Promover a comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções. • Estimular o discurso verbal espontâneo. 	
Técnicas utilizadas ao longo da intervenção	Jogo livre, com foco na relação terapêutica e nas atividades sugeridas. Técnicas de relaxação, terapias expressivas e atividades gnósico-práticas.		
Acerca da intervenção	<u>Tipologia, frequência e duração da sessão:</u> individual, semanalmente, 45 minutos; <u>Local de intervenção:</u> sala de Psicomotricidade do serviço de pedopsiquiatria.		

6.7. Projeto pedagógico-terapêutico

6.7.1 Fundamentação da intervenção

A fundamentação da intervenção considera a intervenção psicomotora numa tipologia individual, em que os objetivos terapêuticos delineados no projeto terapêutico foram todos trabalhados, ao longo das sessões terapêuticas. Destaca-se que a intervenção com a Maria, ao ser através de uma equipa disciplinar (pedopsiquiatra, professora de educação especial e psicóloga), pôde acarretar evoluções mais significativas. A aliança terapêutica também foi fundamental, de modo a dar uma continuidade do que era trabalhado em sessão, no contexto familiar, bem como a passagem de estratégias para a vivência nesse contexto.

Segundo Hudson e colaboradores (2003 in Silva, 2014), a intervenção psicomotora com a população com PDI e PHDA, uma vez que a PHDA pode ser considerada como comorbidade, tem como principal objetivo o desenvolvimento ao nível motor, cognitivo e social, onde são utilizadas atividades lúdicas, terapias expressivas, técnicas de relaxação e atividades gnosopráticas. Sendo o corpo o principal instrumento, devem ser interpretados todos os seus movimentos de acordo com diferentes parâmetros (intenção, significação e expressão) (Silva, 2014). A intervenção psicomotora deve potenciar as capacidades comunicativas, de pensamento operatório e competências cognitivas e afetivo-relacionais, ajustando o processamento informacional e competências sociais, em que as atividades devem recriar contextos decorrentes do dia a dia do sujeito (Martins, 2001).

Para tal, a intervenção psicomotora baseia-se na componente sensoriomotora e expressiva, ou seja, permite a consciencialização de todas as ações ou movimentos por parte do sujeito, associando-a á relação existente entre si e o contexto envolvente (Martins, 2001). Através deste processo, surge a possibilidade de reorganizar o pensamento e processamento cognitivo, nomeadamente as sensações, interpretações e perceções, maximizando a funcionalidade do sujeito, o seu nível de autonomia, e, em simultâneo, as competências comunicativas, simbólicas e percetivas (Valente, Santos & Morato, 2011). Para além disto, a intervenção permite promover os fatores psicomotores e a capacidade atencional, estimulando a memória e a concentração, fazendo com que o próprio sujeito tenha uma melhor consciência de si (Valente, Santos & Morato, 2011).

A experiência corporal é designada pela vivência corporal, resultante da integração de *inputs* sensoriais que permitem a consciencialização de que o corpo pertence a ele mesmo (Damásio & Carvalho, 2013 cit. por Veiga & Marmeleira, 2018). Desta forma, as principais diretrizes da intervenção psicomotora com a Maria envolvem as terapias expressivas, o jogo, as atividades gnosopráticas e as técnicas de relaxação.

As terapias expressivas visam ser um condutor de *insight* e de alterações corporais. Estas terapias privilegiam aspetos que vão além da comunicação verbal, isto é, a expressão própria, imaginação, criatividade e, a relação entre o psiquismo e o corpo (Martinec, 2013). O facto de privilegiarem estes aspetos, permitem o sujeito experienciar e adquirir novas competências. Quer isto dizer, podem potenciar o autoconhecimento e, recorrendo à criatividade e imaginação, explorar aspetos do “Eu”, partindo das sensações e emoções vivenciadas e da expressão simbólica inerente (Martinec, 2013). Recorrendo ao movimento corporal, as terapias expressivas permitem a valorização do corpo “*como espaço de projeção do Eu, perspetivando a vivência expressiva-criativa do corpo com enfoque na experiência emocional daí decorrente*” (Santos, 2007, cit por livro novo, pg.158). Desta forma, privilegia a dinâmica relacional do corpo e a forma como este se expressa e comunica (Chodorow, 1997; Lauffenburger, 2009, cit por Santos, 2022).

Através do jogo espontâneo, a criança pode desenvolver a sua consciência corporal, que vai de encontro à tomada de consciência do espaço interno e da autodescoberta, bem como a noção do espaço exterior (Jaricot, 2006, cit por Fernandes et al., 2018). Através das vivências sensoriomotoras, da representação e das emoções do corpo real e imaginário, é possível promover a atividade perceptiva, simbólica e conceptual, enaltecendo a intencionalidade, consciência da ação e exploração de várias formas de expressão corporal e artística (Vidigal, 2005). Para além disso, potencia o desenvolvimento psicoafectivo e neurocognitivo da criança, uma vez que a criança se expressa livremente e sem qualquer julgamento (Bullinger, 2011; Veiga, Neto, & Rieffe, 2016, cit por Fernandes et al., 2018).

As atividades gnosopráticas são caracterizadas pela associação entre a cognição e a manifestação espacial e temporal dos movimentos/ações. Quer isto dizer que, permite a elaboração do objeto ou estímulo exterior com recurso a perceção sensorial do contexto envolvente, enquanto executam um movimento/ação intencionalmente (Martins, 2001). Quer isto dizer que, através da cognição ocorre a reelaboração do esquema e imagem corporal, onde é recriada a relação entre corpo-espaço (Negrine, 1995; Martins, 2001; Vechiato, 2003, cit por Fernandes et al., 2018).

De acordo com Guiose (2003), as técnicas de relaxação são técnicas das quais resultam a relaxação neuromuscular, englobando um estado de repouso tanto físico como psíquico. As técnicas de relaxação têm como principal objetivo diminuir as contrações musculares, permitindo alcançar um estado de repouso e calma, de modo a consertar qualquer acontecimento de contração atípica que provoque dor ao sujeito. Ao alcançar um estado de repouso, a relaxação permite a integração da corporalidade de maneira a responder a todas as

necessidades do cotidiano, promovendo a consciência do corpo. Esta consciencialização é baseada nas experiências vivenciadas face ao meio, o que leva a que o movimento faça parte da composição das funções psíquicas, que é inerente a todas as atividades mentais (Costa, 2008). A relaxação visa também promover a diferenciação dos estados musculares, o autoconhecimento e a consciência corporal e emocional (Alexandrine & Boscaini, 2012).

Em suma, a intervenção psicomotora com a Maria deve potenciar as capacidades comunicativas e as competências cognitivas e afetivo-relacionais, ajustando o processamento informacional e competências sociais (Martins, 2001). Portanto, deve de aprender a escutar o seu Eu, o seu corpo, a observar-se e a escutar o que ele expressa, de forma verbal ou não-verbal (Akasha, 2004, cit por Pereira, 2015). Ao recorrer às experiências corporais, é possível promover a consciência emocional e a consequente regulação emocional, com intuito de potenciar a construção do Eu (Maximiano, 2004; Veiga & Marmeleira, 2018).

6.7.2 Estratégias específicas

A Intervenção em Psicomotricidade visa alcançar o corpo como o veículo terapêutico que age e que cria relações com o outro e com o meio envolvente (Fonseca, 2001), permitindo ao terapeuta adequar as suas estratégias/respostas às ações inadequadas (Martins, 2001a). Quer isto dizer que, esta intervenção tem como fim agir nas funções mentais, comportamentais e psicológicas, através do corpo, considerando a dimensão relacional (APP, 2011).

Uma das principais estratégias utilizadas foi a relação terapêutica e a aliança terapêutica com a mãe, de modo que os conflitos existentes no contexto familiar fossem atenuados, dando estratégias para ajudar a compreender a Maria e os seus comportamentos, bem como explicar as atitudes exercidas pela figura materna da Maria, com fim de proporcionar bem-estar entre ambas, e fomentar a sua relação. Para além disso, possibilitou a articulação com a mãe e também da professora, de modo a compreender os comportamentos da Maria, tanto no contexto familiar como escolar. A aliança terapêutica com a figura materna também possibilitou a adesão e compromisso perante as sessões terapêuticas, bem como a todas as consultas na UPIA, de modo a potenciar competências com o planeamento, preparação e organização do ambiente familiar (Antunes, Silva, & Afonso, 2014).

A utilização do *toque terapêutico* como estratégia veio facilitar o desenvolvimento do Eu corporal por meio da sensação, da consciencialização imediata, do movimento e da postura. O toque terapêutico pode promover uma relaxação física e psíquica, tendo como característica essencial, a redução do estado tónico e o relaxamento neuromuscular (Chanpentier, 2014, cit por Roque, 2017). O toque ajuda na potenciação da memória do corpo, na reorganização da estrutura corporal, auxiliando assim, o paciente nas relações sociais.

Outras estratégias bastante utilizadas foram o reforço positivo e incentivo para a tomada de iniciativa para as atividades, tal como a valorização das suas ideias. O facto de se sentir valorizada e ouvida, bem como o facto de as atividades irem de encontro com os seus gostos e interesses, permitiu a vivência de prazer e autodescoberta através de experiências positivas, potenciando a autoconfiança e a autoestima da Maria. A participação da terapeuta nas atividades, também possibilitou a tomada de iniciativa para as tarefas (Fernandes et al., 2018).

O planeamento e estruturação das atividades, bem como a consciencialização, permitiram também o controlo da agitação psicomotora e o aumento do período atencional (Vidigal, 2005). Assim, no início de cada sessão, foi importante estruturar e planear as atividades sugeridas através da representação e descrição numa folha branca, de modo que a Maria pudesse visualizar e recorrer sempre que fosse necessário, de modo a fomentar, para além do supracitado, a estruturação temporal, o controlo de movimentos, funções executivas (Antunes, Silva e Afonso, 2014). Após esta etapa da sessão, antes de dar início à atividade, tornava-se fulcral a Maria descrever o que iria ser realizado verbalmente, de modo que as ações fossem consciencializadas, permitindo a regulação emocional e o controlo de impulsos (Vidigal, 2005). A simbolização das atividades foi fundamental de modo que a atividade fosse refletida, promovendo a consciência emocional e autoconhecimento (Fonseca, 2013).

A “legenda” das sensações, bem como dos comportamentos adotados pela Maria e a sua intencionalidade, permitiram a interpretação das alterações corporais vivenciadas, que possibilitaram o aumento da autoconsciência e a própria aceitação (Almeida et., 2005; Maximiano, 2004; Veiga & Rieffe, 2015).

Para além das estratégias supracitadas, foi fulcral a criação de um ambiente seguro e contentor, de modo que fossem vividas experiências positivas e prazerosas, considerando sempre os gostos e desejos da Maria. O diálogo tónico-emocional terapeuta-Maria, a adequação do espaço e dos materiais ao dispor da Maria potenciaram a vivências internas e consequentemente a sua consciencialização (Veiga, 2022).

Concluindo, a atitude e a postura da terapeuta adotando uma escuta ativa, a empatia, a neutralidade, a conversa de “olho no olho”, onde a terapeuta procurava colocar-se à altura da Maria, a disponibilidade psicocorporal e atenção demonstrada, também foi fundamental para o aumento da segurança e, consequentemente, um aumento da autoestima (Almeida, 2005).

6.7.3 Exemplos de atividades

As sessões de psicomotricidade com a Maria tinham a seguinte estrutura: ritual de entrada, fase fundamental, momento de retorno à calma e ritual de saída. Ao longo das sessões, a maioria das atividades realizadas de jogo, terapias expressivas e atividades gnosopráticas.

Uma das atividades consistia na criação de uma história, onde foi feita uma “casa” e um “jardim/horta” com os diversos materiais existentes na sala de psicomotricidade e com o devido planeamento, isto é, quais os materiais a utilizar (blocos de espuma em forma de cilindro, paraquedas, pinos e bolas), como iriam ser construídos os “cenários” e o que significava cada material (e.g bola vermelha - tomate). A história consistia na vivência de duas irmãs numa casa, e tinham que passar o dia juntas, recolhendo legumes para fazer as refeições e apanhando umas flores para decorar a casa. A atividade decorre dentro da “casa” e a Maria procurava ser cuidada pela “irmã mais velha”, que era a terapeuta. A atividade terminava quando a Maria “ia descansar” e era feita a simbolização da atividade.

Outra atividade que a Maria gostava de realizar no momento de retorno à calma, consistia na colocação de uma música calma, e durante 3 minutos movimentar o seu corpo ao som da mesma. Quando terminavam os 3 minutos, eram realizados 3 ciclos respiratórios com o auxílio do movimento do corpo (levando os braços para a expiração e baixando os braços para a expiração), de modo a libertar todas as tensões do seu corpo.

6.8 Progressão terapêutica

A intervenção psicomotora com a Maria decorreu ao longo do ano letivo 2020/2021. No total foram contabilizadas 31 sessões em contexto individual, onde engloba a entrevista com a mãe para recolha de dados de anamnese e estabelecimento da aliança terapêutica. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 30), mostra a organização das sessões consoante a etapa.

Tabela 30

Etapas de intervenção psicomotora com a Maria.

Etapas de Intervenção	Nº de sessões
Entrevista com a mãe	1
Avaliação inicial	4
Intervenção	22
Avaliação final	4

A intervenção psicomotora com a Maria contemplou três fases diferentes (inicial, intermédia e final). A fase inicial correspondeu ao estabelecimento da relação terapêutica e ao potenciar da consciencialização emocional e expressividade corporal, através da exploração dos interesses e gostos da Maria, de modo a maximizar a disponibilidade psicocorporal e motivação para as sessões. Nas sessões iniciais foi privilegiado o jogo livre e espontâneo, que permitiu conhecer melhor a Maria e realizar a observação psicomotora informal. Ainda nesta fase foi realizada a avaliação inicial, com aplicação dos instrumentos de avaliação.

Na fase intermédia, as sessões privilegiaram as atividades de jogo livre simbólico, as terapias expressivas, com recurso a vários mediadores como a dança e o desenho, e também as

atividades gnosopráticas, para além do jogo. No início das sessões, posteriormente à conversa inicial, existia um espaço para a Maria sugerir alguma atividade para a sessão, de modo que também se sentisse valorizada e ouvida e fomentar a sua criatividade. No entanto, nas sessões que não sugeria nenhuma atividade, a psicomotricista sugeria alguma atividade para a sessão, indo de encontro aos gostos e interesses da Maria. Após a seleção da atividade, era feito o seu planeamento e estruturação, de modo a criar etapas na atividade e a seleção dos materiais, promovendo, por exemplo, o controlo dos seus movimentos e impulsividade, bem como aumentar o período atencional. No final, existia um momento de simbolização da sessão (o que nem sempre foi possível efetuar), de modo que fosse integrada e também, trabalhar a consciência emocional e corporal (Kernberg & Chazan, 1992). Após 3-4 sessões, conforme a relação terapêutica fosse estabelecida, a Maria começou a sugerir que existissem momentos que pudesse dançar, considerando que era algo que gostava de fazer e que a acalmava. Assim, foi introduzida a relaxação, através de colocação de uma música calma e em que a Maria pudesse expressar o seu corpo livremente, e posteriormente, foi iniciada a massagem com a bola e com o toque terapêutico, e também algumas atividades de relaxação ativa de Boski (Boski, 1990). A relaxação potenciou a consciência corporal e a diminuição dos ritmos externos (Veiga & Rieffe, 2015).

Quanto à ordem de planeamento dos objetivos, foram privilegiados os objetivos terapêuticos de carácter psicomotor, através das metodologias utilizadas e das sugestões de atividades da Maria, considerando que estes objetivos permitiam, em simultâneo, o trabalho dos objetivos cognitivos e socioemocionais. Quando a Maria partilhava a sugestão de atividade para a sessão, a terapeuta procurava direcionar a mesma de acordo com os objetivos terapêuticos delineados no projeto terapêutico da Maria.

Por fim, a fase final foi caracterizada pela preparação para o término das sessões de psicomotricidade. Nesta fase, foram observados alguns vídeos feitos no decorrer das diversas atividades, com as devidas autorizações, fazendo uma consciencialização do processo terapêutico e onde eram abordadas as suas evoluções/melhorias. Além disso, foi realizada a avaliação final, o que permitiu o contacto direto da Maria com as suas evoluções, através do feedback transmitido pela terapeuta.

6.9 Resultados da avaliação após a intervenção e discussão

6.9.1 Observação informal – Escala de Louvain

A observação psicomotora da Maria decorreu em contexto individual, ao longo das sessões de intervenção e avaliação final, incluindo na aplicação dos instrumentos de avaliação.

A tabela acima apresentada (ver tabela 31), expõe os resultados obtidos nas diferentes categorias, na avaliação inicial e final, a fim de pode ser feita a sua comparação.

Tabela 31

Resultado da observação informal inicial e final da Maria.

Categorias	Classificação – Pontuação Inicial	Classificação – Pontuação final
Relações Emocionais	Ligeiramente sobre-relacionado: +1	Relação apropriada: 0
Autoconfiança	Ligeiramente sem autoconfiança: -1	Ligeiramente sem confiança: -1
Atividade	Ligeiramente hiperativo: +1	Ativo: 0
Relaxação	Ligeiramente tenso: +1	Ligeiramente tenso: +1
Controlo de movimentos	Movimentos ligeiramente descontrolados: -1	Movimentos apropriados: 0
Atenção Focalizada	Ligeiramente não envolvido: -1	Envolvido adequadamente: 0
Expressividade do Movimento	Ligeiramente super expressivo: +1	Ligeiramente super expressivo: +1
Comunicação verbal	Ligeiramente muito comunicativo: +1	Ligeiramente muito comunicativo: +1
Regulação Social	Ligeiramente com falta de regras: -1	Regulação social apropriada: 0

Ao longo da intervenção, foi notória uma melhoria em todas as categorias à exceção das categorias “Autoconfiança”, “Relaxação”, “Expressividade do Movimento” e “Comunicação Verbal”. Relativamente à progressão de cada categoria, é possível perceber que:

- Regulação emocional: adequava o seu contacto emocional consoante o grau de conexão emocional com psicomotricista e com a mãe.
- Autoconfiança: ainda revelava dificuldade ao nível da independência total, porém não necessita de incentivo para iniciar as tarefas e consegue lidar melhor com as suas fragilidades. Contudo, não é considerado que a autoconfiança total esteja alcançada.
- Atividade: participava ativamente nas atividades de movimento;
- Relaxação: continuava a realizar movimentos de pouca amplitude, no entanto, o nível de tensão diminuiu, não sendo tão notória hipertonia.
- Controlo de movimentos: conseguia movimentar-se calmamente, com controlo do próprio corpo.
- Atenção Focalizada: envolvia-se adequadamente nas atividades realizadas.
- Expressividade do Movimento: continuava a exagerar na expressão corporal, no sentido que ri de forma inapropriada, no entanto, existia um maior controlo.
- Comunicação Verbal: continuava a falar de forma excessiva, porém conseguia aguardar pela sua vez de falar.
- Regulação social: revela uma regulação social adequada, cumprindo as regras de sessão e já não chega atrasada.

6.9.2 Questionário de Capacidades e Dificuldades

O SDQ-Por foi preenchido pela mãe da Maria, durante uma sessão de psicometricidade. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 32), permite observar a comparação dos resultados alcançados na avaliação inicial e final. Os resultados obtidos destacam a descida da pontuação total obtida, tendo sido obtida uma pontuação de 35, o que corresponde a uma classificação “Anormal”.

Tabela 32

Resultados da avaliação inicial vs avaliação final no SDQ-Por da Maria.

Escalas	Pontuação inicial	Classificação inicial	Pontuação final	Classificação final
Sintomas Emocionais	10	Anormal	8	anormal
Problemas de comportamento	6	Anormal	5	Anormal
Hiperatividade	8	Anormal	5	Normal
Problemas de relacionamento com os colegas	8	Anormal	8	Anormal
Comportamento pró-social	8	Normal	9	Normal
Total	40	Anormal	35	Anormal
Impacto	6	Anormal	8	Anormal

De todas as escalas, houve uma descida da pontuação inicial para a pontuação final à exceção da escala Comportamento Pró-social e o impacto, que aumentaram. Globalmente, a Maria demonstrou aumentou o período de foco atencional, a consciencialização das ações, a interação social com os pares, disponibilidade para o outro, autoconfiança e autoestima.

A professora titular da Maria voltou a responder a este questionário, de modo a ser feita a comparação entre a avaliação inicial e final, bem como perceber a evolução dos comportamentos/attitudes da Maria no contexto escolar. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 33), revela os resultados obtidos.

Tabela 33

Resultados obtidos na avaliação inicial vs final no SDQ-Por da Maria, respondido pela professora.

Escalas	Pontuação inicial	Classificação inicial	Pontuação final	Classificação final
Sintomas Emocionais	2	Normal	1	Normal
Problemas de comportamento	3	Limítrofe	1	Normal
Hiperatividade	4	Normal	4	Normal
Problemas de relacionamento com os colegas	0	Normal	0	Normal
Comportamento pró-social	7	Normal	8	Normal
Total	16	Anormal	14	Limítrofe

Globalmente, a Maria, no contexto escolar, apresenta melhorias, essencialmente nas escalas “Sintomas Emocionais”, “Problemas de comportamento” e “Comportamento pró-social”. As melhorias nestas categorias centram-se na redução das suas preocupações, no

obedecer com maior facilidade ao adulto e na partilha dos seus pertences com os colegas. As restantes escalas, mantiveram as pontuações idênticas à avaliação inicial.

6.9.3 Desenho da pessoa – Draw a person

O DAP foi realizado na sala de Psicomotricidade devidamente preparada para o efeito. No momento da avaliação, a Maria tinha idade cronológica de 9 anos. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 34), revela os resultados obtidos na avaliação inicial e final.

Tabela 34

Resultados da avaliação inicial vs final no DAP da Maria.

	Homem (H)		Mulher (M)		Próprio (P)		Total (H+M+P)	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Valor bruto	26	40	34	43	33	50	93	133
Valor Standard	79	98	93	103	91	116	104	108
Percentil	8	45	32	58	27	86	61	70
Classificação inicial:					“Média”			
Classificação final:					“Média”			

De uma forma geral, através da tabela acima apresentada (ver Tabela 34), é possível perceber que existiram melhorias significativas nos três desenhos realizados pela Maria. Nos desenhos realizados, é possível perceber que existiu uma maior atenção aos pormenores e ao tamanho dos desenhos, essencialmente no desenho do próprio, obtendo a maior classificação (“acima da média”). Os desenhos da figura feminina e masculina obtiveram a mesma classificação que na avaliação inicial (“média”), porém tiveram maior valor bruto. O desenho da figura masculina continua a revelar a pontuação mais baixa dos três desenhos, podendo ser justificado pela falta de referência. Para além disso, demonstrou a distinção clara entre género. Os desenhos realizados pela Maria encontram-se em anexo (ver anexo VIII.2).

De uma forma geral, foi visível maior disponibilidade psicocorporal e maior colaboração para a realização das tarefas propostas, revelando uma maior entusiasmo e maior segurança. Assim, é possível afirmar que existiu uma melhoria na consciência corporal, bem como na imagem e esquema corporal.

6.9.4 Subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II

O subteste Estátua da Bateria de NEPSY-II foi aplicado na sala de psicomotricidade da UPIA, após a realização dos desenhos do instrumento de avaliação DAP. No momento da aplicação, a Maria tinha idade cronológica de 9 anos. A tabela abaixo apresentada (ver tabela 35), expõe os resultados alcançados nas avaliações inicial e final.

Tabela 35

Resultados da avaliação inicial vs final do subteste Estátua de Nepsy da Maria.

Avaliação	Pontuação
Inicial	28
Final	18

A Maria apresentou um resultado inferior à sua idade cronológica, na avaliação final, correspondendo a uma idade compreendida entre os 3 anos e 6 meses e os 3 anos e 11 meses. A pontuação alcançada foi de 15 pontos, o que é bastante inferior à pontuação obtida na avaliação inicial. Durante a prova, a Maria demonstrou movimentação corporal breve, sendo que nos primeiros 10 segundos não revelou qualquer movimento, bem como entre os 36 e 40 segundos. Assim, foi notória a diminuição da tonicidade corporal, não existindo hipertonicidade. Para além disso, a Maria obteve melhorias ligeiras no controlo de movimentos e na autorregulação, apesar de estarem presentes oscilações corporais.

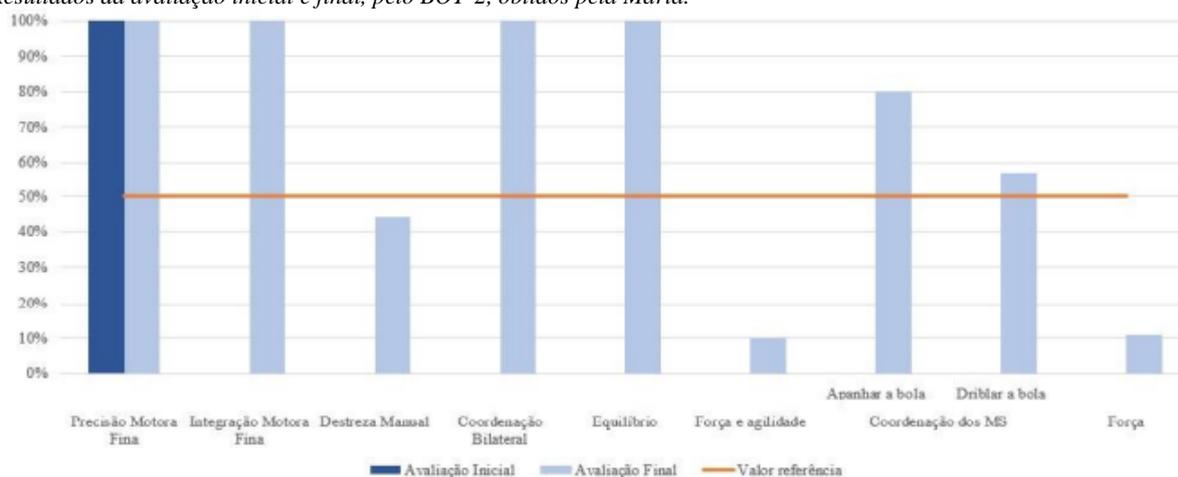
6.9.5 Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição, para a avaliação final, foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devido preparada para a realização de todas as provas. No momento da aplicação, a Maria tinha idade cronológica de 9 anos.

Perante os resultados obtidos na avaliação final, a Maria alcançou uma pontuação de 46 pontos, correspondendo a uma classificação “média”, traduzido num valor standard score de 46 e percentil de 35. Na avaliação final, a Maria realizou todas as tarefas de avaliação deste instrumento, o que não ocorreu na avaliação inicial. O gráfico abaixo exposto (ver gráfico 3), permite perceber os resultados obtidos na avaliação final. Segundo este gráfico, é possível ver que a Maria obteve uma pontuação acima da linha de referência em todas as dimensões avaliadas, à exceção da dimensão destreza manual, força e agilidade e força.

Gráfico 3

Resultados da avaliação inicial e final, pelo BOT-2, obtidos pela Maria.



De uma forma geral, através do gráfico, é possível perceber que, as dimensões acima da linha de referência correspondem à faixa etária da Maria, revelando melhorias significativas. Contudo, apesar das dimensões com valor abaixo da linha de referência não corresponderem à idade cronológica da Maria, também demonstraram ligeiras melhorias. Assim sendo, torna-se fulcral continuar a trabalhar as dimensões destreza manual, força e agilidade e força. Ao longo

da realização das provas, a Maria demonstrou estar colaborante e motivada, com melhor tolerância à frustração e maior resistência ao cansaço.

6.9.6 Torre de Londres

O instrumento de avaliação Torre de Londres, foi aplicado na sala de psicomotricidade do serviço, devidamente preparada. No momento da aplicação, a Maria tinha idade cronológica de 9 anos e 1 mês. Na tabela abaixo apresentada (ver tabela 36), evidencia os resultados obtidos na avaliação inicial e final.

Tabela 36

Resultados da avaliação inicial vs final da Torre de Londres, obtidos pela Maria.

Avaliação	Pontuação
Inicial	20
Final	30

A Maria alcançou uma pontuação final de 30 pontos em 36 pontos possíveis, demonstrando apenas maior dificuldade na oitava e décima segunda situação-problema, onde teve 1 ponto. Na quarta e décima situação-problema alcançou 2 pontos. As restantes situação-problema alcançou a pontuação máxima. Ao longo da prova, a Maria revelou maior resolução de problemas e planejamento mental, estando mais atenta, mais calma e com maior disponibilidade psicocorporal, não revelando cansaço nem movimentos precipitados. Quando confrontada com uma situação-problema com maior grau de dificuldade, mantinha a calma e esforçava-se para alcançar a resolução, demonstrando melhor tolerância à frustração. Assim, a Maria revelou melhor planejamento motor, sequencialização e resolução de problemas.

6.9.7 discussão

Ao analisar os resultados obtidos na avaliação final, é possível perceber que existiram melhorias significativas tanto observação informal como nos instrumentos de avaliação aplicados. Relativamente às evoluções na avaliação informal, é notório que revela uma melhor regulação emocional e social, maior interação social com a terapeuta e com os pares, maior tolerância à frustração, maior autoconfiança, maior responsabilidade das suas atitudes, maior foco atencional e maior empatia com o outro. Estas melhorias podem dever-se à relação estabelecida com a terapeuta e ao aumento da consciência corporal. A relação terapêutica levou a criação de um ambiente seguro, contendor e calmo, onde não existia espaço ao julgamento, fazendo com que a Maria se sentisse valorizada e ouvida, bem como a especial atenção aos seus gostos e interesses. Para Fonseca (2013), a relação terapêutica permite ter uma perspectiva funcional e relacional, havendo uma sintonia entre ambas, potenciando o desenvolvimento holístico do Eu da criança, neste caso, da Maria. Não havendo julgamento, permitiu à Maria o

contacto direto com as suas dificuldades, e com a ajuda da terapeuta, criar estratégias para potenciar o autocontrolo das mesmas (Maximiano, 2004).

No que diz respeito aos resultados alcançados nos instrumentos de avaliação aplicados, é notório que também existiram melhorias significativas essencialmente ao nível da somatognosia, na proficiência motora, no controlo de movimentos e na autorregulação e nas funções executivas (e.g. planeamento motor, execução, sequencialização e resolução de problemas). O recurso das terapias expressivas, das atividades gnosopráticas e as técnicas de relaxação, pode ter contribuído para a evidência destas melhorias, visto que as terapias expressivas e as técnicas de relaxação visam promover a expressividade corporal e a consciência corporal, respetivamente. Através das vivências corporais experienciadas na sessão, foi possível que as atitudes/comportamentos fossem consciencializadas e integradas, de maneira que a Maria possa fazer o *transfer* das aprendizagens para o seu dia a dia e para os contextos onde está inserida (Costa, 2008; Martins, 2011a). Já as atividades gnosopráticas, permitiram a sintonia entre a ação e a atividade, permitindo a Maria “*pensar, sentir, agir, comunicar, assim como, planificar, decidir e executar qualquer comportamento*”, visando a somatognosia e, conseqüentemente, a autoconsciência (Fonseca, 2013, pg.102). Desta forma, ao promover o esquema e imagem corporal, possibilitou a representação e antecipação dos comportamentos, e assim, melhorar o controlo da impulsividade e da agitação psicomotora (Bergès & Bounes, 1985, cit por Martins, 2011a; Probst 2007).

Concluindo, é possível afirmar que existiram evoluções positivas significativas nos objetivos terapêuticos estabelecidos, havendo uma diminuição das áreas/pontos de maior comprometimento da Maria, tanto no contexto familiar como escolar. Estas melhorias tiveram impacto no controlo de movimentos, na interação social, consciencialização da ação, funções executivas e, na consciência e regulação emocional.

CAPÍTULO IV

7-CONCLUSÃO

A escolha para a realização do Estágio Curricular na UPIA resultou do interesse em conhecer e explorar o trabalho realizado nesta unidade, nomeadamente ao nível da psicomotricidade. Do ponto de vista pessoal da estagiária, o estágio neste contexto proporcionou um grande crescimento profissional, uma vez que permitiu, essencialmente, adquirir um amplo leque de informação teórica e prática. No entanto, permitiu, simultaneamente, um grande crescimento pessoal, proporcionando um maior autoconhecimento enquanto terapeuta e também o conhecimento de capacidades e competências pessoais que até então eram desconhecidas. Perante os diferentes casos acompanhados e das recorrentes reuniões de equipa e de intervisão com a orientadora da Universidade de Évora, foi possível maximizar essas competências, e desenvolver outras capacidades, construindo a chamada “intuição profissional” e fazer uma intervenção psicomotora mais ajustada e adequada de todos os casos acompanhados.

O trabalho em equipa multidisciplinar e a relação com os técnicos e profissionais integrados nesta unidade foi rapidamente estabelecida, o que proporcionou uma maior abertura para adquirir conhecimentos e partilhas sobre os casos acompanhados em conjunto, permitindo uma intervenção mais adequada a cada caso. Para além disso, possibilitou também a passagem de diversas estratégias acerca da melhor abordagem tanto com os casos acompanhados como também com as suas famílias, aliança fundamental para o sucesso da intervenção psicomotora. No entanto, para a estagiária, existiu a dificuldade em fazer uma clivagem entre a vida pessoal e com a vida profissional, uma vez que o impacto dos casos e da consequente intervenção era transportado para o período não laboral.

Este transfer para a vida pessoal traduz o facto de as sessões com os casos acompanhados, essencialmente individualmente, serem bastante desafiantes, face aos problemas de comportamento demonstrados pelos mesmos, uma vez que era difícil gerir emocionalmente o impacto causado na terapeuta estagiária. No entanto, relativamente aos grupos acompanhados, o estabelecimento da relação terapêutica foi mais fácil, sendo que existiu uma maior facilidade em gerir todas as emoções/comportamentos vivenciados tanto pela estagiária como os elementos dos mesmos, uma vez que existiram outras duas técnicas de psicomotricidade nas sessões que ajudavam sempre que necessário, o que proporcionou um enriquecimento profissional através do estabelecimento de estratégias e “conselhos” transmitidos.

Para além disso, através do trabalho em equipa multidisciplinar foi possível conhecer o trabalho de outras áreas da saúde no contexto pedopsiquiátrico, de modo a adquirir conhecimento das mesmas e saber a vantagem e o impacto do trabalho de uma equipa multidisciplinar. Ao adquirir conhecimento de outras áreas, permitiu a partilha de informação acerca da psicomotricidade e quais as suas vantagens em várias patologias e manifestações de sintomas, como na patologia limite e na PDI.

Uma vez que o estágio curricular decorreu durante a pandemia COVID-19, não possibilitou o acompanhamento de grupos da Área de Dia. Desta forma, as psicomotricistas estagiárias tiveram oportunidade de desenvolver um programa de relaxação para os técnicos da UPIA, de modo a proporcionar um momento de pausa, mas também potenciar a consciência emocional e o autoconhecimento de cada participante. O desenvolvimento deste programa, bem como a aplicação das atividades delineadas, possibilitou um crescimento pessoal e autoconhecimento da estagiária, aumentando as suas vivências pessoais e profissionais. Além do supracitado, permitiu a fomentação da relação entre equipa e, mesmo, entre participantes. Após o término deste programa, que coincidiu com o término do período de estágio curricular, as estagiárias criaram diversos pósteres com algumas atividades de consciência corporal e de controlo de respiração, afixados em pontos estratégicos da Unidade, como a receção e a sala de almoço, que permitiu dar continuidade ao trabalho realizado, mas também para incentivar os técnicos a continuar a “tirar um tempo para si”.

Concluindo, ressalta-se que existiu um crescimento global tanto a nível pessoal e profissional, uma vez que, pessoalmente, a estagiária desenvolver maior competência a reagir a obstáculos que iam surgindo, desenvolvendo estratégias para cada obstáculo enfrentado, bem como na consciência e regulação emocional da mesma, desenvolvendo maior capacidade em gerir e lidar os problemas do outro e também o “confronto” com a realidade vivida. A nível profissional destaca-se o facto de a estagiária aprender em trabalhar numa equipa multidisciplinar e como desenvolver a intervenção psicomotora considerando todas as etapas definidas, de modo a ajustar todos os projetos terapêuticos de acordo com a patologia diagnosticada, mas principalmente de acordo com as características intraespecíficas de cada caso acompanhado. Por fim, este estágio permitiu uma reflexão diária e estar em constante readaptações às situações que iam acontecendo, o que foi fulcral para todos os conhecimentos adquiridos.

8-REFERÊNCIAS

- Albrecht, M., Zitta, K., Groenendaal, F., van Bel, F., & Peeters-Scholte, C. (2019). Neuroprotective strategies following perinatal hypoxia-ischemia: Taking aim at NOS. *Free Radical Biology and Medicine*, *142*, 123-131.
- Alexandrine, S. C., & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, *24(95)*, 1–60. https://www.researchgate.net/publication/323280120_Glossaire_International_de_Psychomotricite_Psychomotor_International_Glossary_Glosario_Internacional_de_Psicomotricidad.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, *6*, 56-64.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5 (5th ed.)*. Climepsi.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The Tower of London Test: Validation and standardization for pediatric populations. *Clinical Neuropsychologist*, *10(1)*, 54-65.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The Tower of London Test: Validation and standardization for pediatric populations. *Clinical Neuropsychologist*, *10(1)*, 54-65.
- Antunes, A. L. S. F. (2015). Estudo comparativo dos benefícios de um programa de intervenção psicomotora entre indivíduos com e sem dificuldades intelectuais e desenvolvimentais ao nível do comportamento adaptativo e da proficiência motora. Tese de Mestrado em Educação Especial domínio Cognitivo e Motor. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.
- Antunes, R., Silva, F., & Afonso, S. (2014). Estratégias práticas para o dia a dia. In Mergulhão, M., & Dimas, M. (Ed.). *Hiperatividade e Défice de Atenção (2ª Edição)*, pp: 53-81. Lisboa: Verso da Kapa;
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (s.d.). *Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Retirado de <https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/> no dia 10 de maio de 2021.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicomotricidade. Disponível em: <https://appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Profissionaldos-Psicomotricistas.pdf> retirado no dia 14 de agosto de 2022.
- Aucouturier, B. (2010). *As Dificuldades de Comportamento e Aprendizagem: A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para o acompanhamento*. Lisboa: Coisas de Ler e Trilhos Editora.
- Aucouturier, B. (2010). *As Dificuldades de Comportamento e Aprendizagem: A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para o acompanhamento*. Lisboa: Coisas de Ler e Trilhos Editora.
- Bach, B., & Farrell, J. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatric Research*, *259*, pp: 323-329. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.039> ;
- Ballouard, C. (2008). *L'aide memoire psychomotricité: 25 notions clés (1st ed.)*. Dunod.
- Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Dunod.

- Barrias, P. (2014). Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 1-8. Lisboa: LIDEL.
- Berger, M. (2001). *A Criança Instável*. Tradução de Maria Fernandes. Lisboa: Climepsi Editores;
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. M. G. de A. Fernandes & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 132–162). Manole.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*, pp: 132-162. São Paulo: Editora Manole;
- Boski, S. (1990). *A relaxação activa na escola e em casa*. Paris: Copyright, Ed.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 710.
- Bradley, R., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 1006-1019.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação (2.ª Edição)*. Lisboa: Coisas de Ler;
- Brazelton, T. (2006). *O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos (9.ª ed.)* (M. M. Peixoto, Trad.). Lisboa: Editora Presença. (Trabalho original em inglês publicado em 1992).
- Bruininks, R., & Bruininks, B. (2010). *Bruininks-Oseretsky: Test of Motor Proficiency, Second Edition - Brief Form*. Bloomington: Pearson.
- Bruininks, R., & Bruininks, B. (2010). *Bruininks-Oseretsky: Test of Motor Proficiency, Second Edition - Brief Form*. Bloomington: Pearson.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A psicomotricidade*, 6, pp. 73- 78.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança-Psicomotricidade relacional*. Lisboa. Trilhos Editora.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora;
- Costa, L. M. D. (2015). Corpo e psicomotricidade na emergência da vida psíquica. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 39, 57-66.
- Deitz, J. C., Kartin, D., & Kopp, K. (2007). Review of the Bruininks- Oseretsky test of motor proficiency, (BOT-2). *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 27(4), 87-102.
- Duarte, M. I. F. (2012). *Estudo das respostas neuropsicológicas associadas à utilização de campos magnéticos cerebrais no córtex pré-frontal em sujeitos normativos (Doctoral dissertation)*.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Alves, M., Silva, P., Comparada, S., Mota, F., Amaro, M., & Pires, P. (2012). Conversas entre famílias. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 33, 53–62.

- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia* (5.^a ed.) (L. M. Neto, S. B. Santos, M. F. Perloiro, M. M. Azevedo, Trad.). Lisboa: McGraw-Hill. (Trabalho original em inglês publicado em 1999).
- Fernandes, J. M. G. D. A., Gutierrez Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. D. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709.
- Fernandes, J. M. G. de A. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 19–28). Wak Editora.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL—CARACTERIZAÇÃO DE UMA CONSULTA DE PSICOMOTRICIDADE INTEGRADA NUM SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (41), 41-57.
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2000). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Fonseca, V. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In Fonseca, V., & Martins, R. (Eds). *Progressos em Psicomotricidade*, pp: 13-28. Lisboa: Edições FMH;
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora;
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus factores* (3^a Edição). Lisboa: Âncora Editora;
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.
- Fonseca, V. (2013). *A organização Práxica e Dispráxia na criança: abordagem neuropsicomotora às dificuldades de coordenação* (1st ed.). Âncora Editora.
- Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15,390-402.
- Freitas, P., & Malpique, C. (2014). A Entrevista Clínica em Pedopsiquiatria. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 15-23. Lisboa: LIDEL;
- Freitas, P., & Malpique, C. (2014). A Entrevista Clínica em Pedopsiquiatria. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 15-23. Lisboa: LIDEL;
- Giromini, F., & Lesage, B. (2015). Méthodes à médiation artistique. In F. Giromini, J.- M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De boeck solal.
- Guiose, M. (2003). Fondements théoriques et techniques de la relaxation. In *Rapport, médecine Faculty de* (pp. 21-23). Paris-VI university.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques* (2nd ed.). Heures de France.
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e autodestrutividade na relação Psicoterapêutica* (1^a ed.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês)

- Agressivity, narcissism and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship. New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders, 2004).
- Kernberg, P. Chazan, S. (1992). Crianças com transtornos de comportamento: Manual de Psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Korkman, M., Kemp, S. L., & Kirk, U. (2001). Developmental assessment of neuropsychological function with the aid of the NEPSY. In A. S. Kaufman, & N. L. Kaufman, Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: Psychological assessment and evaluation. United Kingdom: Cambridge University. ISBN 0 521 65840 3 (pb).
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2007). NEPSY II: clinical and interpretive manual, (2nd ed ed.). Harcourt Assessment, PsychCorp.
- Krikorian, R., Bartok, J., & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: A standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(6), 840–850. <https://doi.org/10.1080/01688639408402697>.
- Lawrence, K., Allen, J., & Chanen, A. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognitive Therapy and Research*, volume 35, pp: 30-39. Doi: 10.1007/s10608-009-9292-4;
- Li, X., Jiang, X., & Zhao, P. (2021). Effects of Pregnancy Anesthesia on Fetal Nervous System. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 523514.
- Llinares, M. L., & Rodriguez, J. S. (2008). Recursos Y Estrategias en Psicomotricidad. Ediciones Aljibe.
- Mañeru, C., & Junqué, C. (2002). Déficit cognitivos en la asfíxia perinatal. *Revista de neurología*, 34(12), 1171-1177.
- Marcelli, D. (2005). Infância e psicopatologia (1st ed.). Climepsi Editores.
- Martinec, R. (2013). Dance movement therapy in the concept of expressive arts-therapy. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 143-153.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*, pp. 29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2011a). *Progressos em Psicomotricidade: A relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental- O corpo como ponte entre a emoção e a razão*. FMH edições.
- Matias, A. R., & Morais, A. (2011). *La Psychomotricité au Portugal*.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. (Ed.) Climepsi Editores, Lisboa: Portugal.
- Mendonça, M. (2003). João dos Santos e a Saúde Mental Infantil. *Interacções*, pp. 91- 111
- Misès, R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (5ª Edição)*. Rennes Cedex: Presses de l'École de Hautes Études en Santé Publique.

- Mota, C. P., Ferreira, T., & Costa, M. (2022). Vinculação aos pais e as aspirações de vida na adolescência: O efeito mediador da sintomatologia depressiva. *PSICOLOGIA*, 36(1), 71-81.
- Naglieri, J. A. (1988). DAP: Draw a Person, a Quantitative Scoring System Manual. The Psychological Corporation.
- Neves, N., & Aflalo, A. (2014). Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. In Monteiro, P. (Coord). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, pp: 1-8. Lisboa: LIDEL.
- Oliveira-Souza, R., Ignácio, F. A., Cunha, F. C., Oliveira, D. G., & Moll, J. (2001). Contribuição a neuropsicologia do comportamento executivo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59, pp. 526 - 531 DOI: 10.1590/S0004-282X2001000400008.
- Pereira, R. C. (2015). Intervenção psicomotora nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais: CAO, CECD Mira-Sintra. Tese de Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.
- Piešová, M., & Mojmír, M. A. C. H. (2020). Impact of perinatal hypoxia on the developing brain. *Physiological research*, 69(2), 199.
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. *Occupational Therapy*. pp. 25-48. Zagreb: InTech open science. Doi: 10.5772/intechopen.68315;
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1), 105-113.
- Rigal, R. (2010). *Éducation motrice et l'éducation psychomotrice au préscolaire et au primaire* (1st ed.). Québec: Presses de l'université du Québec.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Roque, G. C. R. (2017). *Efeitos de uma intervenção terapêutica de massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas*. Tese de Mestrado em Psicomotricidade. Universidade de Évora.
- Sá, E. (2003). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. Lisboa: ISPA.
- Santos, G. D. (2022). Terapias expressivas. Um via na formação do psicomotricista. In Veiga, G., Fernandes, J., Mira, A. R., & Marmeleira, J. (2022). *Psicomotricidade – reflexões, contexto e mediadores*.
- Santos, J. d. (2007). *Ensinaam-me a Ler o Mundo à Minha Volta*. Lisboa: Assírio & Alvim. Saúde e Ambiente Backup, 2(2).
- Scialom, P. (2015). Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Silva, J. R. D. (2014). *Intervenção Psicomotora nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Centro de Transição para a vida Adulta e Ativa da CERCILisboa*. Tese de Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

- Specka, M., Weimar, C., Stang, A., Jöckel, K.-H., Scherbaum, N., Hoffmann, S. S., Jokisch, M. (2021). Trail Making Test Normative Data for the German Older Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/acab027.
- Stone, M. H. (2019). Borderline personality disorder: clinical guidelines for treatment. *Psychodynamic psychiatry*, 47(1), 5-26.
- Strecht, P. (2003). *Interiores: Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of clinical neuropsychology*, 19(2), 203-214.
- Valente, P., Santos, S., & Morato, P. (2011). A Intervenção Psicomotora como um sistema de apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A psicomotricidade*, 14.
- Van 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>.
- Veiga, G. (2022). Corpo e emoção. O papel das intervenções de mediação corporal no bem-estar emocional. In Veiga, G., Fernandes, J., Mira, A. R., & Marmeleira, J. (2022). *Psicomotricidade – reflexões, contexto e mediadores*.
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In *Multiple approaches to the study and intervention in stress. Proceedings of the International Seminar. Évora, Portugal*.
- Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção—intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes.
- Veiga, G., Neto, C., & Rieffe, C. (2016). Preschoolers’ free play: connections with emotional and social functioning.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupo de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. J. (2016). *Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: Trilhos Editora
- Winter, D., Koplin, K., & Lis, S. (2015). Can’t stand the look in the mirror? Selfawareness avoidance in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, PP: 323-329. Doi: 10.1186/s40479-015-0034-9.

9. ANEXOS

9.1 Anexo I – Declaração do consentimento informado
Declaração de consentimento informado

Eu, abaixo assinado, _____,
responsável por, _____,
tomei conhecimento de todo o processo transmitido e aceito/autorizo a participação no programa de intervenção, passando pela avaliação e intervenção psicomotora, onde toda a natureza e benefícios do processo me foi comunicado. Esta comunicação partiu da aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e integrada no Mestrado em Psicomotricidade, recebendo a devida orientação por uma técnica local e por uma docente orientadora responsável da Unidade de Évora.

Ainda assim, tomei conhecimento do estudo em que este caso pode ser integrado, podendo haver uma recolha através de formato digital (vídeo e fotografias), tendo em consideração a preservação de toda a confidencialidade, tanto da identificação como todos os dados recolhidos. A finalidade de todos os dados recolhidos apenas se destina à investigação científica.

Tenho toda a liberdade em querer colocar todas as questões que me sejam pertinentes para a realização do programa de intervenção. Caso queria interromper/recusar participar no mesmo, posso fazê-lo em qualquer momento, sem qualquer constrangimento pessoal. Assim, tendo em consideração todas as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que a participação em todo o processo que me foi proposto.

_____, ____ de _____ de _____

Assinaturas:

Aluna: _____

Orientadora Local: _____

Docente orientadora responsável da UÉ: _____

Assinatura do responsável pelo participante: _____

9.2 Anexo II – Exemplo de um planeamento de sessão - Programa de Relaxação Terapêutica

Sessão nº5

Atividade	Descrição	Material	Duração
Diálogo inicial	- Iniciar uma conversa sentados em círculo.	- Almofadas.	3-4 min.
Consciencialização corporal	- Em pé, com os membros inferiores ligeiramente afastados, associar o movimento de estiramento corporal e com a respiração, ou seja, com a inspiração alongar o corpo e com a expiração, ficar de cócoras e efetuar breves balanceamentos com as pernas. (Exercício 3: Relaxação ativa de Boski).	- Velas; - Colchões; - Folha do guião.	5 min.
Dissociação muscular	- Deitados, é induzida a postura de relaxamento, através de uma lista de verificação comportamental. Deve ser adquirida esta postura, consoante são enumeradas as partes corporais. <ul style="list-style-type: none"> • Pés: caídos lateralmente; • Mãos: dedos suavemente curvados; • Corpo: sem movimento; • Ombros: caídos, ao mesmo nível, apoiados no colchão; • Cabeça: parada e voltada para cima; • Boca: maxilares separados e lábios relaxados; • Garganta: sem atividade; • Respiração lenta e suave; • Voz: em silêncio; • Olhos: ligeiramente fechados. 	- Colchão; - Folha do guião.	7 min.
Diálogo Final	- O grupo senta-se em círculo e as terapeutas solicitam que comentem como se sentiram, as dificuldades que tiveram e o que gostaram mais e menos, justificando.	- Almofadas.	3-4 min.

Anexo II. 1 – Póster afixado na UPIA – Programa de Relaxação terapêutica



JÁ RELAXOU HOJE?

AQUI FICAM ALGUMAS SUGESTÕES DE ATIVIDADES QUE PODEM SER REALIZADAS NO QUOTIDIANO, DURANTE UMA PAUSA.



Posição: sentados, com os pés assentes no chão e com a postura alinhada.

- Esfregar uma mão na outra, até ficarem quentes.
- Quando estiverem quentes, colocá-las sobre as pálpebras. Realizar uma massagem suave, podendo fazer uma cruz, um oito horizontal, um círculo em diferentes direções. Repetir 5/6 vezes.

Posição: em pé, com as pernas afastadas à largura da cintura e com a postura alinhada.

- Levantar os braços até à linha dos ombros, com as mãos relaxadas e com os cotovelos ligeiramente dobrados.
- Ficar nesta posição por breves instantes e, subitamente, deixar os braços cair lateralmente. Deixar os braços balançar naturalmente.
- Aquando a imobilidade total, repetir 3 vezes. Tomar consciência de como sente os seus ombros.

Nota: Pode tentar associar a respiração a este movimento, ou seja, ao inspirar elevar os ombros e ao expirar deixar cair.



Posição: em pé, com as pernas afastadas à largura da cintura e com a postura alinhada.

- Fletir o tronco para a frente, tendo os braços e a cabeça totalmente relaxados.
- Subir o tronco até à posição inicial, sendo que cabeça é a última parte a subir. Deixar os braços balançar naturalmente. Tomar consciência das alterações que o corpo vai sentindo. Repetir 3 vezes.

Nota: Pode tentar associar a respiração a este movimento, ou seja, ao inspirar elevar o tronco e ao expirar deixar cair.

9.3 Anexo III – Caso “Miguel”

Anexo III. 1 – Tabela de acompanhamento do “Miguel”.

Identificação	Idade: 6 anos; Género: Masculino; Escolaridade: 1.º ano.
Motivo de encaminhamento	Criança com dificuldades de concentração e atenção, na socialização, e interação com os pares devido à agitação psicomotora e comportamentos de oposição e agressividade, essencialmente em contexto familiar e escolar, e contacto indiferenciado. A agressividade é, sobretudo, direcionada aos pares. Tem dificuldades ao nível do cumprimento de regras e limites, momentos de ansiedade, instabilidade no contexto familiar, imaturidade psicomotora e emocional. <u>Hipótese de diagnóstico: Instabilidade psicomotora.</u>
Anamnese	Vive com a mãe e com o irmão mais novo (1 ano e 6 meses). Nasceu de uma gravidez não planeada e de uma gestação de risco, devido à insuficiência cardíaca por parte da figura materna. A mesma revelou que era um bebé bastante agitado. Nasceu de uma gestação superior às 40 semanas, de parto eutócico, na postura sentada, bastante doloroso, sem epidural, com 4,120 kg e 52 cm. Ao nível do desenvolvimento não existe muita informação, à exceção que iniciou a marcha antes de atingir os 12 meses, muitas cólicas, e parou de usar chupeta aos 2 anos. Relativamente à alimentação, apenas recebeu leite materno 4 dias, devido à hospitalização da mãe, iniciando logo o suplemento. Ficou aos cuidados da avó materna aquando do internamento da mãe. Ao nível linguístico, apresentava alguma gaguez e falava excessivamente, que vai de encontro à situação atual. O controlo dos esfíncteres diurno ocorreu aos 2/3 anos, quando foi para a pré-escola, e noturno ocorreu mais tarde. O sono sempre evidenciou fragilidades, devido à sua agitação, pesadelos, fala e acorda, sentindo medo, e quando acontece, vai dormir com a mãe ou liga a TV. Faz bastante resistência ao sono. O “Miguel” passou pela separação dos pais, sendo que era muito difícil ir para a casa do pai. O pai sofria de alcoolismo, mesmo durante o período de gestação do “Miguel”, o que foi motivo de stress para a mãe. Desde a gravidez do irmão do “Miguel”, que a mãe começou a reparar que o “Miguel” demonstrava comportamentos agressivos (pontapés na barriga da mãe), agitação psicomotora, fraca tolerância à frustração, falta de concentração, muitas mentiras, e muito impulsivo. Tem dificuldade na socialização e interação com os pares e adultos, não sabendo interagir e fazendo birras constantes, e acaba por estar sozinho. Nas brincadeiras, a mãe refere que tem uma postura de poder e gosta de controlar tudo. As suas brincadeiras preferidas são brincar com os seus brinquedos, jogar telemóvel, ouvir música, desenhar e cantar. Segundo a mãe é muito próximo dela, tendo bastante medo de a perder, porém desafia-a muito e abusa na confiança. Fraca autonomia. Foi para o infantário aos 4 meses, ficando até à entrada na escola primária aos 6 anos. Frequenta o 1º ano de escolaridade. Toma medicação. A mãe define o “Miguel” como um menino irrequieto, malcriado, violento, gosta de ser o centro das atenções, amável e sentimental (não da melhor maneira).
Avaliação inicial	Observação informal: contacto artificial, intrusivo e muito solícito. Interfere com tudo e “cola-se” à terapeuta. Os seus movimentos demonstram ser autoconfiantes e dominantes, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha constantemente e não consegue lidar com isso. Para além disso, os seus movimentos podem ser caracterizados por: desinibidos, imprudentes, precipitados, desconcentrados e impulsivos. Os movimentos são intensos para as atividades, já estando ocupado antes da explicação da atividade ainda não ter terminado e tem dificuldade em permanecer sentado durante a conversa final. Movimenta-se de forma violenta, esbarrando com tudo e todos, ficando sem fôlego e necessita de sossegar durante um pouco tempo. Não consegue permanecer na atividade até ao final e distrai-se facilmente com estímulos externos. As suas expressões faciais são extremas. Fala excessivamente e rápido, não conseguindo estar em silêncio. Não respeita as regras nem acordos e desafia as decisões da terapeuta. SDQ: A cotação final alcançada foi de 34 em 40 pontos possíveis, sendo atribuída uma classificação “anormal”. As cinco escalas inerentes a este questionário (sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social) obtiveram classificação “anormal”. A professora titular também respondeu ao mesmo questionário, onde a pontuação final obtida foi de 28 em 40 pontos possíveis, alcançando uma classificação “anormal”. As escalas sintomas emocionais e hiperatividade obtiveram classificação “anormal” e as restantes escalas (problemas de comportamento, problemas com os colegas e comportamento pró-social) obtiveram classificação “limítrofe”. DAP: Alcançou uma classificação final “borderline”, equivalente a uma idade de 5 anos e 7 meses. Os desenhos do Gabriel, globalmente, estão todos muito idênticos, elaborados no centro da folha e bastante reduzidos, face ao espaço disponível na folha de registo. O desenho da figura feminina e do próprio obtiveram a mesma pontuação (classificação “borderline”) e o desenho da figura masculina obteve uma pontuação mais elevada (classificação “abaixo da média”). Trail Making Test: Realizou a prova A, devido à sua idade, efetuando a mesma em 58 segundos, sem erros de ligação. Prova da Estátua da Bateria Nepsy-II: Alcançou 6 pontos em 30 possíveis, não obtendo o score mínimo deste subteste. Aquando da realização, esteve maioritariamente presente as oscilações gravitacionais (movimento corporal) e a vocalização, à exceção do intervalo 46 segundos – 55 segundos, que não ocorreu nenhuma ação. BOT-2: Obteve uma pontuação 36 pontos, correspondendo a uma classificação “média”. Alcançou a

	pontuação máxima nas tarefas de precisão e integração motora fina (à exceção da prova de traçar o caminho – apresentou um erro), coordenação bilateral (tocar no nariz), e equilíbrio. Obteve pontuação nula nas provas de coordenação dos membros inferiores (apanhar a bola) e da força. Relevou uma postura Hipertônica.
Motivo da interrupção	A intervenção terminou a pedido da mãe, uma vez que, antes de terminar a intervenção, mudou de residência que impossibilitava a presença nas sessões de Psicomotricidade. As sessões tiveram início a 5 de janeiro de 2021 e término no dia 8 de junho de 2021, contemplando 18 sessões. Contudo, existia a necessidade de continuar a intervenção.
Legenda:	SDQ: Questionário de Capacidades e de Dificuldades; DAP: Desenho da pessoa; BOT-2: Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky, 2ª Edição;

Anexo III. 2 – Projeto terapêutico do “Miguel”

PROJETO TERAPÊUTICO		
PERFIL INTRAINDIVIDUAL		
Áreas/Comportamentos fortes	Áreas a potenciar	
Disponibilidade psicocorporal; Empatia; Colaboração; Iniciativa para as atividades;	Motivação; Conhecimento cinestésico; Lateralidade; Criatividade; Linguagem recetiva.	Atenção/concentração; Diminuição da agitação psicomotora; Controlo da impulsividade; Planeamento motor; Mentalização; Autoconfiança e autoestima; Competências sociais; Tonicidade; Equilíbrio; Estruturação temporal; Esquema corporal e Noção direita-esquerda; Praxia global e fina.
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Adequar a tonicidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a tensão muscular, estimulando a passividade corporal. • Promover a consciência dos diferentes estados tónicos; • Diminuir a agitação psicomotora; • Estimular o controlo respiratório.
	Promover o equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o equilíbrio estático.
	Melhorar a somatognosia.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a consciencialização corporal; • Promover o esquema corporal, através da representação gráfica do corpo; • Estabelecer a noção dos seus limites corporais; • Desenvolver a criatividade e expressividade corporal; • Estabelecer a noção dos seus limites corporais; • Potenciar a noção direita-esquerda.
	Promover a estruturação temporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar a organização temporal; • Aumentar a capacidade de sequencialização.

	Melhorar a Praxia Global.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o controlo adequado da bola; • Promover a coordenação óculo-manual; • Desenvolver a associação/dissociação de movimentos dos membros superiores e inferiores.
	Melhorar a Praxia Fina.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a destreza manual.
Cognitivo	Estimular as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar a capacidade de concentração; • Aumentar os períodos de atenção; • Promover o planeamento da ação e organização das tarefas; • Aumentar a consciencialização da ação; • Estimular a imaginação e criatividade, procurando potenciar o jogo simbólico.
	Promover a comunicação verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar a capacidade de partilha de sentimentos/emoções; • Promover a capacidade de esperar pela sua vez para falar.
Emocional – Social	Promover a regulação emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência dos estados emocionais; • Diminuir a impulsividade; • Diminuir os estados ansiosos; • Aumentar a capacidade de autocontrolo, diminuindo os comportamentos agressivos; • Potenciar a tolerância à frustração.
	Maximizar a autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar o sentimento de autocompetência; • Diminuir as inseguranças; • Estimular a autoconfiança.
	Promover socialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar do próprio comportamento; • Promover a relação com o outro; • Desenvolver o prazer na relação com o outro; • Promover o cumprimento de regras.
Técnicas utilizadas ao longo da intervenção	Jogo livre com foco na relação terapêutica e nas atividades sugeridas pelo caso. Técnicas de relaxação e algumas atividades gnósico-práticas.	
Acerca da intervenção	<u>Tipologia, frequência e duração da sessão:</u> uma vez por semana, 45 minutos; <u>Local de intervenção:</u> sala polivalente da unidade de pedopsiquiatria.	

9.4 Anexo IV–Tabela dos casos que desistiram dos grupos

Caso e motivo de encaminhamento	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p>RB. – 15 anos Género feminino</p> <p>Recusa escolar; défice cognitivo; funcionamento borderline.</p>	<p>Apresentava um contacto apático, retraído/inibido, não tendencioso e inacessível. Não mostrava interesse nem reagia perante o contacto com os pares, sendo que apenas comunicava quando solicitado. Revelou falta de autoconfiança, não tomando iniciativa para as atividades e realizando-as por imitação. Procurou constantemente aprovação, através do olhar estabelecido com as terapeutas. Demonstrou movimentos controlados, pouco dinâmicos, movimentando-se pouco e a sua participação era esporádica e passiva, necessitando de incentivo constante. Apresentava hipertonicidade e hipoflexibilidade. Demonstrou bastante dificuldade em relaxar, com movimentos rígidos e de pequena amplitude. Revelou falta de expressividade e dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras, sendo que a sua postura e expressão corporal variava pouco ao longo das sessões e das atividades. Apresentava um tom de voz audível, tendo um discurso breve e pouco investido, e um contacto ocular intrusivo. Sabia as regras e cumpria-as ajustadamente, revelou uma regulação social apropriada. Não era competitiva, nem tinha elementos de referência.</p>	<p>_____</p>	<p>Integrou o grupo na terceira sessão. Não foi realizada avaliação final visto que abandonou o grupo na vigésima sessão, tendo faltado anteriormente a 5 sessões.</p>
<p>AL. – 15 anos Género masculino</p> <p>Dificuldade na regulação comportamental, na atenção e concentração; baixo aproveitamento escolar; rigidez de pensamento; pouca capacidade de escuta; impulsividade.</p>	<p>Apresentava um contacto não tendencioso e sem investimento. Afastava-se do grupo, não procurando contacto com os pares nem com as terapeutas, apesar de em algumas atividades ajudar. Era independente nas atividades, adquirindo uma postura dominante e autoconfiante. Apesar de participar em todas as tarefas propostas, demonstrou uma postura passiva e desinteressada, pouco dinâmica, movimentando-se pouco. Apresentava dificuldade em relaxar, revelando uma postura hipertónica. Tinha controlo do próprio corpo e ajustava os movimentos às atividades. Revelou inexpressividade e dificuldade em expressar os pensamentos/vivências por palavras. Apresentava um tom de voz audível. Comunicava pouco, sendo que apenas o fazia quando solicitado, ou para reclamar de algum aspeto. O seu discurso era adequado e, por vezes, desviava o contacto ocular. Conhecia as regras e cumpria-as, apesar de por vezes questionar as terapeutas. Não era competitivo, nem tinha elementos de referência.</p>	<p>_____</p>	<p>Integrou o grupo na terceira sessão. Não foi realizada avaliação final visto que apenas esteve presente em 6 sessões.</p>
<p>FH. – 12 anos Género masculino</p> <p>Alteração do comportamento com núcleos psicóticos muito presentes; problemas de autorregulação; impulsividade.</p>	<p>Estabeleceu um contacto intrusivo e solícito. Revelava alguma ansiedade e tinha necessidade de estar constantemente a falar e ser o foco das atenções. Os movimentos eram por norma excessivos e intensos, e era evidente alguma irrequietude/agitação. Apresentou hipertonicidade e dificuldade em relaxar, com movimentos rígidos, desajeitados, desinibidos e imprudentes, e de pequena amplitude, revelando alguma impulsividade. Tinha dificuldades no controlo do movimento. Distraía-se facilmente com fatores externos à sessão e com os pares, havendo muitas vezes conversas paralelas. Era expressivo e muito comunicativo. Quando entrava em diálogo, gesticulava com as mãos de forma ligeiramente exagerada tendo em conta o seu discurso e exagerava na expressão corporal. Apresentou tom de voz alto, um ritmo do discurso rápido e contacto ocular adequado. Falava constantemente, não se conseguindo manter o silêncio, interrompendo os outros. Revelava dificuldade em expressar as suas emoções e em aguardar pela sua vez para falar. Demonstrou já estar incluído no grupo, tendo preferência pelo seu colega MR.. Não era competitivo.</p>	<p>_____</p>	<p>Integrou o grupo na primeira sessão. Não foi realizada avaliação final visto que apenas esteve presente em 8 sessões, sendo a sua assiduidade intermitente. Contudo, a sua postura não sofreu muitas alterações ao longo da intervenção, tendo sido observado maior preocupação com os pares, valorizava o trabalho em equipa e dava opiniões e sugestões mais pertinentes.</p>

9.5 Anexo V–Exemplo de plano de sessão do grupo

Planeamento Sessão -Grupo II

Data: 18/05/2021

Duração: 45 minutos.

Estratégias: Prosódia; Demonstração; Feedback; Simbolização.

Objetivos gerais:

- Potenciar a coesão grupal;
- Promover a afirmação de cada elemento dentro do grupo;
- Maximizar a empatia.

Atividade	Descrição	Duração
Conversa inicial	Iniciar uma conversa sentados em círculo, onde se faz uma breve apresentação do grupo aos novos elementos. Seguidamente, pede-se para falarem sobre a sua semana e para relembrem o que foi feito na sessão anterior. Se necessário relembrar as regras do grupo. Planear a sessão em conjunto. Perguntar se alguém tem ideia de alguma atividade.	10 min.
Pré-atividade	O grupo anda pela sala em diferentes direções, com música a dar. Quando a música parar, os elementos devem ficar em estátua e reproduzir a posição da imagem mostrada pela terapeuta.	5 min.
Parte Fundamental	<p>Sugestão de atividade: Com recurso ao paraquedas, é feita uma roda e cada elemento, deve pegar uma aba do mesmo.</p> <p>1ª parte: - Com recurso a movimentos de baixar/levantar o paraquedas, são ditas pequenas premissas sobre o gosto/não gosto dos elementos do grupo. Por exemplo, “Eu gosto de praia”, quem gostar de praia deve ficar debaixo do paraquedas e quem não gostar, fica de fora.</p> <p>2ª parte: - São progressivamente adicionadas bolas ao paraquedas, com o intuito de, com movimentos articulados entre o grupo, fazer circular as bolas em roda, sem as deixar cair para fora.</p> <p>3ª parte: - Todos os elementos do grupo e terapeutas vão para debaixo do paraquedas.</p> <p>Sugestão do grupo: Jogo do chão é lava.</p>	10 min.
Relaxação	São espalhadas folhas brancas pela sala. Cada elemento deve ficar junto de uma folha, podendo escolher se prefere estar sentado ou deitado. O objetivo é, caso se sintam confortáveis, fechar os olhos e escutar os barulhos que ouvem, devendo registá-los na folha.	5-10 min.
Retorno à Calma	Solicitar que os adolescentes representem o que sentiram e o que experienciaram ao longo da sessão, através do desenho numa folha branca, utilizando canetas e lápis de cor. Sugestão: colocar música.	5-10 min.
Conversa final	Os adolescentes sentam-se em círculo e o terapeuta pede para comentarem o que foi realizado durante a sessão, como se sentiram e o que gostaram mais e menos, justificando. Solicita-se aos adolescentes alguma sugestão de atividades para a sessão seguinte.	5 min.

9.6 Anexo VI–Exemplo de relatório de sessão de grupo

Relatório Sessão – Grupo II

Técnicas de Psicomotricidade: Joana Elias, Ioana Bodnar e Inês Alexandre

18/05/2021

- Vieram todos. Entraram a IM. e o AS. no grupo.

Chegaram todos ao mesmo tempo e vinham muito agitados. Sentaram-se na roda inicial. O BR. procurou sentar-se ao pé da IM., dando-lhe mais atenção. Ao ser questionado como tinha corrido a semana, de um modo geral disseram que correu bem. A MC., o DS. e a IM. não se pronunciaram. O AS. referiu que fazia anos e por isso, o grupo decidiu cantar-lhe os parabéns.

Foi planeada a sessão em conjunto, sendo que sugeriram o jogo do chão é lava, como tinha ficado estabelecido na semana anterior.

Pré-atividade: todos os elementos participaram. Notou-se uma dificuldade geral no equilíbrio, o que poderá refletir as dificuldades que também existem na regulação emocional. De um modo geral, revelaram um bom controlo inibitório, conseguindo ficar estáticos quando a música parava. Para além disso, o grupo revelou dificuldades ao nível da noção do corpo, nomeadamente no espelhamento.

Parte fundamental: foi desenvolvido o jogo do chão é lava, sendo adaptado consoante as sugestões das terapeutas. Foram colocados 9 colchões e uma almofada no chão, e tinham de ir de um lado da sala para o outro, todos juntos, sem ninguém cair dos colchões, para a “lava”. De um modo geral, o grupo trabalhou bem em equipa, sendo que o MR. se afirmou como líder. O FH., como tem mais dificuldades em se organizar e em encontrar estratégias para chegar ao objetivo, adotou uma postura protetora. Apesar de haver elementos novos e ser uma atividade que exige muito o toque, estes foram bem integrados e mostraram-se disponíveis para a atividade. O AS. também demonstrou uma postura protetora, no entanto revelou inseguranças e medo de ser deixado para trás, não demonstrando uma postura empática. A MC, a IM., o AC. e o DS. apenas seguiam as instruções do grupo. O JC. e o BR. estavam muito distraídos.

Relaxação: não houve tempo para a relaxação.

Retorno à calma e conversa final: Todos os elementos simbolizaram a sessão, sendo que apenas a MC., a IM. e o DS. se recusaram a partilhar. O BR. referiu que gostou do jogo o chão é lava, porque gostou de ajudar os outros, pelo que o JC. acabou por referir o mesmo. O AC. voltou a reforçar esta ideia, e referiu que foi desafiante. O FH. explicou o seu desenho, referindo que os três demónios/anjos que desenhou eram as terapeutas, por lhes terem dado e tirado

almofadas. Referiu que foi divertido e que gostou de trabalhar em equipa. O MR. explicou o desenho, referindo que tinha adorado o jogo do chão é lava pelo trabalho em equipa, apesar de referir que foi o que trabalhou mais. Após as terapeutas destacarem a ideia de que todos são importantes, todos trabalharam e tiveram a sua função, ele reformulou e disse que foi um dos que trabalhou mais em passar as almofadas/colchões e que houve outros elementos que tiveram a assegurar que ninguém caia para a lava.

Foram sugeridos alguns jogos, como o jogo da cadeira e pistas de obstáculos.

Reflexão: Ao longo da sessão continuam a mostrar dificuldade em esperar pela vez para falar, interrompendo os outros e não respeitando quem está a falar, existindo muitas conversas paralelas. Acolheram bem o novo elemento e envolveram-se muito na sessão. No geral, todos participaram ativamente nas atividades.

AC.: comunicativo, participativo, inseguro, disponível, procura constante contacto com terapeuta.

MR.: liderou o grupo, conversas paralelas, dificuldades acentuadas no equilíbrio, distraia-se facilmente quando estava ao pé do Frederico (conversas paralelas) e destabilizam a sessão, disponível e fez sugestões ao longo da sessão.

BR.: participativo, agitado, conversas paralelas durante as atividades, acolhedor do elemento novo, empático, aparência pouco cuidada.

MC.: dificuldades acentuadas no equilíbrio, dificuldades em compreender algumas instruções, pouco interativa, apesar de demonstrar algum desconforto, envolveu-se nas atividades. Permanecia distante, mas quando se aproximavam dela, não se afastava. Não procurava o toque para se manter em equilíbrio na atividade da parte fundamental, mas deixava-se tocar.

JC.: impulsivo, comportamento de desafiante, sombra do Bruno, participativo nas atividades, distraia-se facilmente e distraia os outros, conversas paralelas durante as atividades. Dificuldade na noção direita-esquerda e ao nível do equilíbrio.

DS.: tímido, inibido, pouco comunicativo, aderiu às atividades propostas, empenhado, não tomava iniciativa, parecia desconfortável.

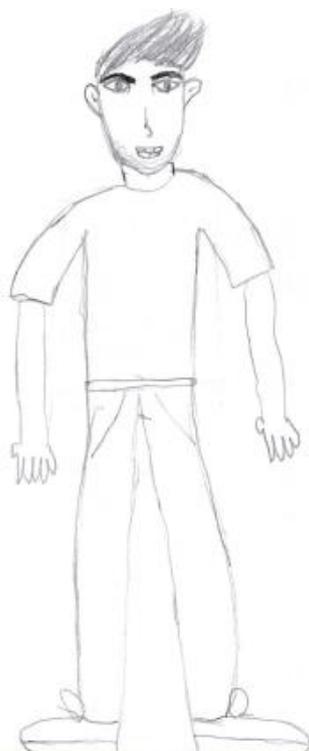
IM.: participativa, inibida, pouco comunicativa, insegura, dificuldade ao nível do equilíbrio, aceitava o toque.

AS.: tomava iniciativa, comunicativo, disponível, participativo, empenhado, protetor, demonstrou medo de ser excluído e ser deixado para trás, insegurança, dificuldade ao nível do equilíbrio.

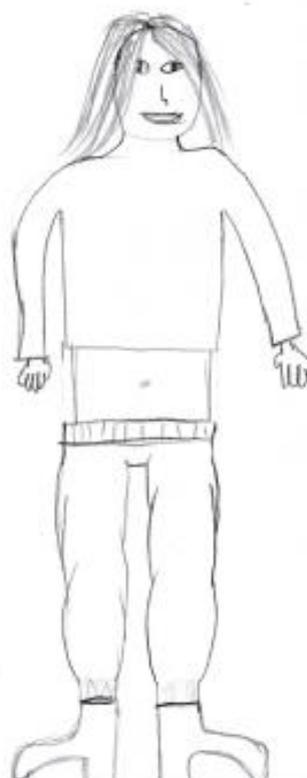
FH.: dificuldades em se organizar e em encontrar estratégias para chegar ao objetivo, adotou uma postura protetora, disponível, conversas paralelas com o Miguel.

9.7 Anexo VII-ESTUDO CASO I

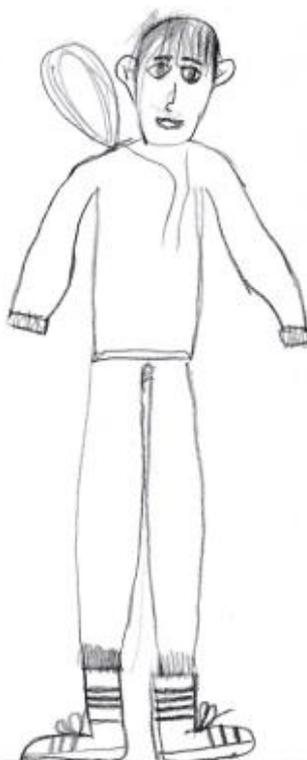
Anexo VII. 1 – Avaliação inicial – DAP



HOMEM



MULHER



O PRÓPRIO

Anexo VII. 2 – Avaliação final- DAP



HOMEM



MULHER



O PRÓPRIO

Anexo VII. 3 – Exemplo de relatório de sessão 1
Sessão nº10 - 17 de março

Nesta sessão (14h/14h45), o Gustavo veio acompanhado pelo pai. Ao subir as escadas até à sessão, a terapeuta ia questionando como estava e o Gustavo apenas respondia de forma breve. Ao chegar à sala, não quis calçar as suas meias e foi para o canto junto à janela como costumava fazer, sugerindo imediatamente o jogo do UNO. Neste jogo, as regras mudavam conforme o Gustavo queria, apesar de a terapeuta tentar estabelecer as regras corretas inicialmente. Porém, quando não eram alteradas as regras de acordo com a vontade do Gustavo, era evidente a fraca tolerância à frustração e a elevada onnipotência.

Nos jogos de UNO realizados, tanto a terapeuta como o Gustavo ganharam, no entanto, o Gustavo mantinha uma expressão corporal monótona quando a terapeuta ganhava ou perdia. Quando era ele a ganhar ou a perder, reagia intensamente, sendo que quando ganhava, a terapeuta festejava com ele, do qual respondia que a terapeuta não estava atenta. Ao longo do jogo, sempre que lhe eram colocadas questionou de carácter pessoal, como por exemplo, como tinha corrido o dia e o que tinha feito na escola, o Gustavo respondia que não queria partilhar, de forma brusca.

Terminando estes jogos, ainda sentados frente a frente no chão, a terapeuta sugeriu o jogo dos 4 em linha, e o Gustavo aceitou de bom agrado. Neste jogo, e mesmo no anterior, caso fosse a vez dele e ele dissesse para a terapeuta jogar, querendo saltar a sua vez, a terapeuta pedia para ele jogar, e ele não jogava, sendo que a terapeuta optou por esperar que ele jogasse, o que acabava por acontecer.

No decorrer da sessão, o Gustavo apresentou um perfil hipertónico, alterando constantemente a sua postura de sentado para deitado ou vice-versa, discurso agressivo, dificuldade de mentalização e dificuldade em manter o contacto ocular (cabelo sempre a cobrir a sua face). Para além disso, revelou bom planeamento e raciocínio lógico (muito estratégica). Ainda é difícil dar estrutura à sessão, com todas as etapas inerentes. Para além disso, a relação terapêutica ainda está a ser estabelecida, havendo ainda uma barreira emocional. A terapeuta, como estratégia face à postura do Gustavo na sessão, deu muita contenção verbal, todavia, pode não ser a estratégia mais adequada, devendo privilegiar a contenção não verbal, ignorando alguns comentários.

No final da sessão, o pai do Gustavo não demonstrou uma postura disponível, não sendo possível abordar com o mesmo o que tinha sido vivenciado na sessão.

*Anexo VII. 4 – Exemplo de relatório de sessão 2*Sessão nº19 – 26 de maio

Nesta sessão (14h/14h45), o Gustavo veio acompanhado pelo pai, estando calmamente a aguardar pela terapeuta, desta vez sem estar a jogar telemóvel. Subiu calmamente até à sala de sessão. Entrou na sala, realizando o ritual de entrada. Sentando-se nas almofadas previamente colocadas pela terapeuta, partilhou que a semana tinha corrido bem, e espontaneamente partilhou as emoções que tinha vivenciado na aula de educação física (alegria porque tinha conseguido realizar uns jogos que anteriormente não tinha conseguido – maior autoconfiança). O seu discurso era coerente e organizado, não sendo notória onipotência nem agitação psicomotora.

Na parte fundamental, tomou a iniciativa e sugeriu jogar futebol com a bola de pilates e também luta de bastões. Na primeira atividade, foram definidas as regras em conjunto com o Gustavo, e foi visível que existiu uma melhor tolerância à frustração, menor competitividade (não havendo pontos/golos contabilizados), maior coordenação óculo-podal e óculo-manual, e melhor controlo corporal, sendo que a noção de direita-esquerda já se encontrada adquirida. Na segunda atividade, foi observado o inverso que até então o Gustavo demonstrava, quer isto dizer que este prestou maior atenção ao cuidado do outro, tendo o cuidado de não fazer movimentos bruscos para não magoar o outro, neste caso a terapeuta. Para além disso, esta luta de bastões rapidamente se tornou numa “dança”, em que os movimentos envolviam todo o corpo harmoniosamente e eram associados ritmos e intensidades, por exemplo movimentos lentos ao tocar no bastão do outro, e também com fraca intensidade (como se estivesse em câmara lenta). Aqui, o Gustavo revelou noção de ritmo e conseguiu adequar o movimento do corpo e a sua expressividade face às instruções da terapeuta, não sendo visíveis sinais de onipotência. Em ambas as atividades, procurou interagir com a terapeuta, demonstrando uma postura empática para com a mesma. Ao longo das atividades, revelou uma postura disponível e participativa, bem como maior comunicação verbal.

No momento de retorno à calma, foram feitos ciclos respiratórios com recurso aos movimentos dos braços (e.g. inspiração – braços para cima, expiração – braços e troncos fletidos). O Gustavo evidenciou harmonia entre os movimentos e os ciclos respiratórios, sendo notória maior regulação tónica.

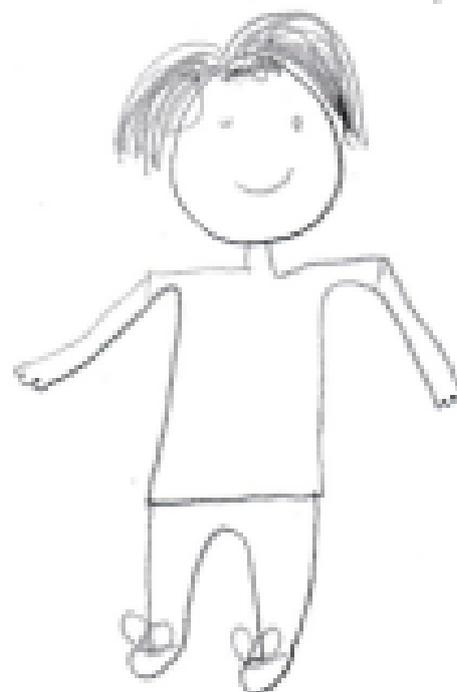
Na conversa final, foi refletida a sessão, destacando a atividade dos bastões por ser uma atividade totalmente diferente do habitual, e foram abordadas as emoções vivenciadas, essencialmente a empatia e alegria. No final da sessão, foi realizado o ritual de saída e o Gustavo desceu calmamente até à sala de espera, indo de encontro com o seu pai.

9.8 Anexo VIII-ESTUDO CASO II

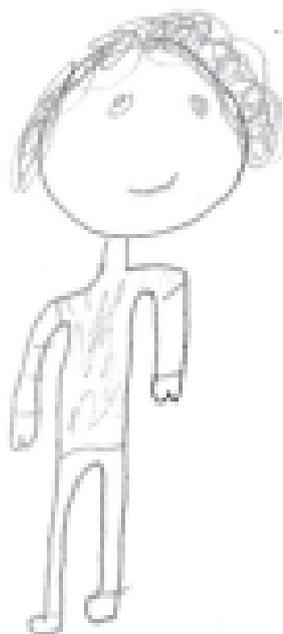
Anexo VIII. 1 – Avaliação inicial – DAP



HOMEM



MULHER



O PRÓPRIO

Anexo VIII. 2 – Avaliação final- DAP



HOMEM

MULHER



O PRÓPRIO

Anexo VIII. 3 – Exemplo de relatório de sessão 1

Sessão nº 7 – 27 de janeiro

Nesta sessão (8h30/9h15), a Maria veio acompanhada pela mãe, estando junto dela a aguardar de forma calma pela sessão. À chegada da terapeuta à sala de espera, a Maria veio para junto da terapeuta, demonstrando alguma ansiedade para vir para a sessão. A subir para a sala de espera, a Maria referiu que tinha vindo de pijama, porque tinha bastante frio.

Ao chegar à sala, realizou o ritual de entrada. Na conversa inicial, referiu que se sentia bem e que estava com saudades da sessão. Disse o que mais fez durante a semana e conseguiu construir um diálogo com a terapeuta.

Na parte fundamental, sugeri fazer uma casa. A terapeuta fez o trabalho com ela ao nível do planeamento, de modo a potenciar essa área. Foi recolhido o material, à escolha da criança, e numa folha branca, foi registado. Este registo facilitou a consciencialização da sessão. Ao construir a casa, foi atribuindo um significado simbólico aos materiais, como alimentos, objetos, entre outros, e também personagens, mais concretamente, que a terapeuta seria sua irmã, podendo significar um jogo simbólico mais regressivo. Demonstrou um bom jogo simbólico, boa capacidade de memória, empatia, e entreajuda, procurando sempre fazer as atividades por si propostas com a terapeuta. O jogo envolveu uma ida às compras, cozinhar, tratar do jardim, entre outros.

No final do jogo, pediu para fazer um momento mais calma dentro da sua casa, procurando contenção, do qual a terapeuta introduziu a relaxação, passando uma bola à escolha da Maria, pelos seus membros superiores.

No final, foi feita conversa final e a Maria arrumou a sala com a ajuda da terapeuta, selecionando inicialmente os materiais de tamanho maior. Ao longo da sessão revelou um perfil hipertónico, boa linguagem recetiva, bastante disponível e colaborante. Desceu apressadamente até à sala de espera.

Anexo VIII. 4 – Exemplo de relatório de sessão 2Sessão nº16 – 07 de abril

Nesta sessão (8h30/9h15), a Maria veio acompanhada pela sua mãe. A Maria esperava ansiosamente pela terapeuta, sendo que assim que a mesma chegou junto dela, levantou-se imediatamente, correndo. A mãe abordou a terapeuta relativamente às melhorias da Maria ao longo das sessões, visto que ela tinha notado que os momentos de zanga eram menores. A Maria não estava junto das mesmas, aguardando junto à porta, por decisão dela. Ao subir até à sala de sessão, referiu que tinha dito à sua mãe que queria que chegasse rapidamente a terça-feira.

Na conversa inicial, referiu que se sentia bem, e que a escola estava a correr bem porque tem aprendido muitas letras. Para além disso, foi abordada a conversa que a terapeuta teve com a sua mãe, de modo a valorizar a sua prestação e também promover a boa relação entre a Maria e a sua mãe.

Para a parte fundamental, sugeriu e tomou a iniciativa para fazer um percurso psicomotor, em que consistia fazer saltos em tesoura, saltar à corda e passar dentro de um túnel, evidenciando o seu gosto pela expressividade corporal. Neste percurso, demonstrou um bom equilíbrio dinâmico, bem como uma coordenação entre os membros. Ao construir o percurso, revelou maior capacidade de planeamento, e antes de iniciar, verbalizou o que era suposto fazer em cada etapa do percurso, melhorando a capacidade de antecipação motora. Procurava sempre que a terapeuta fizesse primeiro que ela, no entanto, a terapeuta sugeriu que fosse ela primeira para a ensinar, como estratégia e potenciando a autoconfiança da Maria. Para além disso, necessitava de bastante reforço positivo, aceitando quando não conseguia efetuar alguma etapa do percurso à primeira, com boa tolerância à frustração. Foi notória agitação psicomotora, podendo dever-se ao entusiasmo da própria atividade. No final, arrumou o material todo e foi tentado fazer retorno à calma utilizando a bola como mediador, mas sem sucesso, havendo muitas reações tónico-emocionais, dizendo que estava a ser desconfortável. Desta forma, foram feitos 3 ciclos respiratórios com recurso ao movimento dos membros superiores (levantar braços com a inspiração e baixar os braços e tronco aquando da expiração), onde foi observado o esforço para seguir as instruções da terapeuta e uma postura hipertónica.

No final, refletiu-se acerca da sessão e a Maria sugeriu fazer um percurso na sessão seguinte. Ao longo da sessão, foi notória disponibilidade psicocorporal, procura pela interação com o outro, e uma participação ativa. Ao descer, foi rapidamente até à sala de espera, dando um abraço à sua mãe.