

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

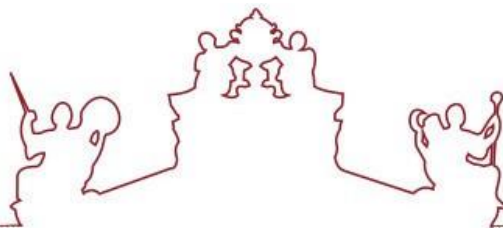
Dissertação

**Intervenção psicomotora em contexto hospitalar num serviço
de saúde mental infanto-juvenil**

Inês Correia Pereira

Orientador(es) / Gabriela Almeida

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

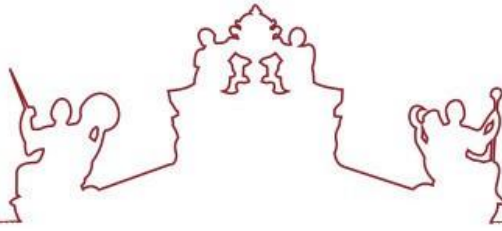
Dissertação

**Intervenção psicomotora em contexto hospitalar num serviço
de saúde mental infanto-juvenil**

Inês Correia Pereira

Orientador(es) / Gabriela Almeida

Évora 2023



A dissertação 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)



“Depois de uma feliz frase construída vem a vírgula e com ela a lição de respeito. Ponto final. Uma bela história com outros desenvolvimentos. Outros personagens.” (Pe. José Maria Furtado, 2012)

Agradecimentos

No decorrer deste percurso e com a concretização do presente relatório, foi possível alcançar mais um sonho, mais uma marcante conquista, que jamais seria possível sem o apoio das pessoas que a meu lado caminharam. Desta forma, quero deixar às mesmas os meus mais sinceros e afetuosos agradecimentos.

Quero agradecer aos meus queridos pais, aos meus pilares, por estarem sempre presentes, por me apoiarem incondicionalmente, por me transmitirem sempre força e coragem, por nunca me deixarem desistir no decorrer deste percurso, por todo o carinho e amor, por fazerem tudo por mim, pela minha felicidade. Ao meu irmão, que ocupará sempre um lugar muito especial no meu coração, agradeço por ser o meu melhor amigo, por me ensinar tanto sobre a vida e por estar sempre presente quando mais necessito dele, com as suas sábias palavras e o seu abraço carregado de amor. À minha Bibis, agradeço por todos os sorrisos e brincadeiras, pelo amor mais puro que transmite, por me mostrar todos os dias a simplicidade de ser criança e feliz. Ao meu namorado, agradeço por todo o suporte, por todas as palavras de conforto e carinho, pela compreensão e preocupação constante, por acreditar em mim e nas minhas capacidades, por estar sempre disponível para me ouvir, confortar e amparar, e acima de tudo, por me mostrar todos os dias o lado bom da vida, de como somos capazes de sair vitoriosos de grandes batalhas e alcançar os nossos sonhos apenas com amor e humildade no coração. A vocês, obrigada por me fazerem feliz todos os dias, por serem significado de conforto, casa, segurança, carinho e felicidade.

Às amigas que Évora me ofereceu, Ana, Cátia, Filipa e Joana, por todo o apoio, pelo carinho que sempre me transmitiram, pelos conhecimentos que adquirimos juntas nestes anos, por todas as aventuras, encorajamento e força com que sempre me presentearam. Um especial agradecimento à Ana e à Cátia, pelo ombro amigo que nunca me foi negado, pela confiança que sempre depositaram em mim, por estarem sempre a meu lado. Grata por esta amizade.

Um agradecimento muito especial à Joana Elias, pelo apoio incondicional, por todos os conselhos e partilhas, por me ter permitido crescer e ter acreditado sempre em mim e nas minhas capacidades enquanto profissional. Agradeço por me ter recebido e integrado na equipa com um enorme carinho, por ter sempre guardado para mim uma palavra de conforto e apreço, por ter sido um excelente e mais puro exemplo do significado de empatia, afeto, amor pelo próximo, simplicidade, dedicação e resiliência.

À professora Doutora Gabriela Almeida, por toda a atenção dispensada, pela disponibilidade total e imediata em me aconselhar e esclarecer perante dúvidas, pela preocupação, ajuda e acompanhamento constante, pelas palavras de conforto que sempre me transmitiu em alturas mais difíceis deste percurso, por todos os conselhos e partilhas de conhecimento e sabedoria. Obrigada por todo o apoio.

A toda a equipa da Unidade de Pedopsiquiatria, por me acolherem e pelo espaço de

partilha que me permitiu crescer e motivar a adquirir mais conhecimento sobre esta área de atuação. Agradeço ainda à Dra. Rosa Esquina pela disponibilidade constante, pela confiança que transmitiu sobre o meu trabalho, pela sua boa disposição e por todo o apoio que nunca me negou. Da mesma forma agradeço à Dra. Ana Paula pela sua amabilidade e preocupação constante sobre a minha posição enquanto estagiária e enquanto ser humano. Grata por todas as partilhas, apoio e compreensão. À minha colega de estágio, por todas as partilhas constantes e ajuda mútua, que compartilhou comigo todas as dúvidas, inseguranças e angústias.

A todas as crianças que tive a possibilidade de conhecer, acompanhar ou que de alguma forma cruzaram comigo no decorrer do estágio, por todos os gestos de carinho, por todos os ensinamentos que proporcionaram o meu crescimento a nível profissional, mas sobretudo pessoal, pois independentemente das suas histórias de vida, sempre me transmitiram coragem e amor. Agradeço também por me fazerem ver a importância de aproveitar e atribuir valor aos mais simples momentos da vida, momentos esses que para muitos de nós são insignificantes e que para estas crianças são marcantes, prazerosos e vivenciados com muita alegria.

Estou imensamente grata a todos os que cruzaram o meu caminho no decorrer deste percurso, que de alguma forma me apoiaram e contribuíram para que esta etapa se concluísse. As palavras serão sempre insuficientes para expressar todo o carinho que recebi. Muito obrigada por tudo.

Por último, agradeço de forma geral a esta experiência, por me ter mostrado o quão importante é colocar sempre a saúde mental em primeiro lugar, o quão importante é valorizar cada momento da vida e cada pessoa que cruza o nosso caminho.

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”

(Maria Júlia Paes de Silva, 2004)

Resumo

Intervenção psicomotora em contexto hospitalar num serviço de saúde mental infanto-juvenil

O presente relatório contempla a descrição das atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade, com lugar numa Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência. O presente relatório de estágio contempla a descrição dos casos encaminhados e acompanhados em psicomotricidade em contexto grupal e individual, bem como as intervenções psicomotoras desenvolvidas individualmente com dois Estudos de Caso diagnosticados com Perturbação de Ansiedade e Mutismo seletivo. Com a intervenção psicomotora verificaram-se evoluções positivas sobre diversos aspetos psicomotores, sobre as competências socio-emocionais, melhoria da aprendizagem escolar, e ainda a diminuição dos sintomas de ansiedade e fragilidades existentes. Nestes dois Estudos de Caso a Psicomotricidade pareceu ser importante, uma vez que permitiu uma maior adaptabilidade destes jovens aos diferentes contextos onde se inserem.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Saúde Mental; Ansiedade; Infância; Adolescência.

Abstract

Psychomotor intervention in a hospital context in a children's mental health servisse

This report includes a description of the activities carried out during the Curricular Internship of the Master's Degree in Psychomotricity, taking place in a Child and Adolescent Child and Child Psychiatry Unit. This internship report includes the description of cases referred and followed up in psychomotricity in a group and individual context, as well as the psychomotor interventions developed individually with two Case Studies diagnosed with Anxiety Disorder and Selective Mutism. With the psychomotor intervention, there were positive developments on various psychomotor aspects, on socio-emotional skills, improvement of school learning, and also, the reduction of anxiety symptoms and existing weaknesses. In these two Case Studies, Psychomotricity seemed to be important, as it allowed these young people to be more adaptable to the different contexts in which they find themselves.

Keywords: Psychomotricity; Mental health; Anxiety; Childhood; Adolescence.

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas.....	x
Índice de Abreviaturas e siglas.....	xi
1 Introdução.....	1
2 Enquadramento Teórico da Prática Profissional.....	3
2.1 Caracterização do serviço	3
2.2 Breve história da Psicomotricidade	4
2.3 A intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil.....	6
2.4 Metodologias e técnicas de intervenção em Psicomotricidade	9
2.5 Descrição da população atendida.....	12
3. Organização das atividades de Estágio	17
3.1. Descrição das atividades de estágio	17
3.1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio.....	17
3.1.2. Progressão das atividades realizadas e nível de autonomia	19
3.1.3. Atividades complementares de formação.....	20
3.2. Intervenção psicomotora no local de estágio	22
3.3. Etapas de intervenção	23
3.4. Descrição dos instrumentos de avaliação	24
3.5. Descrição dos casos acompanhados.....	28
3.5.1. Individualmente.....	29
3.1.1. Grupos	34
4. Estudos de Caso	40
4.1. Estudo de Caso I.....	40
4.1.1. Identificação do caso	40

4.1.2.	Revisão teórica de suporte ao Estudo de Caso.....	41
4.1.3.	Plano de avaliação.....	44
4.1.4.	Resultados da avaliação inicial.....	45
4.1.5.	Elementos critério.....	48
4.1.6.	Hipóteses Explicativas.....	48
4.1.7.	Perfil intra-individual.....	51
4.1.8.	Projeto pedagógico-terapêutico.....	53
	Diretrizes e fundamentação da intervenção.....	53
	Estratégias Específicas.....	57
	Exemplos de Atividades.....	58
4.1.9.	Progressão Terapêutica.....	59
4.1.10.	Avaliação inicial vs. final.....	60
4.1.11.	Discussão/ Análise dos resultados da avaliação.....	66
4.2.	Estudo de Caso II.....	69
a.	Introdução.....	70
b.	Metodologia.....	72
i.	Caraterização do participante.....	72
ii.	Plano de avaliação.....	73
iii.	Procedimentos.....	73
	Elementos critério.....	73
	Hipóteses explicativas.....	73
	Perfil Intra-individual.....	76
	Objetivos terapêuticos.....	76
	Projeto pedagógico-terapêutico.....	76
c.	Resultados.....	81
i.	Avaliação inicial.....	81
ii.	Avaliação inicial vs final.....	83
iii.	Progressão terapêutica.....	86
d.	Discussão/Análise dos resultados da avaliação.....	87

e.	Conclusões	89
f.	Referências bibliográficas	90
5	Conclusão	93
6	Referências bibliográficas	95
7	Anexos.....	xii
7.1	Anexo I: Exemplar da Declaração de Consentimento informado.....	xiii
7.2	Anexo II: Tabelas dos grupos terapêuticos Área de Dia	xiv
7.3	Anexo III: Tabelas dos grupos terapêuticos Hospital de Dia.....	xxxi
7.4	Anexo IV: Exemplos de atividades Estudo de Caso I.....	liii
7.5	Anexo V: Exemplo de um relatório semanal.....	liv
7.6	Anexo VI: Desenhos realizados no DAP pelo Estudo de Caso I.....	lxix
7.7	Anexo VII: Desenhos realizados no DAP pelo Estudo de Caso II.....	lxxi
7.8	Anexo VIII: Exemplos de atividades Estudo de Caso II.....	lxxiii
7.9	Anexo IX: Perfil Intra-Individual Estudo de Caso II.....	lxxv
7.10	Anexo X: Objetivos Terapêuticos Estudo de Caso II	lxxvi

Índice de Figuras

Figura 1. Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes à BPM	62
Figura 2. Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes ao BOT-2	64
Figura 3. Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes à Escala de Autoconceito.....	66
Figura 4. Resultados da avaliação inicial vs final da Beatriz referentes à BPM	84
Figura 5. Resultados da avaliação inicial vs final da Beatriz referentes ao BOT-2	86

Índice de Tabelas

Tabela 1. Calendarização das atividades de estágio	18
Tabela 2. Horário das atividades de estágio	19
Tabela 3. Descrição da intervenção individual Caso "Tiago"	30
Tabela 4. Projeto Terapêutico Caso "Tiago"	33
Tabela 5. Descrição de um caso pertencente ao Grupo 1 da Área de Dia.....	36
Tabela 6. Descrição de um caso pertencente ao Grupo II do Hospital de Dia.....	38
Tabela 7. Perfil Intra-Individual do Rafael.....	52
Tabela 8. Objetivos Terapêuticos do Rafael	53
Tabela 9. Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes ao DAP	63
Tabela 10. Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes ao SDQ	65
Tabela 11. Resultados da avaliação inicial vs final da Beatriz referentes ao DAP	85

Índice de Abreviaturas e siglas

DAP – *Draw a Person*

BPM – Bateria Psicomotora

BOT-2 - Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, segunda edição

SDQ - Questionário de Capacidade e de Dificuldades

LOFOPT – Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora

PA - Perturbação da Ansiedade

MS - Mutismo Seletivo

PAE - Perturbação da Aprendizagem Específica

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

1 Introdução

No presente relatório, encontram-se descritas todas as atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio Curricular referente ao Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, que se realizou numa Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência. Este relatório apresenta como principais objetivos, contextualizar a prática psicomotora em contexto de saúde mental infantojuvenil, descrever todas as atividades desempenhadas no decorrer do estágio, descrever todos os casos encaminhados e acompanhados em psicomotricidade, e ainda, descrever a intervenção psicomotora e os resultados obtidos através desta, com dois Estudos de Caso. No decorrer do estágio, foi possível aprofundar as competências profissionais, maior compreensão sobre a intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil, e ainda, uma maior capacidade reflexiva, de planeamento e gestão de programas em contextos distintos. O estágio realizou-se entre o mês de outubro de 2021 e o mês de junho de 2022, numa Unidade de Pedopsiquiatria de um hospital público, sendo o mesmo realizado em conjunto com uma colega psicomotricista estagiária.

A Psicomotricidade no âmbito da saúde mental infantojuvenil, permite a resolução de conflitos internos da criança (Almeida, 2005), através da mediação e consciencialização corporal, onde se torna possível que esta adquira autocontrolo e adeque os seus comportamentos (Figueira & Freitas, 2017). Os conflitos internos caracterizam-se por um constante confronto entre exigências internas opostas, podendo ser expressas ou inibidas de forma desadaptativa ou inadequada, traduzindo-se pelo desenvolvimento de sintomas, como se verifica nas Perturbações do comportamento e de ansiedade (Laplanche & Pontalis, 1991). Nestas crianças e adolescentes, a dor não é vivida, mas agida através de atos violentos ou comportamentos impulsivos contra o seu mundo interno (Almeida et al., 2005; Veiga, 2012). Assim, a intervenção psicomotora torna-se fundamental na saúde mental infantojuvenil, pois é através desta intervenção que se estabelece um ambiente seguro e estruturado (Kernberg & Chazan, 1992), um ambiente onde os comportamentos são aceites, compreendidos e transformados em pensamentos e palavras (Almeida et al., 2005; Veiga, 2012), onde a criança é encorajada para a socialização com os pares, a explorar, vivenciar, expressar os seus sentimentos, conflitos e inquietudes, livremente sem ser criticada (Veiga, 2012). Um ambiente que permite que a criança aceda à descarga pulsional e às suas fantasias inconscientes, levando assim à minimização da angústia e alteração e contenção dos seus comportamentos (Malpique et al., 1988).

Relativamente à estrutura do relatório, esta encontra-se organizada em três partes fundamentais. A primeira parte, que se refere ao enquadramento teórico da prática profissional, inclui uma contextualização do serviço, uma breve história da Psicomotricidade, a contextualização da intervenção psicomotora em contexto de saúde mental infantojuvenil, a descrição das metodologias de intervenção utilizadas e por fim, a descrição da população atendida no decorrer

do estágio. Seguidamente, encontra-se exposta a organização das atividades de estágio realizadas, onde são descritas e contextualizadas todas as atividades de estágio desenvolvidas pela estagiária, sendo aqui exposto a calendarização e horário destas, a progressão na autonomia atingida no decorrer do desempenho das atividades de estágio, as experiências complementares proporcionadas pelo estágio, como é o caso de reuniões, apresentações, entre outros, e ainda, a contextualização da intervenção no local de estágio, que contempla as etapas de intervenção, a descrição dos instrumentos de avaliação formal e informal utilizados, e ainda, a descrição de todos os casos acompanhados, tanto em contexto individual, onde se descreve dados anamnésicos, projeto terapêutico, resultados da avaliação inicial e final, contextualização da sua intervenção e da sua progressão terapêutica, como de grupo, onde se descreve o motivo de encaminhamento de cada jovem, idade, resultados da avaliação inicial e final, e ainda, a sua progressão terapêutica. A terceira parte do relatório, encontra-se destinada aos dois estudos de caso acompanhados individualmente, onde se encontra descrita a identificação e dados anamnésicos mais relevantes destes, a revisão teórica de suporte à compreensão de cada caso, os resultados obtidos na avaliação inicial, os elementos critério e hipóteses explicativas, o projeto pedagógico-terapêutico, que integra o perfil intra-individual, objetivos terapêuticos, diretrizes e fundamentação da intervenção, estratégias específicas e exemplos de atividades, sendo ainda descrita e analisada a progressão terapêutica dos estudos de caso e a discussão dos resultados. Por fim, é apresentada uma reflexão final sobre a pertinência da prática psicomotora em saúde mental infantojuvenil.

2 Enquadramento Teórico da Prática Profissional

2.1 Caracterização do serviço

A Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência é composta por uma equipa multidisciplinar, que integra médicos(as) pedopsiquiatras, psicólogos(as), assistentes sociais, educadora de infância, professora de ensino especial, psicomotricista, musicoterapeuta, enfermeiras, estagiários(as) de psicologia e de psicomotricidade. A principal finalidade da Unidade, consiste em diagnosticar, tratar, e oferecer uma resposta adequada a diversas crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, com a presença de patologias do foro psiquiátrico, sendo as perturbações emocionais e/ou perturbações do comportamento as mais prevalentes nesta faixa etária (Guiomar & Pires, 2013; HGO, 2021).

A Unidade de Pedopsiquiatria, iniciou no ano de 2009 uma Unidade de Cuidados a Tempo Parcial, sendo esta designada como Área de Dia. Este Projeto apresenta como principal objetivo, dar resposta a estas crianças no sentido de converter a necessidade do agir em processos de mentalização, minimizar ou cessar os seus conflitos internos ou angústias que dificultam o seu normal desenvolvimento psicoafectivo, e ainda, minimizar o impacto negativo sobre o contexto familiar e escolar. A Área de Dia é composta por quatro grupos de crianças, um grupo de famílias, um grupo de professores, e uma equipa multidisciplinar, onde é possível encontrar pedopsiquiatras, musicoterapeuta, psicólogos, educadoras, e estagiários de psicologia e psicomotricidade. Os quatro grupos acompanhados, são compostos por crianças do sexo masculino e feminino em idade da latência (6-10 anos), com a presença de alterações do comportamento e patologia do agir, resultantes de sofrimento psíquico e dificuldades na capacidade de mentalização e simbolização, inseridas em famílias disfuncionais ou instáveis. A intervenção terapêutica de grupo ocorre num contexto de dois ateliers distintos, o atelier de Expressão Plástica e o de Psicomotricidade, ambos com uma duração de uma hora, e uma periodicidade semanal, já o grupo de pais que se realiza em paralelo com os grupos de crianças, apresenta uma periodicidade quinzenal, sendo aqui desenvolvido momentos de reflexão e partilha que garantem uma boa aliança terapêutica, o apoio às famílias, e a compreensão por parte dos pais dos sintomas, comportamentos e problemática dos seus filhos. Tanto os ateliers como o grupo de pais, são realizados às segundas-feiras. No final das manhãs, a equipa reúne-se de forma a partilhar e refletir sobre as vivências e dificuldades que se originaram nas suas práticas com os grupos da manhã, sendo que acontece o mesmo com os grupos da tarde. No final de cada período escolar, é realizada uma reunião com os professores das crianças acompanhadas nos grupos (Esquina et al., 2012; Esquina et al., 2013).

Posteriormente, devido ao aumento da população clínica, sentiu-se a necessidade de alargar o atendimento e assim criar um novo Projeto, sendo este, o Hospital de Dia. Este Projeto inclui o acompanhamento e intervenção terapêutica semanal com três grupos constituídos por

adolescentes tanto do sexo masculino como do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Nestes adolescentes encontra-se presente alterações de comportamento (impulsividade, agressividade, agitação psicomotora, oposição/desafio), absentismo escolar, isolamento social, perturbações da ansiedade, alterações do humor, comportamentos de risco (tentativas de suicídio, automutilação), e ainda, relações interpessoais instáveis. O Hospital de dia apresenta como principal objetivo, oferecer a todos os adolescentes um espaço contentor onde estes sejam capazes de melhorar as suas competências sociais, estimular as estratégias de comunicação e de simbolização, maximizar a capacidade reflexiva, e minimizar os comportamentos desajustados (Carvalho et al., 2013).

2.2 Breve história da Psicomotricidade

A história da psicomotricidade está associada à história do corpo, uma vez que este é valorizado desde a antiguidade (Falcão & Barreto, 2009). No decorrer da história, o conceito de corpo e as reflexões sobre o mesmo sofreram ao longo dos anos diversas alterações, e significados. A compreensão do corpo surgiu ainda na Grécia Antiga, onde se valorizava o corpo apenas pela sua vertente física e anatómica, e se invalidava a vertente psíquica (Lopes, 2010), idealizando-se até ao início do século XX, que o corpo humano constituía uma estrutura anatomofisiológica (Aragón, 2012).

Platão defendia que existia uma distinção entre corpo e alma. Já Aristóteles, afirmava que o corpo era moldado pela alma. Descartes, foi confrontado com a dicotomia corpo e alma, referindo que o corpo é “uma coisa externa que não pensa”, e a alma, “que não participa em nada daquilo que pertence ao corpo”. Para Henry Wallon, já que o movimento, o pensamento e a linguagem não podem jamais ser separados o movimento é considerado o pensamento em ato, e o pensamento, o movimento sem ato, “o movimento é a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo” (Falcão & Barreto, 2009).

A partir do século XX, o corpo encontrava-se já associado a dois domínios diferentes e independentes, sendo este o psicológico (mente) e a motricidade (corpo), contudo, segundo Platão e Aristóteles, o ser humano não se integrava pelo dualismo mente-corpo, mas sim por uma unidade só, um todo (Domínguez, 2013). Esta perspetiva foi posteriormente em 1915, sustentada pelo estudo de Édouard Dupré, onde o termo “psicomotricidade” surgiu pela primeira vez, com a necessidade de se salientar a ligação e complementaridade entre corpo e mente, ou seja, entre perturbações psicológicas e motoras, originando-se consequentemente, o conceito de “debilidade motora” (Lopes, 2010), associado ao termo debilidade mental (Ballouard, 2008a; Ballouard, 2008b). Tendo em conta o impacto do surgimento do conceito “debilidade motora”, considera-se Édouard Dupré como avô materno da psicomotricidade (Ballouard, 2008b).

Outros autores contribuíram em grande escala para o crescimento do conceito de

psicomotricidade. Guilman, em 1935, desenvolveu o primeiro exame psicomotor (Domínguez, 2013), Heuyer em 1936 utiliza o termo de psicomotricidade como forma de relacionar o domínio motor com a inteligência e afetividade (Aragón, 2012), em 1961, Julian de Ajuriaguerra desenvolveu o conceito de “diálogo tónico” (Ballouard, 2008a; Ballouard, 2008b), Lapierre e Aucouturier, em 1982 abordaram as noções de fusão afetiva e identidade, e ainda, Wallon, introduziu o conceito de imagem corporal (Calza & Contant, 2007).

Já em 1925, após a Primeira Guerra Mundial, os estudos publicados por Henri Wallon tiveram um grande impacto na história da psicomotricidade, pois nestes Wallon verificou a grande ligação entre perturbações psicológicas e motoras, uma vez que qualquer alteração sobre as funções motoras, influenciaria as funções intelectuais, estando assim de acordo com o dualismo mente-corpo (Aragón, 2012), verificando-se a grande importância que o movimento apresenta sobre o desenvolvimento psicológico da criança, e vice-versa (Domínguez, 2013).

No ano de 1946, foi criado por André Berge, Georges Mauco e Juliette Favez-Boutonnier, o primeiro centro médico psicoeducacional. Já por volta de 1947, Julian de Ajuriaguerra desenvolveu técnicas de abordagem corporal direcionadas a crianças, no Hospital Henri-Rousselle, em Paris (Ballouard, 2008a; Ballouard, 2008b).

Por volta de 1949, Julian de Ajuriaguerra publicou um livro, e posteriormente, juntamente com Gisèle Bonvalot-Soubiran, decidem caracterizar os diferentes fatores psicomotores e todas as perturbações que poderão impedir ou prejudicar o aproveitamento escolar das crianças (Giromini et al., 2022; Ballouard, 2008b). No ano de 1959, através dos contributos de neuropsiquiatria (Dupré), psicologia genética (Wallon), fenomenologia (Merleau Ponty), psicanálise (Freud), e ainda, contando com as hipóteses e cooperação de André Collin, Oseretski, Guilmain, Gesell (Ballouard, 2008a; Ballouard, 2008b), Reich, Schultz e Jacobson (Ballouard, 2008b), Ajuriaguerra definiu os distúrbios psicomotores. Ajuriaguerra aborda ainda a necessidade de se investigar e consequentemente perceber, os fenómenos emocionais, sendo que os distúrbios motores geralmente estão associados ao desenvolvimento psicoafectivo. Julian de Ajuriaguerra, é assim considerado o pai da Psicomotricidade, uma vez que os seus estudos permitiram distinguir um défice motor de um défice mental, e assim rever uma sintomatologia psicomotora que apesar de já ser conhecida, ainda se considerava desconhecida (Ballouard, 2008a; Ballouard, 2008b).

No hospital Henri-Rousselle localizado em Paris, por volta de 1950 surge a história da psicomotricidade, sendo que o Dr. Pierre Male cria um centro de pesquisa sobre perturbações da linguagem e motoras, e as suas implicações sobre a aprendizagem, desenvolvendo-se ainda o primeiro serviço infantil de reeducação psicomotora. A este médico juntou-se Julian de Ajuriaguerra e Giselle Soubiran (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022) e diversos outros profissionais que permitiram formar uma equipa multidisciplinar. Tendo em conta as pesquisas aqui realizadas, foi publicada em 1960, a “Carta de Reeducação Psicomotora”, onde constavam descritos diversos

exames psicomotores, métodos e técnicas utilizadas nas diferentes síndromes psicomotoras existentes (Aragón, 2012).

Em 1960, desenvolveu-se em Paris o primeiro Hospital de dia destinado para crianças, por Serge Lebovici e René Diatkine (Ballouard, 2008a; Ballouard, 2008b).

Já em 1961 foi pela primeira vez criado um ensino estruturado e um certificado destinado a profissionais de saúde, com vista à obtenção de formação na área da psicomotricidade. Este ensino teve lugar no hospital Pitié-Salpêtrière com conexão do hospital Henri Rousselle (Giromini et al., 2022).

Por volta de 1963, surgiu no hospital Pitié-Salpêtrière um certificado de competências em reeducação psicomotora (Aragón, 2012).

No ano de 1967, Giselle Soubiran criou o Instituto Superior de Reabilitação Psicomotora e Relaxamento Psicossomático (ISRP). Soubiran recorria a técnicas de relaxamento baseadas nos estudos de Schultz. Seguindo-se a elaboração de um método de relaxação ativo-passivo, desenvolvido por Henry Wintrebert. Neste período, surgiram diversas reflexões multidisciplinares, onde os vários profissionais de diferentes áreas, verificaram que a psicomotricidade seria uma terapia não medicamentosa bastante eficaz, sobre os domínios psicomotores, psicoafectivos e cognitivos do indivíduo (Giromini et al., 2022).

Em 1980, surgiu em França a profissão de Psicomotricista (Ballouard, 2008a), já em Portugal, a Psicomotricidade surgiu no ano de 1965 com o contributo de João dos santos sobre o desenvolvimento de exames psicomotores (Costa, 2008), sendo ainda deveras importante referir o crucial contributo do professor Vítor da Fonseca, sendo este autor da Bateria Psicomotora, para o crescimento e desenvolvimento da Psicomotricidade em Portugal (Fonseca, 2010).

No século XX, na década de 80, surgiu em Portugal, a formação em Psicomotricidade com a licenciatura de Educação Física. Desde então, a formação sofreu diversas mudanças, como é o caso da sua nomenclatura, acabando posteriormente por evoluir para a licenciatura em Reabilitação Psicomotora, como é conhecida até aos dias de hoje (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

2.3 A intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil

Contextualização da Psicomotricidade

O conceito de psicomotricidade integra a interação e influências recíprocas tanto dos aspetos psíquicos (cognição, sócio-emocional) como dos aspetos motores (corpo e movimento) (Domínguez, 2013; Probst, 2017), considerando assim o ser humano como um todo psicossomático, de forma holística, ou seja, a unidade corpo-psiquismo (Aragón, 2012; Fonseca, 2010; Probst et.al., 2010; Raynaud et.al., 2007; Robinson, 2014).

Em psicomotricidade, considera-se que o domínio motor/movimento/corpo é inseparável do domínio psíquico/mente/pensamento, e mantêm-se constantemente e simultaneamente em

interação (Domínguez, 2013). Isto porque o nosso corpo e conseqüentemente o nosso comportamento representa e reflete a nossa vida afetiva/psíquica (Ballouard, 2008b), sendo os nossos impulsos, emoções, sentimentos e pensamentos manifestados através da motricidade (Branco, 2010).

A psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, centrada no ser humano, no corpo em movimento e em relação (Ballouard, 2008b; Joly, 2007; Raynaud et.al., 2007). Assim sendo, a intervenção psicomotora tem em conta a intencionalidade, expressão e significado de cada movimento/comportamento motor sobre a expressão simbólica, assente na relação consigo próprio, com o outro e com o mundo exterior (Fonseca, 2012), o que favorece o desenvolvimento global e harmonioso da criança (Matias & Morais, 2011). A terapia psicomotora adapta-se a qualquer idade, sendo que os objetivos da mesma variam dependendo das especificidades e necessidades do indivíduo (idade, patologia, gravidade da patologia) (Domínguez, 2013; Matias & Morais, 2011; Raynaud et.al., 2007). A população que beneficia desta terapia compreende indivíduos que apresentam as suas funções motoras, socioemocionais, sensoriais, mentais e/ou comportamentais comprometidas (Raynaud et.al., 2007).

A intervenção psicomotora realizada pelo(a) psicomotricista, aplica diversas técnicas (Ballouard, 2008b; Domínguez, 2013), tais como: expressivas, relaxação, jogo espontâneo, entre outros, objetos mediadores, tais como bolas, tecidos, entre outros materiais (Maximiano, 2004; Rodríguez, 2012; Rodríguez, 2019), animais mediadores, tais como o cavalo, diversos meios, tais como o meio aquático, e ainda, o corpo sendo este o principal mediador da terapia psicomotora (European Forum of Psychomotricity, 2012).

A mediação corporal apresenta uma grande relevância, pois o corpo é considerado o mediador da relação (Raynaud et.al., 2007), sendo que é por meio deste corpo-em-relação e das vivências corporais do indivíduo num ambiente lúdico, que surge a expressão dos seus conflitos internos/psíquicos (Boscaini, 2012; Martins, 2001b), e conseqüentemente, elaboração dos processos simbólicos (Martins, 2001b), do funcionamento psíquico (Fernandes, 2012), consciência de si e o estabelecimento da sua identidade (Ajuriaguerra, 1962 cit. por Fernandes et.al., 2018). Assim sendo, estas técnicas e por consequência, a intervenção psicomotora, promove tanto a percepção corporal, como a percepção e relação entre emoções, pensamento e corpo (Maximiano, 2004). Os benefícios da psicomotricidade são diversos, caracterizando-se por facilitar e desenvolver as competências motoras, cognitivas e socioemocionais, e como tal, atuar sobre a regulação emocional, autoestima, autoimagem, autorregulação, criatividade, simbolização, comunicação, aprendizagem, adaptação aos diferentes contextos, entre outros (Aragón, 2012; Joly, 2007; Matias & Morais, 2011; Probst et al., 2010).

Psicomotricidade no âmbito da saúde mental

Cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentam complicações a nível da saúde

mental (Marques & Cepêda, 2009), como tal, considera-se importante prevenir e agir precocemente sobre a saúde mental infantojuvenil (Caldas de Almeida, 2007).

No que se refere à Psicomotricidade, considera-se que muitos dos problemas associados à saúde mental infantojuvenil geralmente ocorrem por comprometimentos sobre a expressão motora, uma vez que estes poderão impedir o indivíduo de se consciencializar sobre os seus estados de tensão ou angústias internas (Fonseca, 2005), o que poderá comprometer o desenvolvimento global e desempenho do indivíduo (Branco, 2010).

A Psicomotricidade no contexto de saúde mental infantojuvenil, encontra-se dirigida a crianças e adolescentes com a presença de diagnósticos de perturbações mentais, sendo que os objetivos da intervenção psicomotora nesta população consistem em promover tanto os fatores psicomotores, como as competências cognitivas e socioemocionais, de forma que os indivíduos se relacionem com os pares, e sejam autónomos no seu contexto psicossocial, o que contribui para o seu bem-estar geral (Probst, 2017) e, ainda, modificar a organização e funcionamento psíquico da criança/adolescente (Almeida, 2005).

No contexto de saúde mental infantojuvenil, a prática psicomotora baseia-se no âmbito preventivo e/ou terapêutico (Matias & Morais, 2011), e privilegia a mediação corporal (Joly, 2007), uma vez que é o corpo que expressa a vida psíquica e como tal, que expressa os conflitos internos existentes (Almeida, 2005). Assim sendo, a prática psicomotora no presente contexto, privilegia a harmonia e consonância entre o corpo e o psiquismo, como forma de identificar, entender e solucionar os conflitos internos que surgem no indivíduo (Almeida, 2005; Martins, 2001b), através da expressão dos mesmos e da vivência de novas e diferentes experiências (Boscaini, 2012).

Deste modo, a intervenção psicomotora permite que *“(...) Através do jogo espontâneo e simbólico, as crianças podem transformar as sensações, os atos e os afetos em pensamentos, projetos e palavras.”* (Martins, 2015, p. 34), pois nas sessões de psicomotricidade o indivíduo alcança novas competências, que lhe permitem alterar o seu comportamento, e desta forma, agir e expressar de diferentes formas as suas emoções, sentimentos e pensamentos (Probst, 2017).

Existem diferentes possibilidades de intervenção, podendo a sua dinâmica realizar-se individualmente ou em grupo, sendo que esta decisão tem em conta os objetivos terapêuticos e as especificidades do indivíduo, como é o caso do seu diagnóstico e dificuldades que apresenta (Matias & Morais, 2011; Maximiano, 2004; Probst, 2017). Relativamente à metodologia utilizada nesta população, o/a psicomotricista recorre predominantemente a atividades lúdicas, técnicas de relaxação (Figueira & Freitas, 2017), técnicas expressivas, dramáticas e simbólicas (Maximiano, 2004).

A prática psicomotora em saúde mental infantojuvenil compreende ainda a vertente relacional, uma vez que o foco principal não se restringe aos sintomas existentes, mas sim, tendo em conta a criança/adolescente na sua globalidade, transmitir e oferecer à criança/adolescente

experiências tônico emocionais, comunicacionais e psicomotoras do interesse desta, com o sentido de alterar os comprometimentos existentes a nível do funcionamento psíquico, e consequentemente, da patologia diagnosticada (Almeida, 2005; Almeida, 2008). A vertente relacional concentra-se na relação que a criança/adolescente estabelece com o/a psicomotricista, e ainda, na aplicação do jogo espontâneo (Joly, 2007). É através do corpo, do brincar livremente, e das suas experiências e vivências tanto psicomotoras como relacionais, que a criança adquire a sua organização psicoafectiva (Almeida, 2008), o que consequentemente, favorece a sua autonomia e independência (Boscaini, 2012).

“A terapia psicomotora resgata o prazer corporal e a dimensão emocional e afectiva precoce (...), regredindo em busca do conflito e dos núcleos psicopatológicos e progredindo em busca da identidade e à conquista da autonomia.”

(Vecchiato, 2003)

As sessões de psicomotricidade têm lugar num ambiente calmo, acolhedor, seguro e contentor, onde o/a psicomotricista adquire uma posição de envolvimento, disponibilidade e partilha (Joly, 2007), o que permite construir uma relação terapêutica empática, de confiança, disponibilidade, e escuta, que consequentemente possibilita que a criança/adolescente se sinta segura para expressar livremente e de diferentes meios, os seus conflitos internos, as suas emoções, sentimentos, desejos e impulsos (Boscaini, 2012; Figueira & Freitas, 2017; Matias & Morais, 2011; Maximiano, 2004). Nesta atmosfera securizante e lúdica, o/a psicomotricista poderá observar e interpretar com base nos comportamentos expressos pela criança/adolescente, no seu ato motor, as dificuldades que se manifestam nesta e ainda, o seu funcionamento psíquico (Figueira & Freitas, 2017).

No que se refere às perturbações psicopatológicas mais comuns que o/a psicomotricista acompanha em saúde mental infantojuvenil, distinguem-se em: Dificuldades instrumentais associadas aos fatores psicomotores (dificuldades na organização espaço-temporal) perturbações da personalidade, desarmonias evolutivas, perturbações do desenvolvimento, perturbações do espectro do autismo, perturbações do comportamento (oposição, agressividade, impulsividade, instabilidade e/ou inibição psicomotora), perturbações da linguagem/comunicação, falhas ou dificuldades sobre a imagem corporal, limites corporais e representação simbólica (Joly, 2007), perturbações da vinculação, perturbações da expressão psicomotora (Almeida, 2008), perturbações da ansiedade (Matias & Morais, 2011), desarmonias tônico emocionais, dispraxias, perturbações psicossomáticas, entre outros (Figueira & Freitas, 2017).

2.4 Metodologias e técnicas de intervenção em Psicomotricidade

Apesar da Psicomotricidade ser considerada uma terapia mediada pelo corpo, as técnicas que esta terapia utiliza e que envolvem o corpo é que representam a mediação corporal, e não

apenas o corpo em si (Rodríguez, 2019). A Psicomotricidade envolve a análise e estudo de características e expressão do corpo, como é o caso do movimento, atitudes, posturas e mímica, com o sentido de proporcionar uma intervenção sobre as vivências corporais do indivíduo e, desta forma, este adquirir uma melhor capacidade de adaptação às situações (Maximiano, 2004).

“Todas as técnicas ou métodos usados por psicomotricistas são integradores: têm a particularidade de implementar todas as funções psicomotoras para as desenvolver ou restaurar de forma harmoniosa (...) e também mediadores, uma vez que têm objetivos comuns para facilitar a autoconsciência, a expressão de experiências e o acesso à representação na relação de cuidado com o psicomotricista.”

(Giromini et al., 2022, p.124)

A intervenção psicomotora e, conseqüentemente, as técnicas de intervenção utilizadas pelo(a) psicomotricista, são diversas e ajustáveis às características individuais de cada indivíduo, como por exemplo a idade, patologia e sintomas do mesmo, tipologia da sessão (Aragón, 2012; Maximiano, 2004; Giromini et al., 2022). A sua escolha das técnicas a utilizar dependerá ainda do projeto terapêutico definido para o indivíduo (Maximiano, 2004). As diferentes técnicas de intervenção que poderão ser aplicadas pelo(a) psicomotricista, distinguem-se em técnicas de relaxação, técnicas de integração sensorial, técnicas perceptivo-motoras, e ainda, mediadores artístico-expressivos como é o caso da música, voz, dança, ritmo, mímica, jogo dramático e expressão plástica (Giromini et al., 2022).

Tendo em conta os métodos e mediadores utilizados no decorrer do estágio com os estudos de caso, serão seguidamente abordados e especificados de forma breve: o jogo (espontâneo e simbólico), os métodos de relaxação (Método de concentração e relaxação de Jacques Choque e relaxação ativo-passiva de Henry Wintrebert), e ainda os mediadores artístico-expressivos (jogo dramático e expressão plástica).

Jogo/Brincar

Em Psicomotricidade, o/a psicomotricista utiliza o brincar como forma de desenvolver a mediação corporal, já que para Winnicott, o brincar é considerado uma atividade criativa, e importante para o desenvolvimento infantil, que possibilita que a criança modifique a relação consigo mesma, com os outros e com o meio envolvente (Joly, 1993 & Rodríguez, 1999 cit. por Rodríguez, 2019). Assim, e em consonância com o objetivo da intervenção psicomotora, o jogo privilegia o desenvolvimento global do indivíduo, caracterizando-se este pela aquisição e desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas e socio afetivas (Aragón, 2012; Fernandes et al., 2018; Giromini et al., 2022).

Sendo o jogo a atividade espontânea que caracteriza o período da infância, e a sessão de psicomotricidade marcada por um ambiente seguro e contendor (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022), e uma relação terapêutica empática (Fernandes et al., 2018), a utilização do jogo livre e

espontâneo na intervenção psicomotora permite que a criança experiencie, explore e descubra situações de prazer/desprazer, e desta forma, se consciencialize com o seu corpo, o que consequentemente permite o alcance de diversas aptidões (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022), tais como a sua autonomia, autoconfiança, identidade, imaginação, criatividade, entre outros (Fernandes et al., 2018).

O jogo simbólico ou de faz-de-conta caracteriza-se por criar e imitar personagens e/ou situações (Aragón, 2012), vivenciadas no meio familiar, com o sentido de expressar, representar de forma simbólica e auxiliar a enfrentar os seus desejos e conflitos (Aragón, 2012; McMahon, 2005).

Relaxação terapêutica

Relativamente aos métodos de relaxação terapêutica, e apesar de alguns destes serem também utilizados e aplicados por outros profissionais, na psicomotricidade estes métodos apresentam uma abordagem global, pois impulsionam tanto a formação e articulação de experiências corporais (tónicas, sensoriais, propriocetivas cinestésicas), como as emocionais do indivíduo (Rodríguez, 2019). A relaxação psicomotora permite atingir o estado de relaxamento de forma integral, ou seja, tanto das componentes emocionais como corporais (Giromini et al., 2022), através do reconhecimento e tomada de consciência do local da tensão, seguida da alteração do seu efeito (Tubbs, 1996).

São diversos os benefícios alcançados através da aplicação das técnicas de relaxação: Equilíbrio do tónus muscular, redução da tensão muscular, consciência e regulação emocional, promoção das habilidades sociais, maiores níveis de atenção e concentração, aumento do aproveitamento escolar, aumento do conhecimento topográfico do corpo, equilibrar as funções fisiológicas (diminuição da frequência cardíaca, ritmo respiratório); diminuição de stress e ansiedade, melhorias sobre o sono, melhor adaptação às situações, redução da dor e fadiga, maior autocontrolo, maior autoconhecimento e consciência das alterações corporais, sensação de bem-estar físico e emocional (Boscaini & Saint-Cast, 2012; Benson & Klipper, 1975; Giromini et al., 2022; Veiga & Marmeleira, 2018; Tubbs, 1996).

Os métodos de relaxação existentes são diversos, sendo que em psicomotricidade estes são classificados em: Métodos com recurso à descontração neuromuscular e métodos com recurso à sugestão (Rodríguez, 2019; Guiose, 2008 cit. por Veiga & Marmeleira, 2018). Os métodos de relaxação com recurso à descontração neuromuscular integram a relaxação progressiva de Jacobson, relaxação ativo-passiva de Henry Wintrebert (Rodríguez, 2019; Veiga & Marmeleira, 2018), relaxação psicomotora dinâmica de Dupont e Eutonia de Gerda Alexander (Veiga & Marmeleira, 2018), já no que se refere aos métodos de relaxação com recurso à sugestão, estes integram o Treino Autógeno de Schultz (Rodríguez, 2019; Veiga & Marmeleira, 2018), relaxação terapêutica de Jean Bergès, e reeducação psicotónica de Ajuriaguerra (Veiga & Marmeleira, 2018).

Mediadores artístico-expressivos

Assim como referido anteriormente, no decorrer da intervenção com os estudos de caso recorreu-se também a mediadores artístico-expressivos, mais concretamente, recorreu-se ao jogo dramático e à expressão plástica. Os mediadores artísticos expressivos favorecem as diferentes possibilidades de expressão e comunicação, podendo envolver todos os fatores psicomotores (Giromini et al., 2022).

O jogo dramático é baseado no jogo simbólico, caracterizando-se pela improvisação e representação de situações imaginadas pela criança, através do corpo e do movimento, onde o indivíduo é capaz de expressar as suas emoções e sentimentos (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022). Na sessão de psicomotricidade, o jogo dramático permite que o indivíduo expresse livremente os sentimentos e emoções que se encontram inibidos ou contidos, o que contribuiu para a sua regulação emocional (Tubbs, 1996), favorece a capacidade de simbolização, as experiências sensório-motoras, representações corporais, e a identidade do indivíduo (Giromini et al., 2022).

A expressão plástica permite que o indivíduo exteriorize e expresse com maior facilidade os seus sentimentos e emoções que por vezes se encontram inibidos (Aragón, 2012), e assim, aliviar conflitos e tensões internas existentes (Tubbs, 1996). Nas sessões de psicomotricidade, é possível o/a psicomotricista utilizar como meio de expressão plástica, a plasticina, barro, recortes e colagens, desenho, pintura, entre outros, contudo, o que foi mais frequentemente utilizado no decorrer do estágio, foi o desenho e a pintura. O desenho/pintura favorece a criatividade, imaginação, as competências cognitivas, sociais, linguísticas/comunicação, e simbólicas, identidade, a motricidade fina, e ainda, a regulação emocional (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022; Tubbs, 1996).

2.5 Descrição da população atendida

Na presente Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a população atendida pela estagiária corresponde a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade, com a presença de patologias do foro psiquiátrico, sendo as perturbações emocionais e as perturbações do comportamento as mais frequentemente encontradas. Tendo em conta as faixas etárias da população acompanhada, irá de seguida descrever-se alguns aspetos importantes sobre o desenvolvimento psicológico e psicopatológico do período da infância, e, mais aprofundadamente, do período da latência e adolescência. De seguida, e de forma geral, algumas das problemáticas também acompanhadas.

A infância caracteriza-se por um período de vida que se inicia no nascimento e termina com o surgimento da puberdade. Este período encontra-se subdividido em três diferentes estágios de desenvolvimento humano: primeira infância, que ocorre desde o nascimento do bebé até aos seus

3 anos; segunda infância, que se inicia aos 3 anos de idade e termina aos 6 anos da criança; terceira infância, que se inicia aos 6 anos e termina aproximadamente aos 11 anos, com o surgimento da adolescência (D'Ignazio & Martin, 2019).

A idade da latência, que ocorre na terceira infância, inicia-se aproximadamente aos 6 anos com a resolução do complexo de Édipo, e cessa aos 11 anos com o atingimento da puberdade (Jorge & Falco, 2012; Sigmund, 2016). Neste período, evidencia-se um decréscimo e tranquilidade da vida pulsional e emocional (Jorge & Falco, 2012), bloqueio sobre o *insight*, e conseqüentemente, uma grande carência sobre a imaginação (Malpique et al., 1988). Verifica-se ainda, uma procura de exploração a nível social, sendo este período pautado por grandes mudanças e vulnerabilidade a nível cognitivo e a nível da sexualidade (Jorge & Falco, 2012).

Logo após terminar a idade da latência, surge o período da adolescência, que segundo a OMS, ocorre entre os 10 e os 19 anos (Paumel, 2019). A adolescência caracteriza-se por um período de diversas e constantes mudanças (Marcelli & Braconnier, 2016; Sudres, 2007), manifestando-se estas a nível físico, cognitivo e sócio-emocional (Marcelli & Braconnier, 2016).

As mudanças a nível físico ocorrem com o surgimento da puberdade. A puberdade é um período marcado pela elevada produção de hormonas sexuais, e, conseqüentemente, pela maturação e desenvolvimento de características sexuais primárias e secundárias (Paumel, 2019; Rayner, 1982) e pela maturação da capacidade reprodutiva e sexualidade (Cannard, 2015 cit. por Paumel, 2019). A idade em que a puberdade se manifesta é distinta entre os rapazes e as raparigas, contudo, geralmente inicia-se aos 9/10 anos e termina aos 15 anos (Cannard, 2015 cit. por Paumel, 2019; Rayner, 1982).

O período da adolescência influencia ainda diversos e diferentes domínios e/ou contextos, verificando-se alterações e repercussões sobre: a escolaridade - etapa de grandes mudanças e exigência, poderá causar conflitos intrapsíquico, familiares, ansiedade e/ou dificuldades na aprendizagem; o sono - hipersónia e fadiga; a sexualidade - difícil expressar aspetos sobre a sua intimidade e relacionar os mesmos com as suas emoções, podendo colocar a saúde em risco, com a prática de atividade sexual impulsiva (Paumel, 2019); a identidade - como forma de modificar a sua aparência, sendo esta controlada agora por si, separar-se das figuras de referência da infância e criar a sua própria identidade, muitas vezes o adolescente realiza cortes de cabelo radicais, utiliza vestuário diferente ou até mesmo maquilhagem (Harris, 2011; Paumel, 2019); o grupo de pares - favorece as competências sociais, sustenta a baixa autoestima e a instabilidade sobre a identidade (Paumel, 2019); e a dinâmica familiar - conflito familiar, distanciamento emocional (Sudres, 2007). Resultante de todas estas mudanças e transformações, poderão desenvolver-se ainda comportamentos de risco, como é o caso das relações sexuais desprotegidas e impulsivas, comportamento antissocial, toxicoddependência, entre outros (Harris, 2011; Paumel, 2019).

Assim sendo, é possível referir que a adolescência é marcada por um período de grande fragilidade, competências e em simultâneo um período de diferentes comportamentos que poderão acarretar inúmeros riscos para o bem-estar e saúde, tanto física como mental do adolescente. Desta forma, é fulcral ter em conta o ambiente onde o adolescente se insere, as relações que este estabelece com os pares e com os adultos, e ainda sobre a comunidade escolar (Paumel, 2019), uma vez que a saúde mental é determinante para o bem-estar geral do indivíduo e poderá ser afetada por todos estes fatores (Caldas et al., 2019; WHO, 2004).

As complicações associadas à saúde mental poderão causar repercussões sobre diversos domínios da vida do indivíduo, tais como sociais, psicológicos, e conseqüentemente, sobre a vida pessoal, familiar e profissional do indivíduo (Caldas et al., 2019; WHO, 2004). Encontra-se estimado que 10 a 20% das crianças e adolescentes apresentam complicações a nível da saúde mental, sendo que na grande maioria estas perturbações psiquiátricas prevalecem até à idade adulta (Marques & Cepêda, 2009).

Como forma de se estudar sobre a psicopatologia na infância e adolescência, é fundamental considerar-se todos os períodos de desenvolvimento do indivíduo, e ainda, as influências que o meio apresenta sobre a criança/adolescente (Ajuriaguerra et al., 1997).

No decorrer dos diferentes períodos do desenvolvimento, é possível verificar a existência de alguns sinais que nos poderão alertar para um possível surgimento de uma psicopatologia. Na primeira infância é comum verificar-se dificuldades e por vezes ausência da interação e relação do bebé com o outro, com a mãe, em diferenciar relações, autorregular e manifestar interesse pelo que se encontra ao seu redor, podendo ainda verificar-se a presença de perturbações alimentares e insónias. Na idade escolar é comum verificar-se dificuldades sobre a aprendizagem, recusa ou abandono escolar, agitação, oposição, agressividade, ansiedade, medos, disfunções do sono, pesadelos, somatizações e problemas a nível social. Já na adolescência, verificam-se somatizações, ansiedade, humor depressivo, insónias, problemas a nível social, ideação e tentativa de suicídio, comportamentos impulsivos, autolesivos e antissociais (Marques & Cepêda, 2009).

Apesar disso, os sintomas, comportamentos e complicações que poderão surgir nestes períodos de desenvolvimento, podem ser considerados normais ou patológicos (Ajuriaguerra et al., 1997). Sendo que por normal diz respeito aos sintomas característicos, inevitáveis e cruciais do desenvolvimento psicológico da criança/adolescente, sendo estes sintomas geralmente caracterizados como passageiros, subtis, limitados a uma área específica do desenvolvimento da criança/adolescente sem efeitos negativos sobre este, onde a criança é capaz de comunicar abertamente sobre os sintomas, encontrando-se inserida sobre um contexto familiar funcional e tranquilizador. Já a nível patológico, compreende-se por sintomas diversos, constantes, persistentes e bastante acentuados, que acabam por se refletir sobre diversas áreas do desenvolvimento da criança/adolescente, apresentam conseqüências negativas sobre o

desenvolvimento psicológico da criança/adolescente, e encontram-se inseridas sobre contextos familiares disfuncionais e conflituosos (Ajuriaguerra et al., 1997; Marques & Cepêda, 2009).

Assim sendo, é possível referir que os sintomas e comportamentos, apenas adquirem um significado psicopatológico dependendo do contexto social e familiar em que a criança/adolescente se encontra inserido, e ainda sobre o momento evolutivo em que o sintoma se manifesta, pois como foi referido anteriormente, por vezes no normal desenvolvimento do indivíduo surgem sintomas transitórios sem significado patológico (Ajuriaguerra et al., 1997; Marques & Cepêda, 2009).

Relativamente às influências que o meio apresenta sobre as crianças/adolescentes, e, portanto, quando se verificam falhas ou complicações sobre o ambiente onde o indivíduo se insere, poderão surgir psicopatologias (Winnicott, 1993). Como tal, é possível enumerar alguns fatores de risco, que poderão contribuir e desencadear o surgimento e desenvolvimento de problemas a nível da saúde mental infantil e juvenil: dificuldades sobre a aprendizagem escolar e consequentemente insucesso escolar; dificuldades a nível da linguagem e comunicação; episódios traumáticos (violência, acidentes); amplas e repentinas mudanças na vida do indivíduo; surgimento de doenças físicas; conflitos familiares; dinâmica e funcionamento familiar disfuncional; falhas ou inexistência das relações entre pais e filhos; estilos de parentalidade; doenças mentais dos pais ou de figuras de referência; dificuldades económicas; perdas (morte, divórcio dos pais), entre outros (Caldas et al., 2019; Carvalho et al., 2013; Marcelli & Braconnier, 2016).

Desta forma, é evidente as influências que o ambiente e contexto onde a criança/adolescente se insere poderá causar sobre a saúde mental da mesma, contudo, apesar de em muitas crianças e adolescentes os fatores de risco enumerados anteriormente estarem presentes no decorrer do seu desenvolvimento, existem também crianças e adolescentes que não desenvolvem complicações sobre a saúde mental, estando este facto relacionado com os fatores protetores. Como tal, é possível enumerar alguns fatores de proteção que poderão contribuir para o normal desenvolvimento da criança/adolescente: favoráveis competências de comunicação; dinâmica e funcionamento familiar funcional, tranquilizador e estável; relações afetuosas, de apoio e proteção com os pais; boa rede de suporte e apoio; participação em atividades extracurriculares, boa capacidade de adaptação, entre outros (Caldas et al., 2019).

No que se refere aos casos acompanhados no decorrer do estágio, todos eles apresentam problemas a nível da saúde mental, e consequentemente, apresentam associado à sua história pessoal e desenvolvimento, muitos dos fatores de risco enumerados anteriormente. Algumas das psicopatologias que foram acompanhadas, dizem respeito a perturbações emocionais, que podem manifestar-se por isolamento, mudanças constantes de humor, depressão, ansiedade, ideação e/ou tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, e ainda, as perturbações do comportamento, que podem manifestar-se por agressividade, impulsividade, oposição, desafio e

absentismo escolar, sendo ambas bastante comuns no período da adolescência (Carvalho et al., 2013). Contudo, estas podem ser diagnosticadas no período da infância ou no período da adolescência, o que permite intervir precocemente e assim, evitar complicações, apesar disso, as perturbações referidas anteriormente podem cessar, perdurar da infância até à adolescência, ou até mesmo progredir desfavoravelmente neste período (Paumel, 2019).

Tanto as crianças como os adolescentes acompanhados, apresentam sintomas e comportamentos associados às perturbações emocionais e comportamentais, que geralmente estão associados à exteriorização das pressões e/ou falhas que poderão advir dos contextos onde se inserem (Marcelli & Braconnier, 2016), de experiências traumáticas ou negativas vivenciadas na primeira infância, dificuldades sobre a regulação emocional e dificuldades sobre a adaptação escolar (Caldas et al., 2019).

Segundo Crujo e Marques (2009), as Perturbações do Comportamento e as Perturbações da Ansiedade, apresentam uma grande prevalência sobre a infância e adolescência, com cerca de 40% e 34% de prevalência, respetivamente. Sendo ainda importante referir que as Perturbações da Ansiedade pressupõem o surgimento de depressão (Crujo & Marques, 2009).

No que se refere às Perturbações do Comportamento, estas manifestam-se por comportamentos antissociais (sendo estes mais comuns na adolescência), agressivos e impulsivos e, ainda, dificuldades em cumprir e em concordar com regras, sendo estes comportamentos persistentes. A presente perturbação apresenta uma maior prevalência sobre o sexo masculino e, sobretudo, ocorre no decorrer da idade escolar (Marques & Cepêda, 2009).

Já as Perturbações Emocionais, integram as perturbações bipolares, da ansiedade e depressão (Crujo & Marques, 2009), contudo, apenas foram acompanhados casos com um diagnóstico de perturbações da ansiedade e depressão, como tal será apenas aprofundado e feita referência a estas duas últimas perturbações.

As Perturbações da Ansiedade caracterizam-se geralmente por manifestações somáticas, como por exemplo taquicardia, preocupações, ansiedade e medos constantes e intensos, comportamentos de evitamento e fóbicos, irritabilidade, ataques de pânico (APA, 2014; Marques & Cepêda, 2009). Esta perturbação apresenta uma prevalência mais elevada sobre o sexo feminino, manifestando-se predominantemente no período pré-pubertário e ainda, em períodos de mudança (Crujo & Marques, 2009).

Por fim, as Perturbações Depressivas caracterizam-se por uma sintomatologia de humor deprimido e irritável, anedonia, alterações do apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de inutilidade ou culpa, fadiga, dificuldades sobre a concentração, pensamentos suicidários recorrentes. Esta perturbação apresenta uma prevalência semelhante entre o sexo masculino e feminino até ao período da adolescência, sendo que a partir

deste a perturbação apresenta uma prevalência mais elevada no sexo feminino (Crujo & Marques, 2009).

São notórias as diferenças entre a sintomatologia expressa por crianças em comparação com os sintomas de adolescentes e adultos, sendo as destes últimos muito semelhante. No caso dos bebés, estes podem manifestar apatia, irritabilidade, mudanças sobre o apetite e sono, choro intenso. Já no período pré-escolar, verifica-se a presença de distímia intensa, irritabilidade, comportamentos de oposição, mudanças sobre o apetite e sono, intolerância à frustração, baixa autonomia. Na idade escolar, prevalece a sintomatologia somática, sentimentos de inutilidade ou culpa, irritabilidade, isolamento social. Por fim, na adolescência, manifestam-se ainda alterações sobre o sono e apetite, contudo estas encontram-se mais intensas. Verifica-se ainda a presença de anedonia, ideação e tentativas de suicídio, desconforto e angústia com as modificações corporais (Crujo & Marques, 2009).

3. Organização das atividades de Estágio

3.1. Descrição das atividades de estágio

O estágio curricular, no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade que decorreu numa Unidade de Pedopsiquiatria, teve uma duração de 9 meses, com início a 11 de outubro de 2021 e término a 29 de junho de 2022. No decorrer do estágio realizaram-se atividades implícitas neste, tais como: entrevistas aos pais e crianças/adolescentes, sessões de avaliação psicomotora, elaboração do projeto terapêutico de todos os casos acompanhados em contexto individual e em grupo terapêutico, elaboração de planos de sessão e relatórios de sessões semanais, e consequente intervenção psicomotora. Realizaram-se ainda atividades complementares tais como: a participação em reuniões clínicas, em reuniões de equipa referentes à Área de Dia e Hospital de Dia, reuniões semanais com o orientador académico de estágio, reuniões semanais com a Psicomotricista local, participação ativa na elaboração de planos de sessão e plano terapêutico de um grupo referente à Área de Dia acompanhado ocasionalmente, apresentações, pesquisas, leitura e revisão de literatura, entre outros. Todas as atividades referidas anteriormente, permitiram a aquisição de competências e enriquecimento da prática profissional da estagiária no âmbito da psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil.

3.1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio

De seguida, será apresentado um cronograma (ver Tabela 1) referente à calendarização de todas as atividades realizadas no decorrer do estágio.

Tabela 1.*Calendarização das atividades de estágio*

Atividades realizadas	2021			2022									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Integração na equipa													
Avaliações iniciais													
Intervenção psicomotora													
Avaliações finais													
Reuniões Clínicas													
Relatório de Estágio	Redação												
	Entrega												

Horário semanal

O horário semanal referente a todas as atividades de estágio foi inicialmente instituído tendo por base a organização da Unidade, nomeadamente, os horários pré-estabelecidos de cada grupo terapêutico pelos coordenadores da Área de Dia e Hospital de Dia, bem como os horários referentes a reuniões de equipa e reuniões clínicas. Posteriormente, definiram-se os horários para a realização da intervenção em contexto individual de casos encaminhados para Psicomotricidade, tendo em conta a disponibilidade de horário das salas, de forma a conciliar os acompanhamentos de ambas as estagiárias e da psicomotricista local, e ainda, a disponibilidade dos pais e crianças a acompanhar. O horário de um caso individual sofreu alterações no decorrer do estágio, por mudança de horário escolar do mesmo. De seguida, será apresentado o horário semanal (ver Tabela 2) respetivo a todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

Tabela 2.

Horário das atividades de estágio

	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
8:15-9:00	Sessão individual 1	Sessão individual 2		Elaboração do Relatório de Estágio+ Atividades complementares de estágio	Elaboração do Relatório de Estágio+ Atividades complementares de estágio
9:00-10:00	Arrumação da Sala de Psicomotricidade+ Preparação da Sala Polivalente+ Atividades complementares de estágio	Preparação da Sala Polivalente+ Atividades complementares de estágio	Reunião clínica		
	Grupo 1- Área de Dia				
10:00-11:00	Lanche Área de Dia	Grupo III- Hospital de Dia	Reunião Hospital de Dia		
	Atividades complementares de estágio				
11:00-12:00	Reunião Área de Dia	Reunião com Psicomotricista local	Hora de almoço		
12:00-13:00	Hora de almoço	Hora de almoço			
13:00-14:00	Grupo 3- Área de Dia	Grupo I- Hospital de Dia	Sessão individual 3		
14:00-15:00	Lanche Área de Dia	Grupo II- Hospital de Dia			
15:00-16:00	Grupo 4- Área de Dia		Arrumação do Material e da Sala Polivalente		
	Reunião Área de Dia				
16:00-17:00	Arrumação do Material e da Sala Polivalente	Reunião com Psicomotricista local			
17:00-17:30					

3.1.2. Progressão das atividades realizadas e nível de autonomia

No decorrer da primeira e segunda semana de estágio, as atividades realizadas iniciaram-se por uma breve apresentação à equipa, seguida da apresentação das instalações da Unidade e toda a dinâmica e funcionamento da mesma. Foi também necessário aprender como decorre o funcionamento necessário à marcação de consultas em psicomotricidade, e todos os procedimentos fundamentais a realizar antes e após cada consulta, exigindo isto aprender a manusear o software “s-clínico”. Foi também necessário conhecer o local onde se encontram recados, onde se colocam recados urgentes e não urgentes, onde se encontram as folhas de estatística referente às presenças das crianças e como as preencher, onde se encontram os processos clínicos de cada criança e como os consultar.

Para o início do estágio foram atribuídos três casos que a estagiária teria de acompanhar ao longo do presente ano letivo. Foi ainda consultada a informação referente aos casos a acompanhar,

foi realizado um documento referente à anamnese, foram contactados os encarregados de educação destas crianças como forma de se realizar a entrevista das mesmas, a verificação da disponibilidade de gabinetes existentes na Unidade como forma de realizar as entrevistas referidas anteriormente, e conseqüentemente, a entrevista de um caso individual. Foram também obtidas breves informações referentes às crianças e adolescentes pertencentes aos grupos da Área de Dia e Hospital de Dia; foram apresentados os horários referentes à Unidade e a todos os programas e ateliers aqui realizados, e o horário que a estagiária deveria cumprir.

Na terceira e quarta semana, iniciou-se a avaliação inicial do caso referido anteriormente, realizou-se a entrevista de um segundo caso proposto, contudo, este não avançou com o acompanhamento por indisponibilidade de horário dos encarregados de educação, delineou-se os planos de sessão dos grupos terapêuticos do Hospital de Dia e da Área de Dia com o auxílio da psicomotricista local, contactaram-se os encarregados de educação/tutores das crianças e adolescentes que integram os grupos terapêuticos do Hospital de Dia e da Área de Dia com o auxílio da psicomotricista local como forma de confirmar a sua disponibilidade e confirmar a data e hora de início da intervenção. Já na quinta, sexta e sétima semana, a estagiária já foi capaz de consultar de forma autónoma os processos clínicos de dois novos casos propostos para acompanhamento individual, agendar e realizar a entrevista dos mesmos, iniciar a avaliação inicial destes, e ainda, de todas as crianças e adolescentes pertencentes aos grupos terapêuticos, sendo esta última tarefa realizada com o auxílio da psicomotricista local e da colega de estágio. A partir da oitava semana, verificou-se uma grande progressão na autonomia das tarefas realizadas, sendo que desde esta semana até ao término do estágio, a estagiária foi capaz de agendar consultas, realizar o registo das mesmas e verificar se a criança já se encontra na Unidade através do software “s-clínico”, verificar a existência de recados, preencher a folha de estatística, organizar os dossiers dos grupos terapêuticos onde constam planeamentos, relatórios das sessões, e simbolizações das mesmas, planear as sessões e realizar o plano terapêutico dos grupos acompanhados, contactar se necessário os encarregados de educação, consultar os processos clínicos sempre que necessário, participar ativamente nas reuniões referentes à Área de Dia e Hospital de dia, com diversas apresentações neste último, aquisição de um amplo conhecimento sobre saúde mental no decorrer das reuniões clínicas através da visão e perspetiva dos diferentes técnicos da equipa.

3.1.3. Atividades complementares de formação

Ao longo do estágio foram desenvolvidas diversas atividades complementares às atividades previstas para este e que contribuiram para um grande enriquecimento da formação da estagiária. Deste modo o trabalho desenvolvido incluiu:

- Reuniões Clínicas - As reuniões clínicas realizaram-se todas as quartas-feiras com a presença de todos os elementos da equipa, no decorrer do ano letivo 2021/2022,

perfazendo um total de 36 reuniões. Ao longo destas reuniões, foram discutidos assuntos internos da Unidade, apresentados casos com o fim de se realizar uma discussão teórico-clínica, no sentido de garantir o melhor cuidado;

- Reuniões de equipa - As reuniões de equipa referentes à Área de Dia realizaram-se todas as segundas-feiras, já as reuniões do Hospital de Dia realizaram-se todas as quartas-feiras, ambas com a presença de todos os elementos da equipa que integram o respetivo projeto. No decorrer destas reuniões eram discutidos alguns acontecimentos das sessões realizadas em ambos os ateliers, informações importantes trazidas pelas crianças e adolescentes, algumas preocupações sentidas pelos técnicos, seguindo-se de uma discussão e reflexão em equipa sobre os assuntos referidos anteriormente, de forma a definir novas estratégias a adotar. Nas reuniões referentes ao Hospital de Dia, foram ainda realizadas apresentações por parte dos técnicos pertencentes aos diversos ateliers, sendo o atelier de psicomotricidade um deles;
- Reuniões com a Psicomotricista local - As reuniões com a Psicomotricista local e com a colega de estágio do Mestrado em Psicomotricidade realizaram-se a todas as terças-feiras, com a finalidade de discutir alguns acontecimentos das sessões realizadas, as fases em que os grupos terapêuticos se encontravam, e ainda, o planeamento das sessões referentes à seguinte semana;
- Apresentação da Reunião Clínica - Na última reunião clínica, as estagiárias foram convidadas a realizar uma apresentação sobre a sua área de intervenção com tema à sua escolha, sendo este: “Psicomotricidade e mediadores terapêuticos”. Nesta apresentação constou a contextualização da psicomotricidade, a intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil, a contextualização dos mediadores terapêuticos, alguns exemplos destes, e ainda, a importância da mediação corporal na intervenção psicomotora.
- Acompanhamento em psicomotricidade - O acompanhamento em contexto individual iniciou-se em outubro de 2021, com a realização de três entrevistas com os encarregados de educação e as crianças, contudo, não foi possível avançar com o acompanhamento de duas destas por indisponibilidade dos encarregados de educação. Em novembro de 2021 realizaram-se mais duas entrevistas com os encarregados de educação e dois adolescentes encaminhados para Psicomotricidade, permanecendo ambos em acompanhamento. Posteriormente, foi realizada a observação e avaliação da criança e dos dois adolescentes acompanhados.
- Formações adicionais – No decorrer do estágio, a estagiária participou apenas no XVI Seminário de Desenvolvimento Motor da Criança, realizado na Universidade de Évora nos dias 29 e 30 de outubro de 2021.

3.2. Intervenção psicomotora no local de estágio

Na Unidade de Pedopsiquiatria, a psicomotricidade enquadra-se nas respostas terapêuticas disponibilizadas aos utentes. O processo de encaminhamento para psicomotricidade tem início no técnico de referência responsável pela criança/adolescente, podendo este ser pedopsiquiatra ou psicólogo. Este técnico de referência considera benéfico a indicação da criança/adolescente para o acompanhamento em psicomotricidade. Seguidamente, a estagiária realiza uma entrevista semiestruturada com a criança/adolescente e o seu encarregado de educação, de forma a recolher informações sobre o seu desenvolvimento, historial médico, dinâmica familiar, interesses/gostos, e ainda, as preocupações existentes, expectativas e dúvidas dos encarregados de educação relativamente ao acompanhamento da criança/adolescente. Após esta recolha de informação, realiza-se a observação psicomotora informal da criança/adolescente, na qual se pretende recolher informações sobre o seu comportamento, interesses e expressão psicomotora. Posteriormente, tem lugar a avaliação psicomotora que ocupa entre duas a três sessões, recorrendo a instrumentos de avaliação formal previamente selecionados tendo por base as características da criança, a idade, entre outros. Por fim, realiza-se a análise de todos os dados recolhidos anteriormente, a fim de se estabelecer o projeto terapêutico da criança/adolescente ajustado às suas necessidades e especificidades, e posterior intervenção psicomotora.

As sessões de psicomotricidade em contexto individual decorreram na sala polivalente e na sala de psicomotricidade, consoante a disponibilidade das mesmas, ambas localizadas no segundo piso da Unidade, todas elas com uma duração de 45 minutos. Já as sessões em contexto de grupo tiveram lugar na sala polivalente com uma duração de 60 minutos.

No que se refere aos materiais utilizados para a intervenção psicomotora, a sala polivalente apresenta um espaço amplo com a presença de uma mesa, cadeiras, um quadro branco, um espelho de grandes dimensões, e um armário onde se encontram almofadas, colchões e folhas brancas. Já a sala de psicomotricidade conta com almofadas, bastões, bolas, materiais de esponja, arcos, pinos, cones, tecidos, cordas, materiais artísticos, jogos de tabuleiro, livros de histórias, instrumentos musicais, blocos de madeira, colchões, paraquedas, plataformas de equilíbrio, entre outros. Existe ainda uma arrecadação onde se encontram materiais de maiores dimensões, e materiais que se encontram guardados sendo estes idênticos aos existentes na sala de psicomotricidade, como: bolas de pilates, bastões de diversas dimensões, puzzles, cordas, traves de equilíbrio, entre outros.

No que respeita à estrutura das sessões, esta é delineada tendo em conta as características da criança/adolescente e do grupo, contudo, independentemente da tipologia da sessão ser individual ou de grupo, todas elas decorreram com uma estrutura em comum dividida em três momentos: Conversa inicial, parte fundamental e conversa final. No decorrer da conversa inicial, é solicitado que a criança/adolescente partilhe um pouco do seu fim de semana ou de algum acontecimento

significativo para esta, seguindo-se o planeamento da sessão com as atividades sugeridas por a mesma. Já no que se refere à parte fundamental, são aqui realizadas as atividades propostas pela criança/adolescente ou atividades que surjam de forma espontânea no decorrer da sessão, encontrando-se estas sempre de acordo com os objetivos terapêuticos traçados. Por fim, na conversa final, é realizada uma pequena reflexão onde é solicitado que a criança/adolescente refira o que foi realizado durante a sessão, como se sentiu no decorrer da mesma, e a atividade que mais gostou e a que menos gostou, justificando a sua escolha.

3.3. Etapas de intervenção

Para que se inicie a intervenção psicomotora, é fulcral passar previamente por algumas etapas de avaliação (Ballouard, 2008b), uma vez que estas permitem uma compreensão minuciosa do caso (Figueira & Freitas, 2017). Assim sendo, a avaliação poderá dividir-se em métodos de avaliação quantitativa e métodos de avaliação qualitativa. Relativamente à avaliação qualitativa, referimo-nos à observação informal/observação psicomotora, ou seja, observar, escutar, decodificar, e conseqüentemente, atribuir uma intenção ao comportamento da criança/adolescente (Ballouard, 2008b), e à entrevista. Já no que se refere aos métodos de avaliação quantitativa ou avaliação formal, sendo estes instrumentos padronizados que deverão ser previamente selecionados tendo em conta as características individuais da criança/adolescente, e que permitem analisar os comportamentos, dificuldades e potencialidades existentes (Aragón, 2012; Ballouard, 2008b; Figueira & Freitas, 2017).

O processo de avaliação permite ao terapeuta não só ter um espaço para se estabelecer a relação terapêutica, mas também de obter informações sobre as dificuldades e potencialidades da criança/adolescente (Ballouard, 2008b). Também Fonseca (2010), refere que este processo permite captar as características, aquisições e capacidades adaptativas da criança/adolescente.

O primeiro encontro com a criança/adolescente e os seus pais, por norma diz respeito à entrevista (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022; Rodríguez & Llinares, 2008), sendo esta também considerada o primeiro momento do processo da avaliação psicomotora, onde o/a psicomotricista recolhe informações anamnésicas diversificadas (Aragón, 2012; Figueira & Freitas, 2017; Rodríguez & Llinares, 2008). Todas as informações recolhidas permitem que o/a psicomotricista ajuste o restante processo de avaliação às especificidades da criança/adolescente.

Após isto, segue-se a avaliação das funções psicomotoras que ocorre através da observação da expressividade psicomotora da criança/adolescente e aplicação de instrumentos de avaliação formal/instrumentos padronizados (Aragón, 2012; Rodríguez & Llinares, 2008). Relativamente à observação informal, esta é considerada um método de avaliação qualitativa que fornece ao psicomotricista informações sobre aspetos relacionados com o desenvolvimento psicomotor e competências sociais da criança/adolescente através da observação de parâmetros

psicomotores (Giromini et al., 2022), dos seus comportamentos, atividade/expressividade psicomotora espontânea (Aragón, 2012), e assim, adaptar o projeto terapêutico, e consequentemente, a intervenção às especificidades (Fonseca, 2010; Rodríguez & Llinares, 2008) e preferências da criança/adolescente, de forma a impulsionar o desenvolvimento das suas potencialidades, e ainda, o estabelecimento da relação e aliança terapêutica (Giromini et al., 2022; Rodríguez & Llinares, 2008). Apesar disso, muitas vezes é necessário complementar a informação obtida através da avaliação formal/quantitativa, e garantir uma avaliação mais completa com a aplicação de instrumentos padronizados (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022). Estes instrumentos permitem obter informações sobre a performance da criança/adolescente no que se refere aos fatores psicomotores, ou seja, ao seu desenvolvimento psicomotor no decorrer do processo de desenvolvimento (Aragón, 2012).

Após realizada a avaliação qualitativa e quantitativa, e tendo em conta os dados e informações recolhidas nestas, que contemplam as competências motoras, cognitivas e socioemocionais da criança (Figueira & Freitas, 2017; Rodríguez & Llinares, 2008), estabelece-se o projeto terapêutico de intervenção da criança/adolescente, onde constam objetivos terapêuticos, estratégias, e ainda, métodos e técnicas de intervenção (Maximiano, 2004), com o fim de se iniciar a intervenção propriamente dita. Segundo Fonseca (2010), a formulação de objetivos é personalizada e específica para cada criança/adolescente, envolvendo assim um planeamento e individualização da intervenção.

No final desta, realiza-se uma avaliação final como forma de verificar se os objetivos propostos sobre o projeto terapêutico da criança/adolescente foram atingidos, e se existe a necessidade de delinear um novo projeto terapêutico (Aragón, 2012; Fonseca, 2010), ou ajustar o mesmo tendo em conta as atuais necessidades da criança/adolescente (Fonseca, 2010).

Torna-se ainda importante referir que ao longo deste processo, deverá ocorrer a constante interação entre o terapeuta e a criança/adolescente, com o sentido de promover suporte e motivação à mesma, e a adaptação da situação às especificidades da criança/adolescente (Fonseca, 2010).

3.4. Descrição dos instrumentos de avaliação

O Draw a Person (DAP) desenvolvido por Jack Naglieri (1988), é um instrumento que permite avaliar o desenvolvimento cognitivo, nomeadamente, o nível de integração da imagem e esquema corporal, de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, através do desenho da figura humana. O DAP não se encontra validado para a população portuguesa, como tal, foi necessário utilizar os valores normativos referentes à população americana para interpretação dos resultados obtidos e descritos neste relatório (Naglieri, 1988). Para a aplicação deste instrumento, é solicitada a realização do desenho do Homem, da Mulher e do Próprio, por

esta mesma ordem, durante um máximo de cinco minutos para cada desenho. Relativamente à cotação, cada desenho será interpretado tendo em conta catorze critérios (braços, ligações entre partes do corpo, vestuário, orelhas, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco) cotados de acordo com quatro categorias (presença, detalhe, proporção, bônus). Cada desenho apresenta um resultado máximo de 64 pontos e um resultado máximo total do teste de 192 pontos, sendo estes valores posteriormente convertidos em valores standard e percentil, e interpretados através de tabelas normativas, que poderão classificar o desempenho da criança como: “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite ou deficiente” (Naglieri, 1988).

A Torre de Londres desenvolvida por Shallice (1982), permite avaliar a capacidade de planeamento e de resolução de problemas, e possíveis dificuldades ou défices, características essas que constituem a função executiva em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 13 anos e 11 meses (Anderson et al., 1996). A Torre de Londres não apresenta valores normativos, como tal, foi necessário realizar uma interpretação dos resultados obtidos e descritos neste relatório por referência a critério, tendo em conta a comparação do próprio desempenho do indivíduo entre a avaliação inicial e final. Foi ainda interpretado o tempo que a criança/adolescente utiliza no planeamento (inicia quando visualiza a imagem do problema e termina quando pega na esfera) e na execução do problema (tempo total da prova). Para a aplicação deste instrumento é necessário que a criança/adolescente movimente as três esferas (azul, vermelha e verde) sobre as três hastas verticais de diferentes tamanhos, reproduzindo os 12 problemas apresentados, tendo em conta que cada esfera só poderá ser movida individualmente e o número máximo de movimentos possíveis para a execução de cada problema (Anderson et al., 1996).

A Bateria Psicomotora (BPM) desenvolvida por Vítor da Fonseca (1975), apresenta como objetivo, identificar dificuldades psicomotoras e consequentemente, dificuldades de aprendizagem existentes, competências psicomotoras imaturas ou desadequadas e/ou sinais desviantes, analisar o desenvolvimento e maturidade psicomotora, e ainda, traçar o perfil psicomotor de crianças entre os 4 e os 12 anos, tendo sempre em conta o modelo de organização funcional do cérebro humano segundo Luria (Fonseca, 2010). A BPM não apresenta valores normativos, como tal, foi necessário realizar uma interpretação dos resultados obtidos e descritos neste relatório por referência a critério, tendo em conta a comparação do próprio desempenho do indivíduo entre a avaliação inicial e final. No decorrer do presente relatório, apenas foi aplicado e avaliado aos casos individuais acompanhados, o fator psicomotor referente à Tonicidade e à Estruturação Espaço-Temporal. De forma a realizar a cotação desta bateria, será necessário atribuir a cada fator e subfactor uma pontuação entre 1 e 4, onde 1 compreende um perfil apráxico (fraco) no qual se observa uma ausência de respostas, realização imperfeita, inadequada ou incompleta nas tarefas, evidentes sinais disfuncionais; 2 compreende um perfil dispráxico (satisfatório) com dificuldades de

controle e sinais desviantes; 3 compreende um perfil euprático (bom), verificando-se uma realização controlada, e adequada das tarefas; 4 compreende um perfil hiperprático (excelente), no qual as tarefas são executadas de forma perfeita, com controle total e de forma harmoniosa (Fonseca, 2010).

A NEPSY-II desenvolvida por Korkman, Kirk & Kemp (2007), apresenta como finalidade, a avaliação do funcionamento e desenvolvimento neuropsicológico de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos e 11 meses. A NEPSY-II permite obter informações sobre dificuldades a nível cognitivo, académico, social e comportamental. É constituído por 32 subtestes, compreendidos por seis domínios, sendo estes: Atenção/Função executiva; Linguagem; Memória e Aprendizagem; Função Sensório-motora; Percepção Social; Processamento Visuo-espacial. O presente instrumento não se encontra validado para a população portuguesa, como tal, foi necessário utilizar os valores normativos referentes à população americana para interpretação dos resultados obtidos e descritos neste relatório (Davis & Matthews, 2010).

No decorrer do presente relatório, apenas foi aplicado o subteste referente à Estátua. Este subteste encontra-se incluído sobre o domínio da Atenção/Função executiva, e permite obter informações sobre a capacidade de inibição, vigilância, monitorização e autorregulação da criança/adolescente (Davis & Matthews, 2010). Para a aplicação do presente subteste, é solicitado que a criança permaneça durante 75 segundos em posição bípede, de olhos fechados e imóvel, sem reagir às distrações executadas pelo avaliador. No que respeita à cotação, a cada cinco segundos da prova é registado as ações realizadas pela criança/adolescente (nenhum, movimento corporal, abrir olhos, vocalização), sendo que, é atribuído 0 pontos quando se observam duas ou três ações no decorrer de cada intervalo de cinco segundos; 1 ponto quando se observa uma ação; 2 pontos quando não se observa qualquer ação. O resultado máximo corresponde a 30 pontos. Após ser obtido este resultado final, é necessário consultar uma tabela normativa, verificando a idade equivalente à pontuação bruta obtida através da prestação da criança/adolescente na prova.

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, segunda edição (*Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, second editions*; BOT-2) desenvolvido por Bruininks (1978), apresenta como principal enfoque, a avaliação da proficiência motora de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 21 anos e 11 meses. Permite também obter informações sobre as habilidades motoras globais e finas, e ainda, identificar a presença de alguma disfunção e/ou atraso no seu desenvolvimento motor (Lisot & Cavalli, 1995; Bruininks & Bruininks, 2005). O BOT-2 não se encontra validado para a população portuguesa, como tal, foi necessário utilizar os valores normativos referentes à população americana para interpretação dos resultados obtidos e descritos neste relatório (Lisot & Cavalli, 1995).

O BOT-2 compreende duas versões, a versão completa e a versão reduzida, contudo, no presente relatório, apenas foi aplicada a versão reduzida. Esta versão é constituída por oito

domínios, que se encontram enquadrados sobre quatro áreas, sendo estas: Controlo Manual Fino (Precisão Motora Fina, Integração Motora Fina); Coordenação Manual (Destreza Manual, Coordenação dos Membros Superiores); Coordenação Corporal (Coordenação Bilateral, Equilíbrio); Força e Agilidade (Corrida de Velocidade Agilidade, Força). Relativamente à cotação, esta é feita tendo em conta a soma da pontuação obtida em cada subteste, obtendo-se assim uma pontuação total, sendo que a pontuação máxima equivale a 72 pontos. Seguidamente, esta pontuação final terá uma categoria descritiva, um valor standard e um percentil associado, que permitirá obter o perfil deste e comparar os seus resultados com a média tendo em conta o género e idade cronológica do indivíduo (Lisot & Cavalli, 1995; Bruininks & Bruininks, 2005).

A Grelha de observação de Sánchez e Martínez (2000), permite recolher dados e avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança através da observação de parâmetros psicomotores (Bolarín, 1994 cit. por Sánchez & Martínez, 2000), apresentando como domínios: Movimento; Gestualidade; Postura; Tónus; Espaço; Tempo; Objetos; Outros; Representação. Este instrumento permite observar e avaliar como a criança se movimenta, como se relaciona com os objetos, e com o espaço, entre outros parâmetros, permite reter informação sobre a expressividade motora da criança, e assim determinar o seu potencial, desenvolvimento motor, afetivo, cognitivo e maturação, durante uma sessão de psicomotricidade, ou no seu quotidiano, locais onde a criança se expressa espontaneamente, sem se aperceber que está a ser avaliada (Sánchez & Martínez, 2000).

O Questionário de Capacidade e de Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ), foi desenvolvido por Goodman (1997), e apresenta como finalidade, avaliar e identificar os comportamentos sociais adequados e inadequados de crianças e adolescentes, ou seja, realizar uma triagem comportamental (Goodman, 1997). O SDQ pode ser aplicado à criança/adolescente, pais e professores, sendo que a versão referente à autoavaliação é aplicada a indivíduos com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, já as versões de heteroavaliação (pais e professores) poderá ser aplicada aos responsáveis de indivíduos dos 4 aos 16 anos. O presente questionário encontra-se constituído por 25 itens compreendidos por cinco subescalas, sendo estas: Hiperatividade; Problemas de Comportamento; Problemas de Relacionamento com os pares; Sintomas Emocionais; Comportamento Pró-Social. Cada item, deverá ser preenchido tendo em conta três opções, sendo elas, “não é verdade”, “é um pouco verdade” ou “é muito verdade”. Existe ainda um suplemento de impacto, que permite verificar o impacto que as dificuldades da criança/adolescente apresentam sobre o quotidiano da mesma (Goodman, 1997; Goodman, 1999).

Relativamente à cotação, a cada item é atribuído uma pontuação entre 0 e 2 pontos, contudo, a atribuição desta pontuação varia de item para item e se este apresenta características positivas ou negativas. A cotação de cada subescala obtém-se através do somatório das pontuações em cada item pertencente a essa mesma escala, podendo esta variar entre 0 e 10 pontos. A pontuação total

que poderá variar entre 0 e 40 pontos, realiza-se através do somatório de quatro subescalas, sendo estas: Hiperatividade; Problemas de Comportamento; Problemas de Relacionamento com os pares; Sintomas Emocionais. A escala referente ao Comportamento Pró-Social não é aqui incluída, uma vez que pontuações elevadas nesta subescala equivalem a potencialidades, enquanto nas restantes subescalas equivalem a dificuldades. Após esta pontuação, é possível verificar em que categoria se enquadra cada subescala, e assim verificar se o comportamento da criança/adolescente se enquadrado na categoria “normal”, “limítrofe” ou “anormal” (Goodman, 1997; Goodman, 1999).

A Escala de Autoconceito de Piers-Harris (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*; PHCSCS-2), é uma escala de versão reduzida, adaptada e validada por Veiga (2006) para a população portuguesa. Esta escala de medida do autoconceito, foi criada e desenvolvida pelo psicólogo americano Piers (1969,1988) (Veiga, 2005). Este questionário de autorrelato é utilizado em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos, com o objetivo de avaliar o nível do autoconceito das crianças/adolescentes, como estes se percebem a si próprios, aos seus atributos e comportamentos. A versão reduzida da PHCSCS-2 é constituída por 60 itens, enquadrados sobre seis domínios, sendo estes: Aspeto Comportamental (AC); Estatuto Intelectual e Escolar (EI); Aparência e Atributos Físicos (AF); Ansiedade (AN); Popularidade (PO); Satisfação e Felicidade (SF). Em cada item, existem duas respostas possíveis, o “sim” e o “não”, contudo, estes podem encontrar-se expostos no sentido positivo ou negativo. Relativamente à cotação das respostas dadas pelo indivíduo, é atribuído 1 ponto ou 0 pontos, conforme a resposta dada seja considerada uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação de cada item (Veiga, 2006).

A Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (*Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*; LOFOPT), foi desenvolvida por Coppinolle e colaboradores (1989), apresentando como finalidade, a avaliação e obtenção de informação sobre comportamentos desviantes que se evidenciam em tarefas de movimento. Esta escala é constituída por nove domínios, sendo estes: Relação Emocional; Autoconfiança; Atividade; Relaxação; Controlo de Movimento; Focalização; Expressão Corporal; Comunicação Verbal; Capacidade de Regulação Social. Cada domínio poderá ser cotado através de uma escala que compreende 7 diferentes pontuações, e que varia entre -3 pontos e +3 pontos, sendo que +3 pontos corresponde a um comportamento excessivamente perturbado, -3 pontos corresponde a um comportamento oposto mas perturbado, e 0 pontos corresponde a um comportamento adequado, não perturbado (Coppinolle et al., 1989). A presente escala de observação foi apenas aplicada nos casos acompanhados em grupo.

3.5. Descrição dos casos acompanhados

No decorrer do presente estágio foram acompanhadas um total de 37

crianças/adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, sendo que a intervenção destas compreendeu dinâmicas de grupo e individuais. As crianças referidas anteriormente apresentam diversas problemáticas que se enquadram nas perturbações do comportamento, ansiedade, depressão, entre outros. Seguidamente, serão apresentados com maior detalhe todos os casos acompanhados em grupo e individualmente.

3.5.1. Individualmente

No que se refere à intervenção individual, foram acompanhadas três crianças de diferentes idades, problemáticas, e motivos de encaminhamento. O acompanhamento teve uma frequência semanal e duração de 45 minutos, na sala polivalente da Unidade. A intervenção ocorreu entre novembro a junho, perfazendo um total de 8 meses de intervenção, contemplando neste período todas as fases de intervenção. Antes de se dar início à intervenção, realizou-se um encontro com o encarregado de educação de cada criança/adolescente, com a finalidade de realizar a anamnese, explicar em que consiste a intervenção psicomotora, dar espaço para esclarecer algumas dúvidas existentes e ainda assinar uma declaração de consentimento informado (ver Anexo I), com o sentido de permitir iniciar-se a intervenção propriamente dita.

De seguida, encontra-se descrito brevemente um dos três casos acompanhados individualmente, sendo os restantes dois casos apresentados posteriormente de forma mais aprofundada, atribuindo-lhes maior ênfase, pois compreendem os Estudos de Casos. Este caso diz respeito à Sessão individual 2, nomeada no Horário semanal. Na Tabela 3 consta a identificação e contextualização do Caso “Tiago” (nome fictício), a descrição dos resultados da avaliação inicial e final, e ainda, a progressão terapêutica do mesmo. Já na Tabela 4, consta o projeto terapêutico do caso mencionado anteriormente.

Caso 1: “Tiago”

Tabela 3.

Descrição da intervenção individual Caso “Tiago”

Identificação	Idade: 13 anos e 1 mês (idade cronológica calculada no início do processo de avaliação); Género: Masculino; Ano de escolaridade: 8º ano; Acompanhamento: Pedopsiquiatria e Psicomotricidade.
Motivo de encaminhamento	“Adolescente referenciado às consultas de pedopsiquiatria por um quadro de tristeza com impulsividade. Previamente seguido num Centro de Desenvolvimento da Criança por Perturbação da Linguagem, fez terapia da fala. Refere dificuldade na motricidade fina, nomeadamente em aulas de EV e na marcha. Pede-se avaliação em psicomotricidade” Informação clínica resumida retirada do pedido de consulta para psicomotricidade.
Dados da anamnese	Coabita com o pai, mãe e uma irmã de 18 anos de idade. Dos 5 aos 9 anos, passava pouco tempo com os pais, devido à sua incompatibilidade de horários destes, encontrando-se frequentemente na casa dos avós. Gravidez planeada. Parto distócico por ventosas às 39 semanas. Aquisição da marcha aos 11 meses. Verbalização das primeiras palavras aos 3 anos, idade em que ingressou no infantário, pai refere que esta desenvolveu-se tarde, pois segundo este, a ama onde permaneceu o Tiago dos seus 5 meses até aos 3 anos, tinha pouca experiência, ele não era estimulado, nem tinha contacto com outras crianças. Controlo dos esfíncteres no período diurno aos 3 anos e no período noturno aos 8/9 anos. Até aos 5 anos o Tiago não tinha cama própria, dormia com a irmã no quarto desta ou na cama dos pais. O pai refere que isto ocorreu devido às dificuldades a nível do sono que o Tiago apresentava até esta idade, por consequência de dificuldades respiratórias (Roncopatia). Submetido a uma intervenção cirúrgica aos 5 anos com “amígdala parcial e adenoidectomia e colocação de tubos transtimpânicos” (informação retirada do processo clínico). Pai refere que após esta intervenção cirúrgica as dificuldades cessaram e começou a dormir sozinho. Pai refere que o Tiago é muito introvertido, não expressa os seus sentimentos e emoções, nem perante a família. Verbalização pouco audível. Aproveitamento escolar suficiente, sem reprovações. Pai considera que a aprendizagem do adolescente foi prejudicada pelas dificuldades de linguagem e de visão existentes. Tiago iria iniciar a prática de basquetebol três vezes por semana no mês de dezembro de 2021, contudo, desistiu da sua inscrição, sem interesse noutras atividades. A grande preocupação dos pais encontra-se a nível das dificuldades na motricidade fina verificadas pela professora do Tiago, as suas dificuldades em lidar com a frustração, e o facto de se expressar pouco sendo pouco audível. Foi diagnosticado com Perturbação da linguagem aos 5 anos, com comprometimento a nível da linguagem expressiva, leitura e escrita, e com Perturbação da Aprendizagem Específica aos 8 anos, com prejuízos sobre a expressão escrita (disortografia), decorrente da Perturbação da linguagem existente. Vítima de <i>Bullying</i> aos 9 anos, atualmente sem complicações. Tristeza marcada e ideação suicida aos 13 anos.
Avaliação inicial	Grêlha de observação informal de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003): Movimento lento, muito tenso, grande rigidez, no entanto, é capaz de ajustar a sua velocidade e o seu ritmo à situação. A lateralidade do Tiago encontra-se bem definida, revelando uma preferência pela utilização do lado direito do corpo. Em relação ao equilíbrio, o adolescente é capaz de permanecer imóvel em apoio unipedal, revelando-se apenas ligeiras reequilibrações e dificuldades sobre o equilíbrio dinâmico. Não se expressa facialmente, apenas corporalmente, sendo aparentemente considerado um adolescente pouco expressivo. Tónus postural, de base e em movimento hipertónico, grande preferência por permanecer sentado, contudo, é capaz de adaptar a sua postura às situações e quando lhe é solicitado. Hiperativo, sendo que na realização de qualquer tarefa, observa-se uma grande tensão e ansiedade. A motricidade global, poderá encontrar-se afetada devido à tensão e rigidez que o Tiago apresenta na realização de qualquer tarefas. Preferência por se encontrar no espaço longe do outro, contudo, é capaz de abrir o seu espaço a este, com aparente desconforto e tensão. Ajusta-se aos tempos da sessão, sem qualquer interrupção da mesma. Apenas utiliza os objetos por indicação do adulto, é capaz de partilhá-los com o outro. Escuta, espera, aceita a opinião do adulto, mantém-se passivo e por vezes indiferente à presença da terapeuta. Procura o adulto como forma de aprovação, manifestando esta necessidade através da expressão corporal. Revelou dificuldades na simbolização, regulação e consciencialização emocional, não sendo capaz de exprimir as suas emoções perante os outros; BPM: Foram avaliados os fatores Tonicidade, Estruturação Espaço-Temporal e Praxia Fina. Obteve uma pontuação 3, no fator tonicidade e no fator praxia fina, sendo que na tonicidade revelou insensibilidade ao peso dos membros, grandes tensões, rigidez, contração muscular e resistência em todas as manipulações, na praxia fina revelou dificuldades sobre o planeamento micromotor. Já no fator estruturação espaço-temporal, obteve uma pontuação 4, verificando-se apenas ligeiras dificuldades sobre a sequencialização visuoespacial e uma desorganização espacial. Revelando-se assim um perfil eupráxico e hipertónico; Estátua de Nepsy-II: Foram observadas ligeiras reequilibrações, revelando-se uma insegurança a nível gravitacional, e sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos, sendo ainda observado reações (Abrir os olhos e movimento corporal) em três das cinco distrações introduzidas pela terapeuta. No decorrer de toda a prova, observaram-se reações tónico-emocionais e ligeiros movimentos corporais. Obteve um total de 21 pontos, sendo a cotação máxima de 30 pontos, o que revela dificuldades sobre o controlo inibitório e a autorregulação, uma vez que a sua pontuação equivale à prestação de uma criança entre os quatro anos e seis meses, e os quatro anos e onze meses. Contudo, estes resultados permitem referir o contrário, pois o Tiago apresenta um excessivo controlo inibitório, e uma excessiva hipervigilância, sendo que o adolescente não confia no <i>setting</i> que se encontra ao seu redor; Torre de Londres: Executou a resolução de todos os problemas que lhe foram expostos com tempo de planeamento e de resolução de problemas muito reduzido. O Tiago mostrou-se bastante tenso, com movimentos adaptadores do Eu (abandar os pés), e sem comunicação verbal. Apenas

	<p>completou dois dos doze problemas à segunda tentativa, sendo os restantes completados à primeira tentativa. Obteve uma pontuação total de 34 pontos, sendo a cotação máxima de 36 pontos, demonstrando assim uma adequada capacidade de execução e resolução de problemas, contudo, considera-se que existem dificuldades sobre a capacidade de planeamento motor; DAP: O Tiago recusou a realização deste instrumento, permanecendo muito ansioso, com movimentos adaptadores do Eu (abanar os pés), postura inibida e tensa, sem qualquer verbalização; BOT-2: Aderiu a todas as provas realizando as mesmas com movimentos acompanhados por uma grande tensão, rigidez e ansiedade. Obteve um total de 50 pontos, sendo a cotação máxima de 74 pontos, tal pontuação equivale a um standard score de 37, e a um percentile 10, o que significa que o adolescente se encontra Abaixo da Média, encontrando-se comprometidas as áreas referentes à destreza manual (planeamento motor, motricidade fina), força e agilidade (equilíbrio dinâmico), e força; SDQ: Na versão autoavaliação, a Escala de Comportamento Pró-social, apresenta uma classificação categorizada como Limítrofe, encontrando-se esta área comprometida. Na versão dos pais, a Escala de Problemas de Comportamento apresenta a pontuação mais baixa, e como tal, é a área que se verifica mais favorável, não se verificando áreas comprometidas. Obteve um total de 8 pontos na versão autoavaliação, sendo o valor máximo de 40 pontos, tal pontuação revela uma classificação final categorizada como <i>Normal</i>. Já na versão pais, obteve um total de 5 pontos, sendo a cotação máxima de 40 pontos, tal pontuação revela uma classificação final categorizada como <i>Normal</i>, no que se refere ao suplemento de impacto obteve um total de 0 pontos, sendo a cotação máxima de 10 pontos, tal pontuação revela uma classificação final categorizada como <i>Normal</i>. Não foi possível obter resultados da versão professores, por falta de participação do mesmo no questionário; Escala de Autoconceito de Piers-Harris: O fator Satisfação e Felicidade encontra-se com uma pontuação máxima, já os fatores Popularidade, Estatuto Intelectual, Atributos e Aparência Física e Ansiedade, apresentam as pontuações mais baixas, e como tal, encontram-se comprometidos. Obteve um total de 41 pontos, sendo a cotação máxima de 60 pontos, revelando-se assim um percentil entre 15-28 pontos, o que significa que o adolescente se encontra Abaixo da Média. Com estes resultados, conclui-se que o Tiago apresenta um baixo autoconceito.</p>
<p>Avaliação final</p>	<p>Grelha de observação informal de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003): Movimento hábil, tenso, capaz de ajustar a sua velocidade e o seu ritmo à situação. A lateralidade do Tiago encontra-se bem definida, revelando uma preferência pela utilização do lado direito do corpo. Em relação ao equilíbrio, o adolescente apresenta um adequado equilíbrio dinâmico sem quaisquer reequilibrações, sendo ainda capaz de permanecer imóvel em apoio unipedal. Expressa-se pouco facialmente, fazendo-o mais frequentemente através da expressão corporal. Tônus postural, de base e em movimento hipertónico, grande preferência por permanecer sentado, contudo, é capaz de adaptar a sua postura às situações e quando lhe é solicitado. Preferência por se encontrar no espaço longe do outro, contudo, é capaz de abrir o seu espaço a este, com aparente desconforto. Ajusta-se aos tempos da sessão, sem qualquer interrupção da mesma. Utiliza os objetos por indicação do adulto, mas também por sua iniciativa, sendo capaz de partilhá-los com o outro. Escuta, espera, aceita a opinião do adulto, contudo, por vezes colabora com este, apesar de se manter predominantemente passivo. Procura o adulto como forma de aprovação, manifestando esta necessidade através da expressão corporal, sendo capaz de verbalmente pedir ajuda ao mesmo. Revelou dificuldades na simbolização, regulação e consciencialização emocional, não sendo capaz de exprimir as suas emoções perante os outros; BPM: Foram avaliados os fatores Tonicidade, Estruturação Espaço-Temporal e Praxia Fina. Obteve uma pontuação 3, no fator tonicidade, sendo que revelou uma ligeira insensibilidade ao peso dos membros, rigidez muscular, esforço na realização das tarefas, dificuldade em descontrair os membros e em aceder à passividade. Já no fator estruturação espaço-temporal e no fator praxia fina, obteve uma pontuação 4, sem demonstrar aparentes dificuldades em nenhum dos subfatores. Revelando-se assim um perfil euprático e hipertónico; Estátua de Nepsy-II: Foram observadas ligeiras reequilibrações, revelando-se uma insegurança a nível gravitacional, e sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos, contudo, o adolescente permaneceu toda a prova de olhos fechados, sem movimentos corporais e sem reações a nenhuma das distrações introduzidas pela terapeuta. Obteve um total de 30 pontos, sendo a cotação máxima de 30 pontos, tal pontuação revela um adequado controlo inibitório e a autorregulação; Torre de Londres: Executou a resolução de todos os problemas que lhe foram expostos, com tempo de planeamento e de resolução de problemas muito reduzido. Não se observaram resistências nem ansiedade no decorrer da realização da prova. O Tiago apenas completou um dos doze problemas à segunda tentativa, sendo os restantes completados à primeira tentativa. Obteve uma pontuação total de 35 pontos, sendo a cotação máxima de 36 pontos, demonstrando assim uma adequada capacidade de execução e resolução de problemas, e de planeamento motor; DAP: Recusou novamente a realização deste instrumento; BOT-2: Realizou todas as tarefas com movimentos rápidos, demonstrando uma grande avidez nos mesmos, com iniciativa, verbalização, sem quaisquer hesitação e aparentes dificuldades. Obteve um total de 57 pontos, sendo a cotação máxima de 74 pontos, tal pontuação equivale a um standard score de 46, e a um percentile 35, o que significa que o adolescente se encontra na Média; SDQ: Na versão autoavaliação, a Escala de Hiperatividade apresenta uma classificação categorizada como Limítrofe, encontrando-se esta área comprometida. Já a Escala de Problemas de Comportamento e a Escala de Problemas de Relacionamento com Colegas, apresentam a pontuação mais baixa, sendo estas as áreas aparentemente mais favoráveis. Já na versão dos pais, tanto a Escala de Hiperatividade como a Escala de Problemas de Relacionamento com Colegas encontram-se categorizadas como Limítrofe, e a Escala de Sintomas Emocionais categorizada como Anormal. A Escala de Problemas de Comportamento, apresentam a cotação mais favorável. Obteve um total de 11 pontos na versão autoavaliação, sendo o valor máximo de 40 pontos, tal pontuação revela uma classificação final categorizada como <i>Normal</i>. Já na versão pais, obteve um total de 17 pontos, sendo a cotação máxima de 40 pontos, tal pontuação revela uma classificação final categorizada como Anormal, no que se refere ao suplemento de impacto obteve um total de 4 pontos, sendo a cotação máxima de 10 pontos, tal pontuação revela uma classificação final categorizada como Anormal; Escala de Autoconceito de Piers-Harris: O fator Satisfação e Felicidade, e ainda, o fator Aspeto Comportamental, encontram-se com a pontuação máxima, já o fator Estatuto Intelectual, apresenta a pontuação mais baixa, e como tal, encontra-se comprometido. Obteve um total de 42 pontos, sendo a cotação máxima de 60 pontos, revelando-se assim um percentil entre 15-28 pontos, o que significa que o adolescente</p>

<p>Progressão terapêutica</p>	<p>se encontra abaixo da Média. Com estes resultados, conclui-se que o Tiago apresenta um baixo autoconceito.</p> <p>Tendo em conta a comparação dos resultados e <i>performances</i> do adolescente referente à avaliação inicial e final, verifica-se com a BPM que, o adolescente atualmente apresenta uma diminuição muito expressiva sobre a rigidez e tensões musculares (regulação do tónus), apesar de se considerar ainda hipertónico, sem resistências para executar as tarefas exigidas, ao contrário do que ocorreu na avaliação inicial. Não se verificaram dificuldades sobre o fator da praxia fina no final da intervenção, tal como se observou na avaliação inicial, o que permite referir que talvez o adolescente não apresente comprometimentos sobre este fator, contudo, a sua rigidez muscular e consequentemente a sua hipertonicidade, comprometa a sua <i>performance</i> em tarefas que envolvam a praxia fina. Com a Estátua de Nepsy-II, verifica-se que o Tiago revela atualmente um adequado controlo inibitório e a autorregulação, ao contrário do que se verificou no início da intervenção, talvez associado ao <i>setting</i> terapêutico contentor e securizante que no final da intervenção se encontrava estabelecido. A Torre de Londres permitiu observar melhorias sobre o planeamento motor do adolescente, e ainda, da sua postura perante a avaliação, pois inicialmente encontrava-se bastante tenso e sem qualquer comunicação verbal, já no final da intervenção, a ansiedade demonstrada cessou, mantendo uma postura bastante descontraída, concentrado na tarefa, sendo capaz de utilizar a verbalização para colocar dúvidas à terapeuta. Apesar da aplicação do DAP ser recusada pelo adolescente tanto na avaliação inicial como na final, é importante referir que a postura do adolescente se alterou nestes dois momentos, pois na avaliação inicial encontrava-se muito ansioso, com uma postura inibida, imóvel e tensa, sem qualquer verbalização, já na avaliação final o adolescente foi capaz de verbalizar que preferia não realizar esta tarefa, mantendo-se calmo. Relativamente ao BOT-2, verificou-se que no final da intervenção o adolescente apresentou iniciativa e empenho em realizar as tarefas propostas, sendo ainda capaz de questionar a terapeuta sobre dúvidas que teria no desempenho de algumas tarefas, no início da intervenção o adolescente manteve-se sem reação e em silêncio até a terapeuta perceber a dificuldade que este teria ou a ajuda que precisaria. No preenchimento do questionário SDQ e da Escala de Autoconceito de Piers-Harris, o Tiago manteve uma postura adequada, aparentemente sem ansiedade, sendo mais uma vez capaz de questionar a terapeuta espontaneamente sobre dúvidas que apresentava, já no início da intervenção, este não foi capaz de o fazer, sendo necessário a terapeuta questionar se necessitava de ajuda, pois permanecia em silêncio, ansioso e imóvel. Com a aplicação do SDQ, foi possível verificar quem nem sempre a percepção do adolescente se encontra semelhante à percepção que os pais apresentam sobre este, e ainda, que as respostas da avaliação inicial são significativamente diferentes das respostas da avaliação final, tanto na versão da auto-avaliação como na versão dos pais, podendo isto significar a influência que a intervenção teve sobre os comportamentos do adolescente, mas também a influência que a relação terapêutica estabelecida com o adolescente e com os pais apresenta sobre a sua confiança nesta, e consequentemente, a sinceridade na realização das respostas e na abordagem às dificuldades do adolescente. Por fim, a Escala de Autoconceito de Piers-Harris, permite verificar, que no final da intervenção existe um maior número de fatores com pontuações mais elevadas, e menos fatores com pontuação mais baixa, apesar da cotação total ser semelhante e o adolescente se encontrar igualmente com um baixo autoconceito. No geral, verifica-se que o Tiago se encontra atualmente mais envolvido, empenhado, menos ansioso e inibido, mais concentrado nas tarefas, com melhorias sobre a verbalização apesar de se manter com um discurso inaudível e esporádico, maior iniciativa, partilha espontânea, capaz de dar a sua opinião, de solicitar ajuda, maior capacidade de exteriorizar as emoções e consequentemente de tolerar a frustração, embora ainda de forma contida, sendo também capaz de se afirmar e confrontar a terapeuta, e ainda, com evolução sobre a tensão e rigidez muscular, apesar de as mesmas ainda se verificarem. No que toca à percepção da mãe, esta relatou que o adolescente se encontra mais motivado, concentrado, com melhorias sobre o aproveitamento escolar, mais sociável com os pares e consequentemente, com menor isolamento social, expressa mais os seus sentimentos, apresenta maior capacidade de lidar com a frustração, menos ansioso, mais comunicativo, interessado na dinâmica e assuntos familiares. Torna-se importante referir que, apesar de não ser possível realizar uma intervenção dirigida aos fatores psicomotores, por recusa do adolescente tendo em conta a sua dificuldade em realizar atividades com maior exposição corporal, considerou-se favorável a aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação, na avaliação inicial e final, com o propósito de perceber a implicação que a relação terapêutica poderia apresentar sobre os fatores psicomotores. Neste sentido, deu-se prioridade a uma intervenção focada no estabelecimento de uma relação contentora e de confiança. Desta forma, foi possível verificar que o estabelecimento de um <i>setting</i> terapêutico contentor e securizante, e consequentemente, de uma relação terapêutica de confiança, é deverás importante e significativo tanto para o domínio sócio-emocional e cognitivo, como para o domínio psicomotor do indivíduo, pois apesar da intervenção não se encontrar focada nos fatores psicomotores, nem incluir atividades psicomotoras, estes fatores revelaram melhorias significativas. Contudo, apesar das melhorias que se verificaram, seria benéfico o Tiago continuar o acompanhamento em psicomotricidade, uma vez que existe uma grande preocupação com a tristeza, ansiedade e impulsividade que este apresenta, mas que se encontra contida e inibida, apesar de não ter sido este o motivo pelo qual foi encaminhado. Considera-se ainda preocupante as suas dificuldades a nível da socialização, sendo pertinente mais tarde iniciar a intervenção em grupo terapêutico.</p> <p>No decorrer da intervenção com o Tiago houve a necessidade de ajustar o projeto terapêutico, sendo alterados os objetivos terapêuticos deste. Esta necessidade deveu-se à grande inibição psicomotora e total recusa de qualquer atividade que implicasse uma maior exposição corporal. Os objetivos que foram trabalhados ao longo da intervenção encontram-se assinalados com um asterisco na Tabela 4.</p>
--------------------------------------	--

Tabela 4.

Projeto Terapêutico Caso "Tiago"

Perfil Intra-Individual	
Áreas/comportamentos fortes (integridade)	Áreas/comportamentos fracas/os (necessidade)
Controlo tónico (Diadocinésias; Sincinésias); Lateralidade; Noção do corpo (Coordenação bilateral); Estruturação Espaço-temporal (Representação topográfica; Estruturação rítmica); Motricidade global (Coordenação dos membros superiores, Coordenação óculo-manual); Motricidade fina (Tamborilar; Velocidade de precisão; Proficiência motora fina, Integração motora fina); Competências cognitivas (Atenção/Concentração; Resolução de problemas); Estruturação Espaço-temporal (Organização; Estruturação dinâmica).	Controlo tónico (Extensibilidade; Passividade; Paratonia); Equilíbrio (Dinâmico); Motricidade fina (Destreza manual; Planeamento micromotor); Competências cognitivas (Capacidade simbólica; Planeamento motor); Competências socio-emocionais (Autorregulação/Controlo inibitório; Ansiedade; Regulação emocional; Pouca motivação; Pouca colaboração; Pouca disponibilidade relacional; Pouca disponibilidade para a realização de tarefas propostas; Pouca verbalização; Postura inibida e rígida; Comportamento pró-social)
Objetivos Terapêuticos	
Objetivos gerais	Objetivos específicos
Normalizar o tônus muscular	Aumentar o grau de descontração voluntária, sem apresentar tensões musculares
	Aceder e permanecer num estado de passividade e de abandono
	Consciencializar os estados de tensão e descontração, ao nível dos membros superiores e inferiores
Estimular o equilíbrio	Promover o controlo do equilíbrio estático (Ponta dos pés e apoio unipedal)
	Promover o controlo do equilíbrio dinâmico
Melhorar a praxia fina	Promover a apreensão e manipulação de objetos de pequenas dimensões
	Promover a destreza manual
	Promover o planeamento micromotor
Promover as competências cognitivas	Promover o planeamento motor*
	Promover a simbolização
Promover as competências socio-emocionais	Promover a consciencialização e exteriorização de sentimentos e emoções*
	Promover a regulação emocional* (Controlo dos estados ansiosos)
	Promover a comunicação verbal e maximizar as competências linguísticas*
	Adequar o comportamento* (Inibição psicomotora; Impulsividade)
Técnicas, métodos e/ou mediadores terapêuticos aplicados na intervenção	
Jogo espontâneo (Jogos de tabuleiro, UNO, jenga, mikado, jogo memória, batalha naval, jogo da rolha, 4 em linha, entre outros)	

3.1.1. Grupos

No âmbito dos projetos da Área de Dia e do Hospital de Dia, a estagiária acompanhou seis grupos terapêuticos, em co-terapia com a psicomotricista local e colega de estágio do Mestrado em Psicomotricidade, participando ainda ocasionalmente num sétimo grupo quando seria necessário substituir uma das coterapeutas por faltas de comparência da mesma por motivos de doença. Torna-se importante referir que as tabelas referentes aos grupos da Área de Dia e Hospital de Dia, perfazendo um total de seis tabelas, foram elaboradas em conjunto com a colega de estágio Maria do Carmo Chichorro, uma vez que todos os grupos contaram com a participação ativa de ambas.

Os grupos terapêuticos com crianças e adolescentes com perturbação do comportamento, são geralmente constituídos por um máximo de 6 crianças e 2 terapeutas, de forma a garantir que os limites e regras impostas sejam cumpridas e assim a sessão se torne um local seguro, facilitador e estruturado para o grupo e terapeutas. A estruturação e previsibilidade da sessão e das regras impostas, permite que o grupo permaneça mais calmo. As sessões devem ter sempre a mesma estrutura, obedecendo a uma duração de 60 minutos, realizadas uma vez por semana sobre a mesma sala e cumprindo o mesmo horário. A sessão inicia-se com a realização de um círculo, de forma a debater acontecimentos relevantes para os elementos do grupo, posteriormente são realizadas atividades lúdicas, onde são estimulados os objetivos que constam sobre o projeto terapêutico, e no final da sessão, é novamente realizado um círculo onde as crianças partilham livremente tudo o que sentiram durante a sessão (Kernberg & Chazan, 1992; Malpique et al., 1988). Nesta população, os principais objetivos delineados para uma sessão de psicomotricidade, assentam na promoção das capacidades de mentalização e simbolização, das competências sociais e da autoestima, sendo que estes são atingidos através das atividades lúdicas, grupo terapêutico e relação terapêutica (Almeida et al., 2005; Veiga, 2012).

O grupo terapêutico garante a estimulação da socialização das crianças, permite que cada elemento do grupo assegure a sua identidade, diferenciando-se destes, permite que a criança observe os seus pares e verifique a existência de problemas semelhantes ou até diferentes dos seus, receba *feedback* positivo dos mesmos, o que permite que esta altere e regule os seus comportamentos de agressividade e impulsividade, ou que partilhe e expresse com o grupo os seus sentimentos, emoções, frustrações e inquietudes de diferentes formas, contribuindo para a sua regulação emocional, o seu autoconhecimento, relacionamento, cooperação com os outros, minimizar os sentimentos de isolamento, conflitos internos, ansiedade e potenciar o respeito pelas regras impostas (Kernberg & Chazan, 1992). A mentalidade grupal, permite formar uma representação do mundo interno, tanto de cada elemento do grupo, como do grupo num todo, sendo que, através desta relação transferencial forma-se uma unidade, unidade essa que nas crianças/adolescentes, permite a formação ou afirmação da sua identidade e distanciamento dos pais/cuidadores (Malpique et al., 1988).

A intervenção com estas crianças/adolescentes, divide-se em três fases, a fase de pré-afiliação, fase intermédia e fase final (Kernberg & Chazan, 1992). A fase de pré afiliação, compreende a procura de autoridade do grupo e a resolução de problemas de dependência, e é caracterizada por uma grande ansiedade por parte das crianças. A sala deve conter poucos materiais, devem ser atribuídos lugares a cada criança de forma que estas se sintam integradas no grupo e que a sua ausência é verificada por todos, o que permite um aumento da autoestima, previsibilidade e organização. Estabelecer limites é importante para estabelecer uma estruturação e para que o grupo perceba que o terapeuta é o responsável por este. A fase intermédia, é caracterizada por conflitos de intimidade, dependência e desenvolvimento das habilidades sociais. Nesta fase é eleito um líder para o grupo ou este divide-se em dois subgrupos, as crianças já são capazes de aceitar e respeitar as figuras de autoridade, limites e regras, a sua autoestima e auto-imagem melhoram. É evidente a agressividade e impulsividade do grupo sobre o líder do mesmo, e sobre os terapeutas. Por fim, a fase final determina o fim do grupo, as crianças devem permanecer a par de toda esta informação, de forma que estas vivenciem da melhor forma este processo de separação. Durante esta fase, podem manifestar-se novamente situações de dependência com função reparadora, sendo esta caracterizada pela individuação de cada elemento do grupo e impulsividade das crianças, resultante do fim do processo terapêutico com este grupo (Kernberg & Chazan, 1992; Malpique et al., 1988).

Grupos Área de Dia

No âmbito do projeto da Área de Dia, foram acompanhados três grupos terapêuticos, sendo um quarto grupo (Grupo 2) acompanhado ocasionalmente, como referido anteriormente. Todos os grupos são mistos e integram cinco crianças, exceto o grupo acompanhado ocasionalmente que é composto apenas por crianças do sexo masculino. A intervenção teve início a 15 de novembro de 2021 e término a 20 de junho de 2022, sendo realizadas um total de 25 sessões, com frequência semanal (segundas-feiras) e uma duração de 60 minutos. Seguidamente, será apresentada a Tabela 5 referente ao Grupo 1. Nesta tabela consta a identificação de um caso que integra o presente grupo, onde se encontra a idade da criança, nome fictício e motivo de encaminhamento, a avaliação inicial e final, progressão terapêutica, e uma breve descrição da sua expressão psicomotora. As tabelas referentes aos restantes grupos acompanhados e, ainda, a tabela completa do presente grupo, encontram-se no Anexo II. Apesar do presente grupo ser constituído por quatro elementos, apenas se encontra descrito na Tabela 5, o caso mais assíduo do presente grupo.

Tabela 5.

Descrição de um caso pertencente ao Grupo 1 da Área de Dia

Identificação	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>MF8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações do comportamento; Agressividade verbal contra as irmãs.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 22 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), falta de iniciativa, hesitante, evita o confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos lentos, participação esporádica nas atividades, necessita de encorajamento; Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), a postura varia pouco, a expressão corporal permanece igual que a criança falhe ou tenha sucesso; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), discurso inaudível, responde de forma simples; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Eutonia; Linguagem e gestualidade- É silencioso, expressa-se por gestos e ocasionalmente através da palavra; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Lentos, inibidos, controlados. Relação com o espaço: Exploração- Sem exploração; Circulação- Não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- Participa imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se pouco, fazendo-o com maior frequência com recurso ao desenho, sendo capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo, embora de uma forma muito simples e inibida. Relação com o objeto: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; Relação com o outro: Geral- Pelo olhar, respeita os limites; Relação com os adultos- Pede ajuda, agradece; Reação ao toque- Indiferente; Relação à criança- Submisso, transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> A MF8 é uma criança introvertida, inibida, tímida, participativa, pouca verbalização, espera sempre pela sua vez para falar, muito respeitadora, ajuda os colegas sempre que necessário. 	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Eutonia; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, vocabulário desenvolvido; Mobilidade- Móvel; Tipos de movimento- Controlados, adaptados. Relação com o espaço: Exploração- Pouca exploração; Circulação- Não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- Participa imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho e da escrita, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. Relação com o objeto: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; Relação com o outro: Geral- Respeita os limites; Relação com os adultos- Pede ajuda, pede afetividade, agradece; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Transmite cooperação, por vezes toma uma posição submissa intercalando com uma posição dominante.</p>	<p>A MF8 apesar de atualmente se encontrar com todos os domínios pontuados com zero, e como tal, se encontrarem os mesmos adequados/apropriados, é possível referir que o aumento da sua autoconfiança, não se observando agora hesitante, poderá ter influenciado os restantes domínios, sendo a sua participação mais ativa, o seu tónus aumentado (apesar de não ser suficiente para alterar a pontuação), a sua expressão corporal mais desinibida e adaptada à situação, e a sua comunicação mais elaborada, adaptada e desenvolvida.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que a MF8, atualmente é capaz de se exprimir em todas as sessões e de verbalmente partilhar a sua simbolização, fazendo-o com uma enorme capacidade de reflexão e mentalização, já que no início se observava pouca expressão, sendo a mesma simples e inibida, mostrando-se evidente a evolução sobre a relação a relação com o tempo. Verifica-se ainda pedidos de afetividade com as terapeutas, e ainda, pedidos de ajuda e agradecimentos, sendo estes dois últimos também observados no início da avaliação. A reação ao toque inicialmente considerava-se indiferente, e atualmente a MF8 procura o mesmo por parte das terapeutas. Por fim, a MF8 passou de uma postura submissa perante os pares, para uma postura predominantemente dominante, sendo óbvias as mudanças sobre o domínio de relação com o outro.</p>

Grupos Hospital de Dia

No âmbito do projeto do Hospital de Dia, foram acompanhados três grupos terapêuticos, sendo todos eles mistos. A intervenção teve início a 16 de novembro de 2021 e término a 28 de junho de 2022, sendo realizadas um total de 30 sessões, com frequência semanal (terças-feiras) e uma duração de 60 minutos. Seguidamente, será apresentada a Tabela 6 referente ao Grupo II. Nesta tabela consta a identificação de um caso que integra o presente grupo, onde se apresenta a idade do adolescente, nome fictício e motivo de encaminhamento, a avaliação inicial e final, progressão terapêutica, e uma breve descrição da sua expressão psicomotora. As tabelas referentes aos restantes grupos acompanhados e, ainda, a tabela completa do presente grupo, encontram-se no Anexo III. Apesar do presente grupo ser constituído por sete elementos, apenas se encontra descrito na Tabela 6, o caso mais assíduo do presente grupo.

Tabela 6.

Descrição de um caso pertencente ao Grupo II do Hospital de Dia

Identificação	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>T12 (12 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Atitudes de impulsividade; Comportamento desafiante e de oposição perante figuras de autoridade; Dificuldades de concentração; Dificuldades em cumprir as regras; Heteroagressividade.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 25 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), interfere com os outros, “cola-se” a alguns elementos do grupo; Autoconfiança: Pontuação +2 (Excesso de autoconfiança), comportamento independente e dominante, despreza as <i>performances</i> dos outros; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), movimentos excessivamente intensos, encontra-se ocupado mesmo antes da situação de movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados, postura ligeiramente espástica; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos imprudentes, precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, dificuldades em persistir numa situação até ao fim; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), exagero na expressão corporal, age como “palhaço” do grupo; Comunicação Verbal: Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), comunica excessivamente, com discurso rápido, interrompe os outros; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia as decisões de figuras de autoridade, atinge o outros verbal e não verbalmente.</p> <p>O T12 é um adolescente participativo, exprime-se constantemente e predominantemente pela palavra com um discurso muito rápido, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos, impulsivos e vinculados. O adolescente necessita por vezes de algum tempo de adaptação após a atividade ser explicada pelas terapeutas, pois já se encontra em movimento antes desta ser explicada. O T12 não é capaz de permanecer nas atividades até ao fim, uma vez que se distrai e interrompe as mesmas diversas vezes. O adolescente não consegue também acalmar-se no final da sessão. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, partilha verbalmente com o grupo a mesma. O T12 partilha os objetos com os seus pares, adotando uma postura de</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Apropriada); Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), comportamento independente e dominante; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), movimentos intensos, encontra-se ocupado mesmo antes da situação de movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), incapacidade de aceder ao estado de passividade; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados; Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia as decisões de figuras de autoridade.</p> <p>O T12 é um adolescente participativo, exprime-se predominantemente pela palavra, sendo considerado comunicativo. Movimenta-se muito, sendo os seus movimentos geralmente impulsivos. O adolescente joga imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, sendo capaz de permanecer e participar nas atividades até ao fim, apesar de se manter muitas vezes distraído e interromper as mesmas. O adolescente consegue também acalmar-se no final da sessão, embora por vezes com alguma dificuldade. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, mas também à escrita, e partilha verbalmente com o grupo a mesma. O T12 partilha os objetos com os seus pares, adotando uma postura de iniciador, respeita os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o T12 adota uma postura de oposição e desafio, ao mesmo tempo que agradece. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>O T12 encontra-se apropriado a nível das relações emocionais, não se considerando atualmente que interfira com o grupo e que se “cole” aos colegas, como se verificava no início da intervenção. No que respeita à Autoconfiança, verificaram-se algumas evoluções significativas, sendo que o adolescente já não despreza as <i>performances</i> dos pares. Os movimentos do T12 apesar de se manterem intensos, já não se consideram excessivamente intensos como se observavam no início da intervenção, não sendo por isso significativo para alterar a pontuação final. Relativamente à relaxação, e mais uma vez apesar da pontuação se manter igual à pontuação inicial, atualmente não se considera que o T12 se encontre com uma postura espástica, apesar disso, também ainda não é capaz de permanecer passivo. O adolescente mantém os movimentos precipitados, contudo, atualmente já se consegue autorregular de forma que estes não sejam imprudentes, tal como se observava inicialmente. A nível da Atenção Focalizada, o T12 apesar de já conseguir permanecer numa atividade até ao fim, distrai-se facilmente no decorrer da mesma, mantendo-se por ligeiras dificuldades neste domínio. O adolescente atualmente mantém-se adequadamente expressivo, sendo que já não exagera na expressão corporal. A nível da Regulação Social, e apesar de existirem mudanças, uma vez que o adolescente já não atinge os pares verbalmente e fisicamente, não se considera que ocorreram evoluções significativas, mantendo-se o T12 desafiador e impulsivo.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que o T12 atualmente é capaz de participar de imediato nas atividades, sendo que no início da intervenção necessitava sempre de alguns momentos de adaptação por se distrair excessivamente, observando-se assim algumas evoluções sobre a relação com o tempo. A nível da simbolização, é possível verificar que o T12 atualmente recorre</p>

	<p>seguidor, apesar disso, respeita os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o T12 adota uma postura de oposição, desafio e provocação. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>		<p>também à escrita para exprimir as suas representações, não recorrendo apenas ao desenho como inicialmente se observava, verificando-se assim evoluções sobre a simbolização. Por fim, no que se refere à relação com o outro, o T12 atualmente adota uma postura de iniciador para com os pares, ao contrário do início da intervenção onde mantinha uma postura de seguidor. Já com o adulto, o T12 apesar de se encontrar em constante desafio, é agora capaz de agradecer, considerando-se este comportamento positivo e conseqüentemente, uma progressão a nível da relação com o adulto/terapeuta.</p>
--	---	--	--

4. Estudos de Caso

4.1. Estudo de Caso I

4.1.1. Identificação do caso

O Rafael (nome fictício) tem 13 anos de idade e frequenta o 8.º ano de escolaridade. É acompanhado na Unidade desde 2020 pela área da Psicologia e desde 2021 pela área de Psicomotricidade, permanecendo atualmente com o mesmo acompanhamento. O encaminhamento do adolescente para a consulta de psicomotricidade foi realizado pela psicóloga da Unidade, segundo esta com a finalidade de o “ajudar na contenção da ansiedade que se manifesta ao nível do corpo (tiques nos olhos e onicofagia)” (Informação clínica retirada do pedido de consulta para psicomotricidade).

História pessoal: A anamnese foi realizada em novembro de 2021, ao encarregado de educação do Rafael, que é a mãe. O Rafael coabita com o pai, mãe e três irmãos do género masculino: dois gémeos com 5 anos e outro com 25 anos. A gravidez do Rafael foi planeada e sem ocorrência de comprometimentos, contudo, foi considerada uma gravidez difícil, uma vez que foi necessário realizar duas amniocentese. O parto foi considerado pós-termo, provocado às 42 semanas.

Relativamente ao desenvolvimento do Rafael, no que toca ao desenvolvimento psicomotor, o Rafael começou a andar aos 11 meses. A nível da linguagem, pronunciou as primeiras palavras aos 6/7 meses. Em relação ao controlo dos esfíncteres, ocorreu aos 2 anos. Relativamente ao sono, em bebé não se manifestaram comprometimentos, no entanto, atualmente apresenta dificuldades de sono, com insónias e múltiplos despertares, tem medo do escuro e medo de estar sozinho.

A nível da socialização, durante o 5.º e 6.º ano de escolaridade o Rafael foi vítima de *bullying* (físico e verbal), e apenas há sensivelmente um ano tem vindo a fazer amigos. Atualmente, apresenta uma boa relação com os pares. É um adolescente autónomo em todas as suas tarefas diárias. A nível da escolaridade, o Rafael ingressou no infantário aos 3 anos com uma adaptação muito difícil, pois durante o primeiro ano chorou todos os dias. Ingressou no ensino pré-escolar aos 5 anos. Atualmente, o seu aproveitamento escolar é bom. Fora do contexto escolar, o Rafael pratica basquetebol duas vezes por semana. A nível do historial médico, tanto o pai como o Rafael são asmáticos. A mãe apresenta uma depressão bipolar desde os 15 anos de idade, manifestando desde este período até ao nascimento do Rafael, comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio. Atualmente encontra-se estável, contudo, segundo a psicóloga da Unidade, esta apresenta uma grande relação fusional com o adolescente, não ambicionando a sua autonomia/independência.

4.1.2. Revisão teórica de suporte ao Estudo de Caso

Perturbação de Ansiedade

A Perturbação da Ansiedade (PA) divide-se em diversos subtipos, apresentando características que as interligam, sendo estas, o medo, a ansiedade intensa e as alterações que ocorrem no comportamento do indivíduo associadas à presença destas últimas. Já as diferenças que as distinguem, correspondem às diferentes situações/objetos que provocam o medo, ansiedade e os comportamentos de evitamento (APA, 2014).

As crianças e adolescentes diagnosticados com PA, apresentam geralmente pensamentos negativos e antecipatórios, focam-se de forma altamente dramática sobre o surgimento de possíveis ameaças, evitam situações onde habitualmente surge a ansiedade, consideram que não são capazes de resolver e de ultrapassar adversidades, manifestam uma personalidade perfeccionista e são excessivamente rígidas no seu quotidiano (Antunes, 2018). Poderão também apresentar comportamentos agressivos, mudanças sobre os padrões de sono, sentimentos constantes de preocupação, irritabilidade, taquicardia, tonturas, dificuldades respiratórias (Antunes, 2018), isolamento social, pesadelos, medos (especialmente do escuro) e choro fácil (Sadock & Sadock, 2011). Todos estes sintomas surgem com a tentativa e necessidade de evitar a exposição ao medo e minimizar a ansiedade (Antunes, 2018; Sadock & Sadock, 2011). É ainda comum a manifestação de comprometimentos sobre a memória, concentração, baixa autoestima (Hateli, 2021), baixo autoconceito (Knapen et al., 2005), entre outros.

Os fatores de risco que compreendem a presente perturbação, dizem respeito a fatores biológicos e ambientais. Relativamente aos fatores biológicos, compreende-se que uma personalidade mais introvertida e negativa, ocorrência de episódios traumáticos e antecedentes hereditários de PA, aumentam a predisposição de desenvolvimento da mesma. Já no que se refere aos fatores ambientais, compreende-se essencialmente o estilo parental, pois pais que protegem excessivamente as crianças impedem que as mesmas se autonomizem e que se desenvolvam a nível emocional, não se sentindo capazes de gerir sozinhas a ansiedade, surgindo os comportamentos de evitamento. Tal como os pais excessivamente autoritários que evidenciam apenas os erros das crianças, reagindo estas últimas com comportamentos de evitamento perante a apreciação negativa dos pais (Antunes, 2018).

Tiques

Os tiques caracterizam-se por vocalizações ou movimentos involuntários, sendo ambos repentinos, repetitivos e rápidos, definindo-se estes por tiques vocais e tiques motores, respetivamente (Ajuriaguerra et al., 1977; APA, 2014; Sadock & Sadock, 2011). Geralmente estes movimentos ou vocalizações, surgem por necessidade e por reação a um estímulo ou a um conflito interno (Ajuriaguerra et al., 1977; Sadock & Sadock, 2011).

Apesar de existirem estas duas variedades de tiques, no decorrer deste tópico será dado ênfase apenas aos tiques motores, uma vez que o presente Estudo de Caso apresenta esta sintomatologia. Os tiques motores definem-se como movimentos involuntários que surgem por meio de contrações musculares, sendo que os mais comuns, compreendem o piscar de olhos (Ajuriaguerra et al., 1977; APA, 2014), morder os lábios e realizar caretas, compreendendo todos estes os músculos faciais, contudo, existem outros tiques também bastante conhecidos, como agitar a cabeça, encolher os ombros, onicofagia, entre outros (Ajuriaguerra et al., 1977; Antunes, 2018). No caso do Rafael, apresenta piscar de olhos e onicofagia.

A prevalência de tiques incide no período da infância e adolescência, sendo mais comum geralmente entre os 4 e os 6 anos (APA, 2014). Os tiques podem intensificar-se, reduzir a sua gravidade, e até mesmo cessarem por completo (APA, 2014; Sadock & Sadock, 2011), sendo que o período de maior intensidade ocorre entre os 10 e os 12 anos de idade, e a redução da mesma ocorre no período da adolescência, apesar disso, poderá persistir ou agravar na idade adulta (APA, 2014), embora com pouca frequência (Antunes, 2018).

As situações quotidianas em que os indivíduos com sintomas de tiques apresentam um agravamento dos mesmos, diz respeito a episódios que originem ansiedade e fadiga, apesar disto, estes sintomas melhoram com a realização de atividades mais pacíficas, do interesse do indivíduo, permitindo assim o seu foco principal na atividade e não no sintoma (Ajuriaguerra et al., 1977; APA, 2014; Sadock & Sadock, 2011), sendo ainda possível cessar durante o sono e relaxamento (Ajuriaguerra et al., 1977; Sadock & Sadock, 2011). Desta forma, verifica-se que os tiques apresentam comprometimentos e repercussões sobre diversos domínios, como o emocional, vida social, escolar e familiar destes indivíduos (Antunes, 2018).

No que toca aos fatores de risco biológicos e ambientais, considera-se que a presença de comprometimentos na gestação, prática de hábitos tabágicos na gestação, baixo peso à nascença, idade do pai avançada e antecedentes genéticos de tiques, aumentam a predisposição de desenvolvimento e do nível de gravidade dos mesmos (APA, 2014).

Queixas somáticas

As queixas somáticas caracterizam-se por sintomas que causam sofrimento e comprometimentos sobre o indivíduo, não apresentando os mesmos uma explicação clínica para o seu surgimento. Estes sintomas muitas vezes manifestam-se em diversos diagnósticos, como é o caso das PA, acabando por provocar nestas um aumento da gravidade e dos comprometimentos a nível funcional (APA, 2014). Exemplos destes sintomas compreendem as cefaleias, palpitações, náuseas, entre outros (Marcelli & Braconnier, 2016). A etiologia dos sintomas somáticos é ampla, contudo, considera-se que a inserção do adolescente em contextos culturais com a influência de diversos e amplos fatores, poderá comprometer a forma como estes reconhecem as suas sensações corporais (APA, 2014).

São várias as manifestações que compreendem os sintomas somáticos, contudo, apenas se irá analisar as manifestações relativas à asma, cefaleias e insónias, uma vez que apenas estas caracterizam o presente Estudo de Caso.

Asma

A asma encontra-se incluída sobre as Perturbações Psicossomáticas e doenças da função respiratória, caracterizando-se esta por modificações sobre o ritmo inspiratório e expiratório (Ajuriaguerra et al., 1977; Kreisler, 1978) com a necessidade de o organismo responder e se defender de substâncias desconhecidas (Ajuriaguerra et al., 1977) de origem alérgica (Kreisler, 1978). Apesar disso, verifica-se que a asma se desencadeia mesmo sem a presença de fatores alérgenos e ainda, em certas situações estes últimos não desencadeiam uma crise. Desta forma, a asma poderá encontra-se incluída nas manifestações somáticas (Ajuriaguerra et al., 1977). A etiologia da asma é vasta, considerando-se nesta os fatores alérgicos, infecciosos, emocionais, psicológicos e ambientais, sendo as particularidades da personalidade do indivíduo, perturbações mentais dos pais e alterações sobre os contextos onde o indivíduo se insere, alguns destes exemplos (Ajuriaguerra et al., 1977).

Cefaleias

As cefaleias compreendem as comuns dores de cabeça. A cefaleia geralmente manifesta-se na zona frontal ou occipital do cérebro, podendo ainda surgir em diferentes zonas de forma difusa (Ajuriaguerra et al., 1977). Dependendo da zona cerebral que é afetada pela cefaleia, poderão surgir alucinações visuais (Sanvito & Monzillo, 1997).

No que diz respeito às cefaleias funcionais, estas encontram-se associadas aos sintomas somáticos, uma vez que estas dores de cabeça não apresentam uma causa orgânica conhecida. Estas cefaleias, afetam predominantemente crianças e adolescentes, uma vez que surgem em períodos de desenvolvimento associados a mudanças relevantes, que compreendem uma progressão a nível afetivo, social e alterações a nível das estruturas intelectuais, como por exemplo, a entrada na escola primária (6-8 anos), entrada no secundário (10-12 anos), término da puberdade, entre outros (Kreisler, 1978).

Nas crianças/adolescentes ansiosas, as cefaleias manifestam-se de forma variável e inconstante, pois ocorrem em diferentes períodos e fases de desenvolvimento, manifestando-se também de forma excessivamente intensa ou pelo contrário de forma subtil. Estas discrepâncias encontram-se relacionadas com mudanças angustiantes ocorridas sobre o contexto familiar em que a criança/adolescente se encontra inserida, e ainda, com as constantes preocupações que a mesma apresenta, de forma obsessiva, em relação às dores de cabeça (Kreisler, 1978).

Insónia

A insónia caracteriza-se pela presença de um padrão de sono alterado, que se depreende pela dificuldade em iniciar o sono ou em mantê-lo sem interrupções, afetando a sua duração e qualidade por despertares constantes, e acordar antes da hora prevista (Antunes, 2018; Kreisler, 1978). Este sintoma está associado a prejuízos sobre o funcionamento quotidiano do indivíduo (social, familiar, ocupacional) (Antunes, 2018), estando este associado às queixas somáticas (Kreisler, 1978). No que se refere ao período da infância e adolescência, as queixas de insónia evidenciam uma maior irritabilidade, agressividade, tristeza, lentificação psicomotora, fadiga, dificuldades em manter a concentração, a memória, diminuição do rendimento escolar, da motivação e da autoconfiança (Antunes, 2018), aumento da ansiedade e instabilidade (Kreisler, 1978). A etiologia da insónia compreende a presença de complicações comportamentais, medos (escuro, morte), ansiedade (Antunes, 2018; Kreisler, 1978), entre outros.

4.1.3. Plano de avaliação

A avaliação psicomotora deverá cobrir todas as áreas do(a) psicomotricista, sendo necessário avaliar a integração sensorial, funções tónicas, funções da motricidade global e fina, funções de espaço-tempo, funções da perceção e da representação do corpo e funções executivas. Para uma avaliação integral, será necessário não só avaliar o adolescente formalmente através de uma observação quantitativa, mas também informalmente, através da observação qualitativa da expressividade motora (Vincent, 2019). Desta forma, o processo de avaliação do Rafael incluiu a aplicação de instrumentos de avaliação informal e formal.

A aplicação da BPM de Vítor da Fonseca (2010), nomeadamente os fatores psicomotores Tonicidade e Estruturação Espaço-Temporal, foi planeada com a necessidade de colocar em evidência as funções tónicas e de espaço-tempo, a associação e dissociação de movimentos, Visuo-espacialidade, e identificar possíveis dificuldades psicomotoras. A escolha do Subteste Estátua de Nepsy-II (Korkman et al., 2007), foi idealizada com a necessidade de obter informações sobre a inibição motora, autorregulação, monitorização e vigilância do adolescente. A Torre de Londres (Anderson et al., 1996), foi aplicado com a necessidade de obter informações sobre as funções executivas e colocar em evidência a capacidade de planeamento motor e de resolução de problemas. Relativamente ao DAP (Naglieri, 1988), a escolha deste instrumento prende-se com a finalidade de obter informações sobre como o adolescente percebe e representa o corpo, a integração da imagem e esquema corporal do próprio adolescente. O BOT-2 (Bruininks, 1978), foi aplicado como forma de colocar em evidência as competências motoras e verificar possíveis disfunções no seu desenvolvimento motor. A aplicação do SDQ (Goodman, 1997), foi planeada com o propósito de obter informações sobre os comportamentos do adolescente, tendo em conta os diferentes contextos onde este se insere e a perceção dos diferentes inquiridos. Optou-se pela

aplicação da Escala de Autoconceito de Piers-Harris (Veiga, 2006), com a necessidade de colocar em evidência o nível do autoconceito e autoestima do adolescente, como ele se percebe a si próprio, aos seus atributos, aparência e comportamentos. Por fim, a Grelha de observação de Martínez & Sánchez (2000) foi aplicada com o fim de recolher informação sobre a expressividade motora do adolescente e, desta forma, complementar as informações recolhidas através dos instrumentos de avaliação formal.

4.1.4. Resultados da avaliação inicial

A avaliação inicial ocorreu entre o mês de novembro e dezembro de 2021, compreendendo as três primeiras sessões de 45 minutos. Neste período o Rafael apresentava uma idade cronológica de 13 anos.

Avaliação informal

Como forma de avaliar informalmente o Rafael, foi utilizada a grelha de observação informal de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003).

O Rafael é um adolescente que sabe movimentar-se com ou sem objetos, sabendo ainda variá-los e combiná-los. O seu movimento é por vezes lento e muito medido, no entanto, é capaz de ajustar a sua velocidade e ritmo à situação. A nível de coordenação, o Rafael é capaz de correr, caminhar, saltar e girar, sem estereotípias, mas com a presença de tiques. A lateralidade do Rafael encontra-se bem definida, revelando uma preferência pela utilização do lado direito do corpo. Em relação ao equilíbrio, o adolescente é capaz de permanecer imóvel em apoio unipedal, revelando-se apenas ligeiras reequilibrações e dificuldades sobre o equilíbrio dinâmico. No que diz respeito à coordenação óculo-manual, o adolescente apresenta uma adequada coordenação. O Rafael manifesta prazer em se movimentar, contudo, considera-se que revela uma mobilidade hipoativa, preferindo situações de pouco movimento. O Rafael expressa-se muito bem tanto facial como corporalmente, sendo considerado um adolescente bastante expressivo e empático às situações, apesar de manifestar uma postura retraída. Apresenta um tónus postural hipertónico com preferência por permanecer sentado, contudo, é capaz de adaptar a sua postura às situações e quando lhe é solicitado. O tónus de base e o tónus em movimento é também considerado hipertónico, sendo que na realização de qualquer tarefa observa-se uma grande tensão e rigidez corporal, contudo, este é capaz de se adaptar e permanecer menos tenso quando se encontra focado na atividade a desenvolver. A nível da motricidade global, observa-se um adequado planeamento motor e visuomotor. Revela uma preferência por se encontrar no espaço próximo dos outros, abrindo o seu espaço a estes, apesar de se mostrar por vezes retraído. O Rafael é capaz de se ajustar aos tempos da sessão, sem qualquer interrupção da mesma. O ritmo do adolescente é considerado partilhado, uma vez que inicia e termina qualquer atividade, ao mesmo tempo que a

terapeuta e no tempo que é solicitado por esta última. É capaz de escolher livremente e autonomamente os objetos e partilhá-los com o outro com investimento afetivo. Relativamente à relação com os pares, não foi possível obter informações através da observação informal. Na relação com o adulto/psicomotricista, o Rafael escuta, espera, aceita a opinião do adulto, colabora com este, pede sempre permissão para iniciar a atividade e participa em todas as atividades que lhe são propostas, manifestando sempre agrado e interesse perante qualquer sugestão. Procura o adulto como forma de aprovação, manifestando-se através da verbalização e por vezes através da expressão facial e corporal. Realiza o desenho do corpo com pormenores anatómicos imaturos para a sua idade e com poucos detalhes.

Avaliação formal

No que toca aos resultados obtidos através da **BPM**, no fator psicomotor Tonicidade, demonstrou grandes resistências à manipulação do movimento, sinais de grande esforço e contratibilidade, insensibilidade ao peso dos membros, tensões, rigidez muscular, bloqueios e evidentes dificuldades em aceder à passividade. Não foram observadas sincinésias bucais ou contralaterais. Relativamente ao fator psicomotor Estruturação Espaço-Temporal, na prova de Organização, observou-se um ligeiro descontrolo final das passadas e ainda confusão no cálculo das passadas. Em relação à prova de Estruturação Dinâmica, o Rafael errou duas das seis figuras apresentadas, verificando-se ligeiras dificuldades sobre a sequencialização visuoespacial. Na prova da Representação Topográfica, o Rafael foi capaz de realizar o levantamento topográfico da sala de forma adequada, com uma execução da trajetória de forma perfeita e orientada, sem qualquer hesitação ou desorientação espacial. Por fim, na prova de Estruturação Rítmica, o Rafael falhou apenas uma estrutura rítmica, reproduzindo as restantes estruturas com batimentos precisos, verificando-se uma adequada integração auditivo-motora.

Relativamente à prova da **Estátua da Bateria Nepsy II**, o Rafael foi capaz de permanecer imóvel durante o decorrer da prova. Apenas foram observadas reações (abrir os olhos) numa das cinco distrações introduzidas pela psicomotricista, sendo ainda observado no decorrer de toda a prova, uma ligeira reequilibração e insegurança a nível gravitacional. O Rafael obteve um total de 29 pontos. Esta pontuação revela um adequado controlo inibitório e uma adequada autorregulação.

Relativamente à **Torre de Londres**, o Rafael apresentou um elevado tempo de planeamento e um elevado tempo de resolução de problemas, pois foi capaz de observar todas as imagens que lhe foram facultadas e pensar sobre as movimentações que teria de fazer antes de agarrar e mover as esferas. O Rafael obteve uma pontuação total de 32 pontos, demonstrando assim uma adequada capacidade de execução e resolução de problemas, e um adequado planeamento motor.

Relativamente ao **DAP**, verificaram-se alguns típicos motores no decorrer da prova. O desenho do Próprio foi o que apresentou uma pontuação mais elevada, observando-se uma maior tensão e investimento neste desenho. O Rafael realizou as três figuras humanas num curto espaço de tempo, não ultrapassando nenhuma delas o tempo de execução de um minuto. Contudo, o desenho que apresentou uma maior pontuação, e um maior tempo de execução, foi o desenho do Próprio (42 segundos), comparativamente com o desenho da Mulher (35 segundos) e do Homem (27 segundos). Estes encontram-se pouco investidos, com a presença de poucos detalhes anatómicos (ausência de pescoço, orelhas e nariz). Todos os desenhos foram realizados na posição horizontal, apesar de as três folhas serem apresentadas ao Rafael na posição vertical, foram ainda realizados sobre dimensões reduzidas tendo em conta o tamanho da folha, localizados sobre o canto inferior esquerdo da mesma. O Rafael obteve um total bruto de 95 pontos e um valor standard de 72 pontos. Esta pontuação revela um percentil 3, e uma classificação final *Borderline*. Com estes resultados, conclui-se que o Rafael apresenta um esquema corporal imaturo, tendo em conta a sua faixa etária.

Relativamente ao **BOT-2**, as tarefas referentes à Precisão Motora Fina e Integração Motora Fina, foram realizadas sem dificuldades aparentes, revelando-se uma adequada precisão e integração motora fina. Na prova referente à Destreza Manual, o Rafael realizou o enfiamento de apenas três blocos, revelando-se dificuldades no controlo e planeamento motor, na prensão e manipulação destes blocos, e conseqüentemente, na motricidade fina. No que se refere às provas da Coordenação Bilateral, o adolescente foi capaz de realizar a primeira tarefa com movimentos precisos, contudo, e apesar da segunda tarefa ser desempenhada com alguma hesitação, evidenciou-se uma adequada coordenação bilateral. Relativamente à prova do Equilíbrio, observaram-se ligeiras reequilibrações e insegurança a nível gravitacional, revelando-se assim dificuldades sobre o equilíbrio dinâmico. No que se refere às provas de Força e Agilidade, o adolescente realizou todos os saltos em apoio unipedal com ligeiras reequilibrações, revelando-se dificuldades sobre o equilíbrio dinâmico. Nas provas de Coordenação dos Membros Superiores, verificaram-se movimentos harmoniosos e precisos, evidenciando-se uma adequada coordenação dos membros superiores e coordenação óculo-manual. Por fim, a prova referente à Força, foi realizada com muitas dificuldades, pois apresentou sempre uma postura incorreta ao baixar o seu tronco e braços. O Rafael obteve um total de 48 pontos. Esta pontuação equivale a um standard score de 35, e a um percentile 7, o que significa que o adolescente se encontra abaixo da média.

Relativamente ao **SDQ**, é possível verificar que na versão autoavaliação, as Escalas de Comportamento Pró-social, Problemas de Comportamento e Problemas de Relacionamento com os Colegas, apresentam uma classificação categorizada como normal, já a Escala de Sintomas Emocionais, e a Escala de Hiperatividade apresentam uma classificação categorizada como limítrofe. O Rafael obteve um total de 16 pontos e uma classificação final categorizada como

limítrofe.

No que se refere à versão pais, é possível verificar que a Escala de Problemas de Comportamento, Problemas de Relacionamento com os Colegas, Hiperatividade e Comportamento Pró-social, apresentam uma classificação categorizada como normal, já a Escala de Sintomas Emocionais, apresenta uma classificação categorizada como anormal. O Rafael obteve um total de 14 pontos e uma classificação final categorizada como limítrofe. Já no que se refere ao suplemento de impacto obteve um total de 1 ponto e uma classificação final categorizada como limítrofe, uma vez que segundo os pais as dificuldades do Rafael atrapalham-no um pouco no dia-a-dia em casa, nas amizades e na aprendizagem escolar.

Por fim, no que se refere à versão professores, é possível verificar que as Escalas Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Pró-social, apresentam uma classificação categorizada como normal, já a Escala de Sintomas Emocionais apresenta uma classificação categorizada como limítrofe. O Rafael obteve um total de 10 pontos e uma classificação final categorizada como normal. Já no que se refere ao suplemento de impacto obteve um total de 1 ponto e uma classificação final categorizada como limítrofe, uma vez que segundo a professora as dificuldades do Rafael atrapalham-no um pouco nas relações com os colegas e na aprendizagem escolar.

Relativamente à **Escala de Autoconceito**, é possível verificar que o fator Popularidade se encontra com uma pontuação máxima, já os fatores Aparência e Atributos Físicos e Ansiedade, apresentam pontuações reduzidas. O Rafael obteve um total de 43 pontos, revelando-se assim um percentil entre 15 e 28 pontos, o que significa que o adolescente se encontra abaixo da média. Com estes resultados, conclui-se que o Rafael apresenta um baixo autoconceito, baixa autoestima e elevados níveis de ansiedade, uma vez que se encontram comprometidas as áreas referentes à sua Aparência e Atributos Físicos e Ansiedade.

4.1.5. Elementos critério

Os elementos critério estabeleceram-se através da análise da história pessoal e clínica, e da avaliação inicial (formal e informal) do Rafael. Como elementos critério, consideram-se aspetos da caracterização do adolescente e expressão dos seus sintomas. Assim, consideram-se elementos critério, os seguintes: PA/sintomas ansiosos (medos, fadiga, tristeza, tonturas, choro fácil, irritabilidade, desmotivação), sintomas psicossomáticos (cefaleia, asma, insónia), vítima de *bullying*, boa relação com a psicomotricista, depressão bipolar da mãe, relação fusional com a mãe.

4.1.6. Hipóteses Explicativas

As presentes hipóteses explicativas foram formuladas com a necessidade de compreender e explicar as características e sintomas manifestados pelo Rafael, e desta forma, delinear o projeto

terapêutico mais apropriado às suas especificidades. Para a formulação e reflexão destas hipóteses, foi crucial ter em conta toda a informação obtida através da avaliação formal e informal, e ainda, a história pessoal e clínica do adolescente. Toda a reflexão teve por base acontecimentos ou fatores que se consideram apresentar um grande impacto sobre o desenvolvimento do adolescente e terem contribuído para o surgimento dos seus sintomas.

O desenvolvimento e etiologia de sintomatologia ansiosa, e conseqüentemente, o diagnóstico de PA manifestada em adolescentes, encontra-se intimamente relacionado com a presença de fatores de risco biológicos e ambientais (Kendler et al., 2008; Peleg et al., 2006). Nestes fatores encontram-se incluídos episódios stressores e condições de funcionamento psicológico materno no período gestacional e no período pós-parto, uma vez que o desenvolvimento da criança e a construção do seu funcionamento psíquico ocorre nos primeiros anos de vida, sendo fundamental a este a relação e interação mãe-bebê, a formação de um vínculo seguro e um contexto seguro onde a criança se encontra inserida, pois tais condições favorecem o processo de separação-indivuação, e por conseqüência, a saúde mental da criança (Castro & Stürmer, 2009; Daundasekara et al., 2021; Flores et al., 2013; Kliemann et al., 2017; Nath et al., 2019; Vecchiato, 2003). Segundo a Teoria da Vinculação de Bowlby (1989), a interação e ligação emocional existente entre a criança e a mãe, permite que a criança se sinta segura e protegida para explorar o mundo ao seu redor. Estas interações, permitem que a criança aprenda a interagir e a relacionar-se com os outros, e por conseqüência, a diferenciar-se da mãe, conquistando assim a sua individualização, autonomia e o seu próprio *self*, sendo tudo isto essencial para o seu saudável desenvolvimento psíquico e saúde mental (Castro & Stürmer, 2009; Daundasekara et al., 2021; Flores et al., 2013; Kliemann et al., 2017; Nath et al., 2019).

Segundo Goodman & Gotlib (1999), a presença de psicopatologia dos pais encontra-se associada ao desenvolvimento da psicopatologia nas crianças/adolescentes. Também Goodman et al. (2011) defende que existe maior risco de se desenvolver sintomas e perturbações mentais em crianças e adolescentes cujos pais se encontrem diagnosticados com problemas do foro mental. Existe ainda uma associação entre mães com um diagnóstico de depressão e a presença de sintomas internalizantes em adolescentes (Glover, 2014; Newman et al., 2017). No período da gestação, a presença de fatores stressores, tais como, complicações obstétricas, poderá apresentar um grande impacto sobre a saúde mental da criança, comprometendo desta forma o seu desenvolvimento cognitivo, emocional e motor (Schetter & Tanner, 2012), pois este stress e ansiedade altera os níveis de cortisol existentes, encontrando-se o feto exposto a estas mudanças hormonais (Sandman, 2018), o que provoca grandes impactos sobre a saúde da criança, favorecendo o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa no período da infância/adolescência (Kliemann et al., 2017).

Por conseqüência, a presença de asma poderá também estar associada a estas

complicações, pois segundo a literatura a presença de perturbações psiquiátricas maternas assim como a ansiedade pré-natal, influenciam o surgimento de asma (Özkaya et al., 2010). A relação entre a mãe e o adolescente asmático geralmente verifica-se como simbiótica (Kreiser, 1978), pois este torna-se dependente destes sintomas, sendo que quando os mesmos se encontram ausentes e manifesta vontade de se autonomizar o adolescente é desprezado pela mãe, pelo contrário, quando se encontra doente é-lhe prestado o máximo cuidado e atenção (Ajuriaguerra et al., 1977).

A presença de depressão bipolar diagnosticada à mãe do Rafael que se manteve no decorrer do período gestacional, juntamente com a ansiedade pré-natal por resultado ao stress associado às complicações obstétricas ocorridas, e por consequência, a possibilidade de desenvolvimento de uma vinculação insegura, poderão explicar a manifestação de sintomas de ansiedade do Rafael já notórios na sua infância com a má adaptação ao ingressar no jardim de infância, e por resultado desta ansiedade, a presença de asma e o motivo do seu agravamento.

Colocando outra hipótese relacionada com fatores de risco ambientais, a exposição do Rafael a episódios de *bullying* aos seus 11 anos de idade poderá explicar o agravamento dos seus sintomas de ansiedade, e ainda, o surgimento das queixas somáticas, sendo que tal ocorreu também aos seus 11 anos.

Geralmente, os adolescentes expostos ao *bullying* apresentam maior predisposição para desenvolver no decorrer ou após esta exposição, comprometimentos sobre a saúde mental, verificando-se elevados sintomas internalizantes, como é o caso de sintomas de ansiedade, podendo ainda desenvolver-se PA (Jadambaa et al., 2020; Malhi & Bharti, 2021). As vítimas de *bullying* também podem desenvolver sintomas psicossomáticos, tais como, dores de cabeça, tonturas, dificuldades de sono (Srabstein et al., 2006), fadiga (Kaltiala-Heino et al., 2000), tristeza, isolamento social, diminuição do rendimento escolar (Costa, 2011), baixa autoestima (Sadock & Sadock, 2011), entre outros. Sendo importante referir que a grande maioria destes se encontram presentes na sintomatologia do Rafael. A cefaleia é a queixa somática mais comum em situações de *bullying*, com sentido de manter o equilíbrio emocional do adolescente, sendo que a exposição repetida a estes episódios negativos gera no indivíduo uma enorme alteração emocional. Desta forma, verifica-se que o *bullying* contribui como fator de risco para a presença de sintomas somáticos (Malhi & Bharti, 2021).

Por fim, a última hipótese colocada diz respeito a uma perspetiva fisiológica, considerando-se a presença da lesão quística sobre a glândula pineal do Rafael.

A glândula pineal que se encontra localizada no cérebro é considerada uma glândula endócrina (Gheban et al., 2019; Patel et al., 2020), uma vez que é responsável pela produção e regulação dos níveis de melatonina no sangue, sendo esta a hormona pineal. O ritmo de produção desta hormona encontra-se dependente e relacionado com o ritmo circadiano (Gheban et al., 2019; Moore, 1995; Peres et al., 2019), uma vez que, a melatonina é responsável por regular este

ritmo (Patel et al., 2020; Peres et al., 2019), o que contribui para a adaptação fisiológica e comportamental do indivíduo às mudanças ambientais do período diurno, noturno e sazonal (Gheban et al., 2019; Peres et al., 2019). Esta hormona é sintetizada apenas no período noturno com a escassez de luz, pois é fotossensível, e como tal, a presença de luz inibe a síntese de melatonina (Gheban et al., 2019; Patel et al., 2020; Peres et al., 2019). Desta forma, verificam-se baixos níveis de melatonina durante o dia, e o pico de produção da mesma no decorrer da noite (Gheban et al., 2019; Moore, 1995).

Desta forma, as lesões quísticas que podem surgir na glândula pineal, comprometem os níveis de secreção de melatonina, permanecendo esta com níveis baixos de produção (Patel et al., 2020; Peres et al., 2019), comprometendo assim a qualidade do sono e surgindo dificuldades neste domínio (Peres et al., 2019). Esta lesão tem sido também relacionada com várias condições de dor crónica, sendo as cefaleias uma delas, pois como foi referido anteriormente, esta lesão altera os níveis de secreção de melatonina, permanecendo estes níveis baixos, o que conseqüentemente, poderá levar à hidrocefalia, contribui para o surgimento de cefaleias (Patel et al., 2020; Peres et al., 2019).

A melatonina tem sido utilizada sobre o tratamento de dificuldades ou perturbações de sono, queixas somáticas e sintomatologia ansiosa, pois níveis elevados da mesma melhoram a qualidade do sono, e conseqüentemente, os sintomas de ansiedade, uma vez que estes últimos podem ser acompanhados por uma diminuição na qualidade do sono (Gheban et al., 2019; Peres et al., 2019).

Tendo em conta esta análise, verifica-se que a lesão quística sobre a glândula pineal diminui os níveis de secreção de melatonina no sangue, o que poderá explicar a presença e manifestação de sintomatologia ansiosa (irritabilidade, tonturas, pesadelos, medos, choro) e das queixas somáticas (asma, cefaleias, insónia, alucinações visuais, fadiga) existentes no Rafael.

4.1.7. Perfil intra-individual

A observação informal, os resultados das avaliações formais realizadas e a anamnese, permitiram estabelecer o perfil intra-individual do Rafael. De seguida, será apresentada a Tabela 7 referente ao perfil intra-individual do Rafael, sendo este:

Tabela 7.*Perfil Intra-Individual do Rafael*

Áreas/comportamentos fortes (integridade)	Áreas intermédias (consolidadas)	Áreas/comportamentos fracas/os (necessidade)
Controlo tónico (Diadocinésias; Sincinésias – tónus de ação)	Estruturação Espaço-temporal (Estruturação dinâmica; Estruturação rítmica)	Controlo tónico (Extensibilidade; Passividade; Paratonia – tónus de fundo)
Lateralidade	Equilíbrio (Estático)	Equilíbrio (Dinâmico)
Noção do corpo (Coordenação bilateral)		Noção do corpo (Imagem e Esquema Corporal)
Estruturação Espaço-temporal (Representação topográfica)		Estruturação Espaço-temporal (Organização; Sequencialização visuoespacial)
Motricidade global (Coordenação dos membros superiores, Coordenação óculo-manual, Coordenação óculo-pedal)		Motricidade fina (Destreza manual)
Motricidade fina (Proficiência motora fina, Integração motora fina)		Competências socio-emocionais (Ansiedade; Regulação emocional; Tolerância à frustração)
Competências cognitivas (Atenção/Concentração, Planeamento motor, Resolução de problemas)		
Competências socio-emocionais (Colaboração, Cooperação, Disponibilidade relacional, Disponibilidade na realização de tarefas propostas, Autorregulação/Controlo inibitório, Comportamento pró-social, Relacionamento com os pares)		

Objetivos terapêuticos

Tendo em conta a análise dos resultados da avaliação formal e informal, foi possível traçar os objetivos terapêuticos do Rafael, sendo estes (ver Tabela 8):

Tabela 8.*Objetivos Terapêuticos do Rafael*

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Normalizar o tónus muscular	Aumentar o grau de descontração voluntária, sem apresentar tensões musculares
	Aceder e permanecer num estado de passividade e de abandono
	Consciencializar os estados de tensão e descontração, ao nível dos membros superiores e inferiores
Promover o equilíbrio dinâmico	Promover o controlo do equilíbrio em apoio unipedal
Promover a noção do corpo	Melhorar o desenho da figura humana, a imagem/esquema corporal
	Promover a consciencialização corporal
	Consciencializar-se sobre os seus limites corporais
Favorecer a estruturação espaço-temporal	Promover a organização espacial e a sequencialização visuoespacial
Melhorar a praxia fina	Promover a apreensão e manipulação de objetos de pequenas dimensões
	Promover a destreza e agilidade manual e digital
Promover as competências cognitivas	Promover a simbolização
Promover as competências socio-emocionais	Promover a consciencialização e exteriorização de sentimentos e emoções
	Maximizar a autoestima/autoconfiança
	Promover a regulação emocional
	Promover o controlo dos estados ansiosos e da tolerância à frustração
	Adequar o comportamento

4.1.8. Projeto pedagógico-terapêutico**Diretrizes e fundamentação da intervenção**

A intervenção delineada para o Rafael, teve por base os resultados da avaliação, o perfil psicomotor e as hipóteses explicativas traçadas para o mesmo, considerando sempre as características, especificidades e interesses do Rafael. A fundamentação da presente intervenção compreende a explicação e justificação detalhada das diretrizes realizadas, tais como, a tipologia, frequência e duração das sessões, tipo de atividades realizadas, materiais, métodos e técnicas utilizadas.

As sessões apresentam uma periodicidade semanal, sendo que cada sessão foi realizada à quarta-feira, com uma duração de quarenta e cinco minutos, entre o mês de novembro de 2021 e junho de 2022.

A intervenção envolveu sessões com uma tipologia individual e semidirigida de jogo espontâneo, onde as atividades foram idealizadas e escolhidas pelo adolescente em conjunto com a terapeuta, de acordo com as preferências deste, orientando esta última as mesmas tendo em conta as técnicas/métodos, mediadores pré-estabelecidos e objetivos terapêuticos do adolescente. A tipologia individual permite que a terapeuta conheça melhor as especificidades do adolescente, se mantenha mais disponível para este, e por consequência, o adolescente se empenhe mais nas sessões (Aragón, 2012). Assim sendo, e tendo em conta os possíveis comprometimentos sobre a vinculação, no caso do Rafael a intervenção individual permite que através do corpo, da relação

dual, do diálogo tónico-emocional, o adolescente adquira uma base emocional e afetiva positiva que permita estimular as capacidades que se encontram comprometidas (Vecchiato, 2003), e ainda, a manifestação e superação de angústias e conflitos internos (Llinares & Rodríguez, 2008).

Tendo novamente em conta as possíveis falhas sobre a vinculação, a intervenção psicomotora de base relacional, permite que através da qualidade da relação terapêutica (Costa, 2017; Fernandes et al., 2018), e através do corpo, do brincar espontâneo, livre e criativo (Costa, 2011), a criança adquira a sua organização psicoafectiva (Almeida, 2008), o que favorece a sua autonomia (Boscaini, 2012), autoconfiança (Costa, 2017; Fernandes et al., 2018) e autoestima (Costa, 2017), e que contribui para o estabelecimento da sua imagem, esquema corporal e identidade (Costa, 2017; Fernandes et al., 2018), aspetos que no caso do Rafael se encontram comprometidos.

É através do estabelecimento de uma relação terapêutica segura, empática, de compreensão mútua, e ainda, da presença de um ambiente contentor e securizante, que o adolescente se sente seguro para expressar livremente as suas emoções (Costa, 2008, 2017; Landreth, 2012), desejos, medos e angústias (Landreth, 2012). Este ambiente livre de ameaças e represálias, juntamente com uma relação de vinculação, incentiva a vivência de diversas situações de prazer e desprazer, o desenvolvimento de diversas competências, a exploração de diferentes formas de expressão, e por consequência, o aumento da autoestima e a resolução de conflitos internos, o que permitirá investir e consciencializar-se sobre o seu corpo, fortalecendo ou (re)construindo o seu *self* (Ballouard, 2008b; Hateli, 2021). Assim sendo, este foi um dos principais objetivos e diretrizes da intervenção com o Rafael, pois permitiu que este se sentisse sobre um espaço de confiança, e assim, fossem desenvolvidas as áreas referidas anteriormente, o que no caso do Rafael é deveras importante, tendo em conta a sua ansiedade.

No decorrer das sessões, utilizaram-se com o Rafael alguns dos diversos materiais existentes na sala de psicomotricidade, sendo que cada um destes compreende diversas funções e objetivos, tais como: bolas, que estimulam a motricidade global, a criatividade, noções espaciotemporais, e ainda, poderá assumir a função de mediador no contacto corporal, na medida em que assegura o distanciamento e contacto físico, como poderá acontecer nos momentos de relaxação (Aragón, 2012; Costa, 2017; Rodríguez & Llinares, 2008); arcos, que potencializam as noções espaciotemporais (Aragón, 2012), atenção/concentração, e aquisição de competências motoras (Rodríguez & Llinares, 2008); cordas, que promovem a motricidade global, equilíbrio, força/resistência, noções matemáticas, a exteriorização de desejos agressivos, de angústias internas (Aragón, 2012; Rodríguez & Llinares, 2008); pinos/cones, que favorece a coordenação global, o equilíbrio e noções espaciais; tecidos, que estimulam a imaginação, o relaxamento, a imagem e esquema corporal (Rodríguez & Llinares, 2008); as canetas, lápis, tintas, pincéis e folhas de papel, favorecem a criatividade, a expressão plástica (Aragón, 2012; Costa, 2017), a

coordenação óculo-manual, a exteriorização de angústias (Rodríguez & Llinares, 2008), a noção de esquema e imagem corporal, a construção da sua identidade (Costa, 2017); por fim, os colchões e as almofadas, que são essenciais para os momentos iniciais da sessão e de retorno à calma, poderão também serem utilizados para construções em situações de teatro (Aragón, 2012), entre outros materiais.

No que se refere às técnicas/métodos de intervenção, recorreu-se ao jogo espontâneo, método de Relaxação Ativo-Passiva de Henry Wintrebert (1986), e mediadores artístico-expressivos (jogo dramático e expressão plástica), com a necessidade de incidir sobre o controlo tónico, noção do corpo e competências socio-emocionais, sendo estas as áreas de maior carência do caso.

Tendo em conta as dificuldades que o Rafael apresenta sobre o domínio emocional, que a ansiedade desperta sintomas e comprometimentos a este nível (Meersand & Gilmore, 2018), e que por sua vez, estes comprometem o domínio social, cognitivo, comportamental e fisiológico (Antunes, 2018; APA, 2014; Brito, 2011), foi essencial recorrer ao jogo espontâneo. Pois o brincar potencializa o desenvolvimento global infantil (domínio motor, cognitivo e sócio-emocional), através do jogo o adolescente é capaz de aprender a expressar os seus sentimentos e emoções (Dalei et al., 2020; Nursanaa & Ady, 2020), uma vez que com o brincar o adolescente desenvolve e estimula a sua criatividade, o seu *self* (Winnicott, 2020), verificando-se um maior autoconhecimento, e como tal, uma maior compreensão sobre as suas emoções, (Nursanaa & Ady, 2020) sendo isto fulcral para o aumento da sua autoestima e linguagem expressiva (Swan et al., 2019). Através do jogo, da exploração que este proporciona, é possível que o adolescente adquira uma consciencialização corporal, e desta forma, um adequado esquema e imagem corporal (Fernandes et al., 2018; Raynaud et al., 2007), sendo tal benéfico para o Rafael, tendo em conta as suas dificuldades nestas áreas.

Os mediadores artístico-expressivos também foram importantes ferramentas terapêuticas no caso do Rafael. O jogo dramático promove a exteriorização de emoções, sentimentos e afetos que poderão encontrar-se contidos ou inibidos (Tubbs, 1996), através da expressão verbal ou não verbal (gesto, mímica). Através da dramatização, o imaginário e o corpo do adolescente são estimulados, o que irá favorecer a fantasia, o pensamento simbólico, a criatividade (Costa, 2008), as experiências sensório-motoras, representações corporais, e a identidade do indivíduo (Giromini, et al., 2022). Face à inibição e ansiedade manifestada pelo Rafael, a dramatização auxiliará na redução destes sintomas, sendo que ao expressar-se livremente irá sentir-se mais confiante das suas capacidades, com maior autoestima e autonomia (Costa, 2008). Já a expressão plástica, permite que o adolescente expresse os seus sentimentos, emoções (Aragón, 2012; Ballouard, 2008b; Costa, 2011) e angústias (Chemama-Steiner, 2003), e desta forma, atenuar as suas tensões internas (Tubbs, 1996). A expressão plástica potencializa a autoconfiança e autoestima (Costa 2008), a regulação emocional, as competências cognitivas e simbólicas, a (re)construção e

elaboração da sua identidade e a motricidade fina (Aragón, 2012; Giromini, et al., 2022; Tubbs, 1996), áreas estas que se encontram comprometidas no caso do Rafael.

As técnicas de relaxação foram privilegiadas com a finalidade de promover a regulação e consciência emocional, a regulação tónica, a imagem/esquema corporal (Aragón, 2012), o alívio de sintomas de ansiedade (Giromini, et al., 2022; Rapee et al., 2009), alterações nos padrões de sono (Giromini, et al., 2022) e minimização das queixas somáticas (Costa, 2008), características estas que se manifestam no caso do Rafael.

Inicialmente optou-se por aplicar a automassagem com recurso a uma bola, sendo esta considerada menos invasiva e mais adequada ao quadro ansiogénico do Rafael, permitindo que o adolescente regulasse possíveis tensões despoletadas nas primeiras sessões de intervenção (Maximiano, 2004), seguindo-se o toque terapêutico por parte da terapeuta com recurso a um mediador, sendo este a bola, uma vez que o Rafael manifestava ainda algum desconforto e tensão ao toque. Progressivamente, introduziu-se o toque terapêutico sem recurso a mediadores, com a introdução da técnica de Relaxação Ativo-Passiva de Henry Wintrebert (1986). O momento da relaxação foi uma das principais e fulcrais diretrizes da intervenção do adolescente, com o sentido de privilegiar a regulação e consciência emocional, consciencialização corporal e regulação tónica, e por conseguinte, a noção do corpo e identidade.

No decorrer da intervenção, foram introduzidos métodos de relaxação em posição bípede com movimentos ativos, nomeadamente, o método Eutonia e Relaxamento de Brieghel-Müller (1987), posteriormente, o método de Relaxação Progressiva de Jacobson (1938) e o Treino Autógeno de Schultz (1958), contudo, verificou-se que não seriam os métodos mais indicados para o adolescente e que este não conseguiria aceder ao relaxamento através de induções verbais ou através de movimentos ativos, decidindo-se posteriormente aplicar a Relaxação Ativo-Passiva de Henry Wintrebert (1986).

De acordo com diversos estudos, a aplicação de técnicas de mediação corporal, tais como, a relaxação terapêutica e o toque terapêutico, irá reduzir os sintomas de ansiedade e promover a capacidade de lidar com estes, pois ao atuar sobre a regulação emocional, e sobre a adequação do tónus muscular, permitirá minimizar as tensões e rigidez muscular, reduzir as tensões físicas e emocionais com sentido de promover um equilíbrio global do indivíduo, uma sensação de bem-estar físico, mental e emocional (Domínguez, 2013; Gagne & Toye, 1994; Histel-Barontini, 2021; Servant, 2009; Servant, 2014; Tubbs, 1996).

A Relaxação Ativo-Passiva de Henry Wintrebert (1986), apresenta como principal finalidade, a supressão de tensões intracorporais e extracorporais resultantes da vida quotidiana, com o sentido de proporcionar ao indivíduo a capacidade de solucionar estas tensões, e ainda, de recorrer a esta capacidade em fases consideradas difíceis na sua vida (Guiose, 2015). Compreende quatro diferentes etapas, porém, apenas foi possível aplicar a primeira etapa, onde predominam as

induções táteis e proprioceptivas, tendo em conta o curto tempo de intervenção. A presente etapa consiste na realização de movimentos e mobilizações lentas, passivas e monótonas por parte do terapeuta (Ballouard, 2008b), sobre a cabeça, os membros superiores e inferiores do indivíduo, até que se finda a total resistência ou participação ativa deste nos movimentos, com a finalidade de se atingir a adequação e regulação tónica (Guiose, 2015).

O presente método implica o contacto corporal entre a terapeuta e o adolescente, estabelecendo-se através deste contacto, do constante toque e mobilizações passivas, o diálogo tónico-emocional entre estes. O diálogo tónico-emocional permite que o adolescente reviva a relação mãe-bebé, favorecendo uma vivência de vinculação, *maternage*, ao experienciar as diferentes fases do “*holding*” e a identificação sensório-motora (Martins, 2001a), sendo esta fulcral na intervenção com o Rafael, considerando as possíveis falhas que ocorreram sobre a vinculação.

Torna-se ainda importante referir que, com o compromisso de garantir o término da sessão à hora estipulada, e tendo em conta que a duração da mesma não permitia realizar a primeira etapa completa deste método, optou-se inicialmente por aplicar durante as sessões necessárias, a presente etapa sobre os membros superiores até se observar o abandono das resistências, e ser atingida a passividade e consequente adequação tónica, posteriormente, seria aplicada a etapa sobre a cabeça e membros inferiores. Apesar disso, apenas se aplicou a primeira etapa do método, uma vez que ainda se observavam resistências ao movimento e rigidez muscular sobre os membros inferiores.

Por fim, o momento da simbolização da sessão permite que o adolescente expresse as suas emoções, vivências corporais e conflitos internos, tendo em conta o que experienciou no decorrer da sessão (Aragón, 2012; Rodríguez & Llinares, 2008). Este momento promove a consciencialização das vivências tónico-emocionais, favorecendo a capacidade de o adolescente equiparar as sensações e tensões que aqui experimenta, com as que poderá sentir no seu quotidiano (Ballouard, 2008b), associadas à sua ansiedade, contribuindo assim para a expressão e regulação emocional, potencialização da autoestima (Aragón, 2012; Martins, 2001a) e da simbolização (Raynaud et al., 2007), áreas estas que se encontram comprometidas no caso do Rafael.

Estratégias Específicas

A intervenção psicomotora contempla diferentes e diversas estratégias, com a possibilidade de serem aplicadas pelo(a) psicomotricista no decorrer das sessões, favorecendo desta forma o desenvolvimento do adolescente (Rodríguez & Llinares, 2008).

Assim sendo, durante a intervenção com o Rafael, considerou-se necessário promover um ambiente securizante através do estabelecimento de uma relação terapêutica empática e contentora, da disponibilidade corporal do terapeuta e do diálogo tónico-emocional, uma vez que esta privilegia diversas vivências e experiências corporais prazerosas num ambiente lúdico (Costa,

2008; Rodríguez & Llinares, 2008), contribuindo para a confiança e segurança sobre o *setting* terapêutico, o que possibilita que a mesma expresse o seu mundo afetivo corporalmente, e desta forma se proporcione o sucesso da terapia (Vecchiato, 2003); Para que ocorra a expressão de desejos e conflitos internos, a colaboração e partilha entre o adolescente e o terapeuta, é fulcral que o/a psicomotricista escute, apoie, aceite e seja compreensivo (Rodríguez & Llinares, 2008); Todas as sessões funcionaram com a mesma rotina e organização, contemplando a diminuição progressiva do nível de movimentos exigidos, tais estratégias favorecem sentimentos de segurança, previsibilidade, capacidade de planeamento e auxilia o adolescente a organizar o seu pensamento e controlar os seus impulsos (Rodríguez & Llinares, 2008); reforço positivo e respeito pelo ritmo desempenhado pelo adolescente, promovem comportamentos assertivos, capacidade de autorregulação, autonomia, interesse pelas atividades, motivação e envolvimento na sessão (Costa, 2017; Rodríguez & Llinares, 2008; Martins & Rosa, 2005); feedback interrogativo promove a capacidade crítica, mentalização, persistência e expressão de ideias; proporcionar situações que apelem à criatividade, permite a sua exploração, diferentes formas de expressão, iniciativa, espontaneidade e motivação na atividade (Costa, 2017).

Exemplos de Atividades

Tendo em conta as técnicas e métodos de intervenção referidos anteriormente, no início da intervenção, mais especificamente nos meses de dezembro e janeiro, o jogo espontâneo teve por base a utilização de jogos de tabuleiro, sendo estes do interesse do adolescente, uma vez que neste período o adolescente manifestou alguma dificuldade em se expor corporalmente. Desta forma, foi possível aumentar a disponibilidade e adesão do adolescente ao plano terapêutico e estabelecer uma relação terapêutica.

Outro exemplo de atividade desenvolvida no decorrer da intervenção onde apela ao jogo espontâneo, diz respeito à elaboração de um percurso psicomotor. O percurso englobou obstáculos que teriam de ser contornados, cestos de lançamento de uma bola com as mãos e com os pés, e uma rampa de esponja onde se teria de manter o equilíbrio ao caminhar sobre esta. Outra atividade semelhante, consistiu também na elaboração de um percurso psicomotor, mas com o desafio de realizar em simultâneo o maior número de toque possíveis com recurso a uma raquete e bola de ping pong, sem deixar cair esta última. O percurso compreendia passar por cima de discos sensoriais, contornar uma bola de pilates, contornar bastões e ainda, equilibrar-se sobre discos sensoriais.

Relativamente aos mediadores artístico-expressivos, a nível do jogo dramático, uma das atividades realizadas consistiu em escolher duas histórias e a partir destas formar-se uma nova e criativa história, tendo em conta alguns elementos-chave de ambas. O Rafael sugeriu a história dos três porquinhos e do capuchinho vermelho, criando este de forma totalmente espontânea o guião

da nova história. Posteriormente, e com as personagens escolhidas, vestidas e decoradas a rigor, a história por este criada foi representada corporalmente pela terapeuta e pelo adolescente. Já a nível da expressão plástica, realizou-se uma atividade que diz respeito à simbolização de emoções ou sentimentos que uma situação do nosso quotidiano nos despoletaria, com recurso a tintas. O nome de cada situação encontrava-se inscrita em cartões, sendo escolhidos aleatoriamente quatro destes. De seguida, à vez, cada cartão seria visualizado e as emoções/sentimentos seriam simbolizadas numa folha branca. Após isto, foi solicitado que se falasse sobre a emoção/sentimento representada, o que a mesma despoletaria nele, de que forma poderia modificar esta emoção/sentimento, e ainda, referisse diferentes situações do quotidiano em que sentisse essa mesma emoção. Outra atividade similar, compreendeu a simbolização de emoções, com o sentido da outra pessoa identificar qual seria a emoção que se encontrava ali representada. Nesta atividade foi ainda sugerido que se representasse a emoção contrária.

No Anexo IV encontram-se imagens que ilustram algumas das atividades referidas anteriormente.

4.1.9. Progressão Terapêutica

A intervenção com o Rafael compreendeu 29 sessões totais, das quais se encontram incluídas as sessões relativas às avaliações iniciais e finais, contudo, o adolescente faltou a 11 destas sessões. A intervenção terapêutica iniciou-se a 23 de novembro com a entrevista/anamnese e terminou a dia 28 de junho. No Anexo V, encontra-se um exemplo de relatório semanal, onde consta o relatório de uma sessão com o Rafael.

No que se refere à relação com a terapeuta, inicialmente o adolescente mostrava-se com uma postura mais retraída, ansiosa e inibida, porém, manteve-se sempre muito disponível para a relação terapêutica e com uma grande necessidade de agradar a terapeuta, não sendo capaz de confrontar a mesma, aceitava e adería a qualquer sugestão desta mesmo que não fosse da sua preferência, fazia questão de referir inúmeras vezes que adorava as sessões e que a intervenção estava a superar as suas expectativas. Ainda nesta fase, o adolescente questionava diversas vezes a terapeuta como forma de obter a sua permissão perante as suas decisões. Com a progressão das sessões, o Rafael já era capaz de se afirmar perante a terapeuta e verbalizar quando alguma situação ou atividade não estaria a seu gosto, em recusar sugestões se as mesmas não estivessem de acordo com os seus interesses, e ainda, em realizar as atividades de forma autónoma e criativa sem necessitar da permissão da terapeuta para tal. Nesta fase, mostrou-se também muito comunicativo e expressivo.

Numa fase inicial, o Rafael fazia questão de ganhar em todas as atividades e quando isto não acontecia encontrava algum motivo para o sucedido. Diversas vezes referia que gostava de atividades mais desafiantes, que era bastante bom no desempenho destas, demonstrando

aparentemente uma elevada autoestima, o que não se encontrava de acordo com os resultados da avaliação inicial, nem com o que se observava perante a sua postura hesitante, a necessidade de obter a permissão da terapeuta para avançar com as atividades, e com o receio da falha. Apesar de manifestar baixa autoestima, o adolescente verbalizava o contrário, talvez devido às elevadas exigências que coloca sobre si, não se permitindo confrontar com as dificuldades. Atualmente o adolescente é capaz de aceitar quando perde/falha, repetindo a atividade sem desistir da mesma até a executar de forma adequada.

O Rafael demonstrou desde início uma grande hipertonicidade, rigidez muscular, dificuldade em disponibilizar o corpo num estado de passividade, inseguranças/desconforto ao toque, ansiedade e a presença de tiques motores. Com a contínua aplicação do método de relaxação referido nas diretrizes, verificaram-se melhorias significativas sobre as tensões e resistências, o adolescente foi capaz de diminuir o ritmo da sua respiração permanecendo esta mais lenta e profunda, consciencializar-se das sensações corporais, diferenciar os estados de tensão e descontração sobre as diferentes partes do corpo, sentir-se confortável com o toque, minimizar a ocorrência de tiques motores e os níveis de ansiedade.

Numa fase inicial, o Rafael realizava a simbolização da sessão com recurso à escrita e apenas fazia um resumo das atividades realizadas na sessão, demonstrando dificuldades sobre a simbolização. Numa fase mais avançada, já era capaz de simbolizar através do desenho as atividades que mais gostou, sendo este pormenorizado e investido, e ainda, de refletir sobre a sessão, sobre os seus sentimentos e sensações corporais.

Por fim, foi ainda importante recolher informações junto da mãe do Rafael, relativamente à sua progressão nos restantes contextos. Segundo esta, após a intervenção terapêutica e apesar de se manter o medo do escuro, insónias e alucinações, o adolescente encontra-se menos ansioso, mais paciente, com menor irritabilidade, melhor adaptação às situações (menor intolerância à frustração), melhor aproveitamento escolar e sem presença de cefaleias. Não se recolheu informação junto da Psicóloga que o acompanha devido à baixa assiduidade do caso a estas consultas.

4.1.10. Avaliação inicial vs. final

A avaliação final ocorreu no mês de junho de 2021, e incluiu os mesmos instrumentos formais e informais aplicados na avaliação inicial. Seguidamente, serão analisados os resultados referentes a estas avaliações, e comparados os mesmos com a avaliação inicial.

Avaliação informal

Relativamente ao domínio Movimento, este mantém-se igual aos resultados da avaliação inicial, porém, atualmente é capaz de explorar os objetos livremente, de os combinar e variar com maior espontaneidade o que não faria no início da intervenção. O seu movimento é considerado

rápido, sendo que anteriormente mantinha uma postura mais reservada, no entanto, mantém a sua capacidade de ajustar a velocidade e o seu ritmo à situação. A lateralidade do Rafael mantém-se bem definida. Em relação ao equilíbrio, o adolescente apresenta melhorias significativas, sendo que é capaz de permanecer imóvel em apoio unipedal, apresentando tanto um equilíbrio estático como dinâmico adequado. Permanece com uma adequada coordenação óculo-manual. Manifesta prazer em se movimentar, sendo capaz de criar atividades que envolvam bastante movimento, ao contrário do que se observava na avaliação inicial. Mantém a capacidade de se expressar facial e corporalmente, um adequado planeamento motor e visuomotor e o tônus postural hipertónico. Atualmente apresenta preferência por realizar atividades em posição bípede, sendo capaz de adaptar a sua postura às situações e quando lhe é solicitado. Manteve durante toda a intervenção uma preferência por se encontrar no espaço próximo dos outros, abrindo o seu espaço a estes. Mantém a capacidade de se ajustar aos tempos da sessão, e do seu ritmo partilhado. Manifesta preferência por materiais móveis e duros, sendo capaz de escolher livremente e autonomamente os objetos e partilhá-los com o outro com investimento afetivo. Na relação com o adulto/psicomotricista, escuta, espera, colabora e partilha, sendo atualmente capaz de se afirmar e rejeitar sugestões propostas pelo adulto. O Rafael procura o adulto aceitando as suas propostas, mas também sendo capaz de discordar com as mesmas. Realiza atualmente o desenho do corpo com maiores detalhes e pormenores anatómicos, contudo, ainda se consideram imaturos para a sua idade.

Avaliação formal

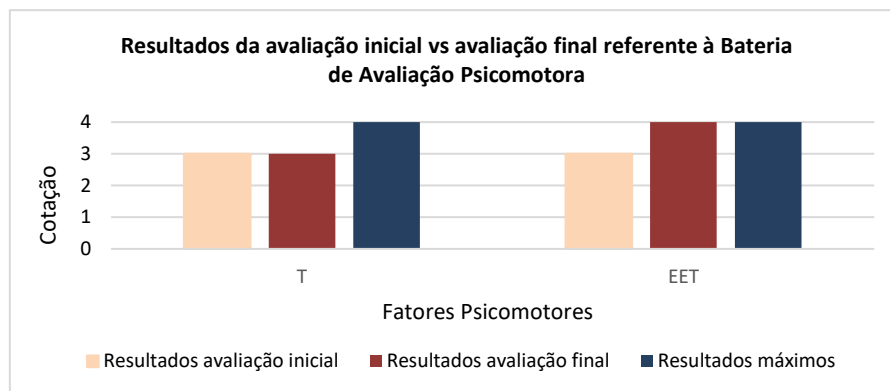
No que toca aos resultados obtidos através da **BPM**, relativamente ao fator psicomotor Tonicidade sobre os membros superiores, evidenciaram-se movimentos passivos, sem resistência, bloqueio ou tensão ao movimento, já sobre os membros inferiores observaram-se algumas tensões e dificuldades em aceder à passividade. Tais resultados poderão estar associados ao momento de relaxação, que até então foi predominantemente dirigido para os membros superiores. Relativamente ao fator psicomotor Estruturação Espaço-Temporal, na prova de Organização, o Rafael foi capaz de realizar um cálculo perfeito e ajustar as passadas à distância do percurso, verificando-se uma melhoria nesta prova, tendo em conta que na avaliação inicial se verificou um descontrolo final das passadas e um cálculo incorreto. Em relação à prova de Estruturação Dinâmica, o Rafael errou apenas uma das seis figuras apresentadas, sem se mostrar frustrado com o sucedido. Na prova da Representação Topográfica, o Rafael foi capaz de realizar a execução da trajetória de forma perfeita e orientada, sem manifestar qualquer hesitação ou desorientação espacial. Por fim, na prova de Estruturação Rítmica, o Rafael manteve os resultados iniciais, verificando-se uma adequada integração auditivo-motora.

No seguinte gráfico (ver Figura 1), encontram-se os resultados da avaliação inicial em

comparação com os resultados da avaliação final do Rafael, referente à aplicação da BPM.

Figura 1.

Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes à BPM



Legenda: T (Tonicidade); EET (Estruturação espaço-temporal).

Relativamente à prova da **Estátua da Bateria Nepsy II**, as melhorias verificadas não se consideram muito significativas, uma vez que estas não influenciaram os resultados finais, pois o Rafael obteve um total de 30 pontos, revelando-se assim um adequado controlo inibitório e uma adequada autorregulação, tal como se revelou na avaliação inicial, porém, o adolescente foi capaz de permanecer imóvel, manteve-se de olhos fechados, sem quaisquer verbalizações e movimentos corporais, não reagindo a nenhum estímulo introduzido pela terapeuta, ao contrário do que se observou na avaliação inicial.

Relativamente à **Torre de Londres**, a pontuação final manteve-se igual à pontuação inicial, onde o Rafael obteve uma pontuação total de 32 pontos, demonstrando assim uma adequada capacidade de execução e resolução de problemas, e um adequado planeamento motor.

Relativamente ao **DAP**, o Rafael realizou os desenhos referentes à figura humana sem demonstrar qualquer ansiedade no decorrer desta prova. À semelhança do que se verificou na avaliação inicial, o Rafael realizou os desenhos na posição horizontal, apesar de as três folhas serem apresentadas na posição vertical. Observou-se que o desenho do Próprio foi onde o Rafael apresentou novamente uma pontuação mais elevada e onde se encontrou mais tenso e com maior investimento. Atualmente os desenhos já se encontram com maior diversidade de detalhes anatómicos, contudo, permanecem pouco investidos e com dimensões reduzidas. O tempo de execução de cada desenho aumentou em comparação com a avaliação inicial. O Rafael obteve um total bruto de 115 pontos e um valor standard de 86 pontos. Esta pontuação revela um percentil 18, e uma classificação final *Abaixo da média*. Com estes resultados, e apesar de se verificarem melhorias significativas sobre a noção do corpo, conclui-se que o Rafael permanece com um esquema corporal imaturo, tendo em conta a sua faixa etária. Os desenhos elaborados pelo Rafael, encontram-se no Anexo VI.

Na seguinte tabela (ver Tabela 9), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final do Rafael, referente à aplicação do DAP.

Tabela 9.

Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes ao DAP

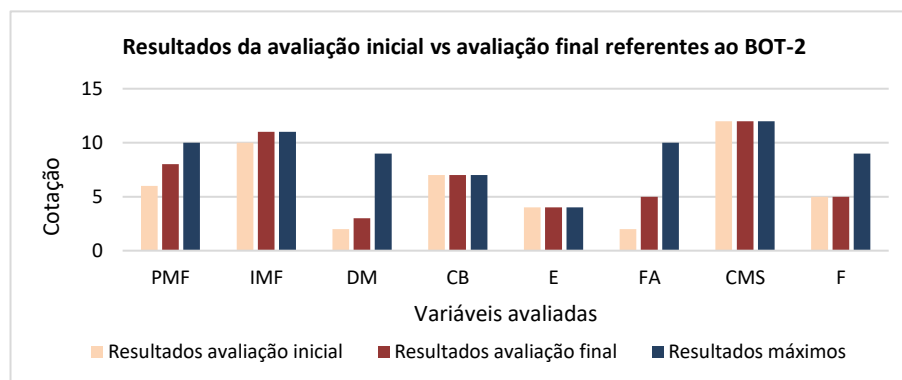
	Resultados avaliação inicial			Resultados avaliação final			Valores brutos máximos
	Valores brutos	Valores standard	Percentil	Valores brutos	Valores standard	Percentil	
Homem	31	76	5	38	88	21	64
Mulher	31	76	5	38	88	21	64
Próprio	33	79	8	39	90	25	64
Total (H+M+P)	95	72	3	115	86	18	192
Total da classificação do teste	Borderline			Abaixo da média			

Relativamente ao **BOT-2**, o desempenho do adolescente nas tarefas referentes à Precisão e Integração Motora Fina, mantem-se inalterada em comparação com a avaliação inicial. Na prova referente à Destreza Manual, o Rafael realizou o enfiamento de quatro blocos, contudo, e apesar desta pontuação ser mais elevada que a pontuação inicial, persistem as dificuldades sobre a manipulação e enfiamento dos blocos, mantendo-se os comprometimentos sobre a motricidade fina. No que se refere às provas da Coordenação Bilateral, as tarefas foram realizadas com movimentos precisos e uma grande concentração, evidenciando-se uma adequada coordenação bilateral, tal como se verificou na avaliação inicial. Relativamente à prova do Equilíbrio, e apesar da cotação desta se manter igual à pontuação inicial, evidenciam-se melhorias sobre esta área, pois o Rafael foi capaz de andar sobre a linha com uma postura perfeita, sem qualquer queda ou reequilíbrio. No que se refere às provas de Força e Agilidade, o adolescente foi novamente capaz de realizar a prova sem a presença de reequilibrações. Estas duas últimas provas, permitem verificar que não se observam dificuldades sobre o equilíbrio, e que ocorreu uma evolução sobre esta área. Com as provas de Coordenação dos Membros Superiores, evidencia-se uma adequada coordenação dos membros superiores e da coordenação óculo-manual, tal como se verificou na avaliação inicial. Por fim, na prova referente à Força, à semelhança da avaliação inicial, o Rafael realizou a mesma com muitas dificuldades, pois apresentou sempre uma postura incorreta em grande esforço. O Rafael obteve um total de 55 pontos. Esta pontuação equivale a um standard score de 41, e a um percentile 18, o que significa que o adolescente se encontra na Média. Com esta pontuação, verifica-se que o adolescente apresenta melhorias sobre as competências motoras.

No seguinte gráfico (ver Figura 2), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final do Rafael, referente à aplicação do BOT-2.

Figura 2.

Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes ao BOT-2



Legenda: PMF (Precisão motora fina); IMF (Integração motora fina); DM (Destreza manual); CB (Coordenação bilateral); E (Equilíbrio); FA (Força e agilidade); CMS (Coordenação dos membros superiores); F (Força).

Relativamente ao **SDQ**, na versão autoavaliação, todas as Escalas avaliadas apresentam uma classificação categorizada como normal. O Rafael obteve um total de 12 pontos e uma classificação final categorizada como normal. Verificando-se assim melhorias sobre os Sintomas Emocionais e sobre a Escada de Hiperatividade. No que se refere à versão pais, é possível verificar que todas as escalas avaliadas apresentam uma classificação categorizada como normal, exceto, a Escala de Sintomas Emocionais, que apresenta uma classificação categorizada como anormal. O Rafael obteve um total de 8 pontos e uma classificação final categorizada como normal. Já no que se refere ao suplemento de impacto obteve um total de 1 ponto e uma classificação final categorizada como limítrofe, uma vez que segundo os pais as dificuldades do Rafael atrapalham-no um pouco no dia-a-dia em casa. Em comparação com a avaliação inicial segundo a mãe do adolescente, as suas dificuldades atrapalhavam-no em casa, nas amizades e na aprendizagem escolar, atualmente apenas o atrapalham em casa. A Escala de Sintomas Emocionais permanece comprometida, tal como na avaliação inicial, porém, a mãe do Rafael considera que atualmente este se encontra menos ansioso, apesar disso, esta mudança não é suficiente para alterar este parâmetro do SDQ. Por fim, no que se refere à versão professores, é possível verificar que todas as Escalas avaliadas apresentam uma classificação categorizada como normal. O Rafael obteve um total de 6 pontos na versão professores e uma classificação final categorizada como normal. Já no que se refere ao suplemento de impacto obteve um total de 0 pontos e uma classificação final categorizada como normal. Verifica-se que no contexto escolar as dificuldades do Rafael já não o atrapalham na sua aprendizagem e na sua relação com os colegas, como se verificava na avaliação inicial. A Escala de Sintomas Emocionais também apresentou bastantes melhorias, sendo que inicialmente esta se encontrava categorizada como limítrofe e atualmente encontra-se categorizada como normal.

Em suma, no que se refere ao SDQ, verificaram-se melhorias significativas sobre os sintomas Emocionais no contexto escolar e também segundo a percepção do Rafael, e ainda,

melhorias sobre o impacto que as suas dificuldades causavam sobre o seu quotidiano no contexto escolar, nomeadamente, na aprendizagem e no relacionamento com os pares.

No seguinte gráfico (ver Tabela 10), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final do Rafael, referente à aplicação do SDQ.

Tabela 10.

Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes ao SDQ

	Resultados avaliação inicial			Resultados avaliação final			Valores máximos por categoria
	Versão autoavaliação	Versão pais	Versão professores	Versão autoavaliação	Versão pais	Versão professores	
S	10	10	5	10	10	10	10
H	6	3	1	4	0	0	10
E	6	8	3	5	7	0	10
C	2	1	1	2	1	4	10
R	2	2	9	1	0	2	10
TOTAL	16 (Limitrofe)	14 (Limitrofe)	10 (Normal)	12 (Normal)	8 (Normal)	6 (Normal)	
Valores máximos por versão	40	40	40	40	40	40	
Suplemento de impacto	/	1 (Limitrofe)	1 (Limitrofe)	/	1 (Limitrofe)	0 (Normal)	

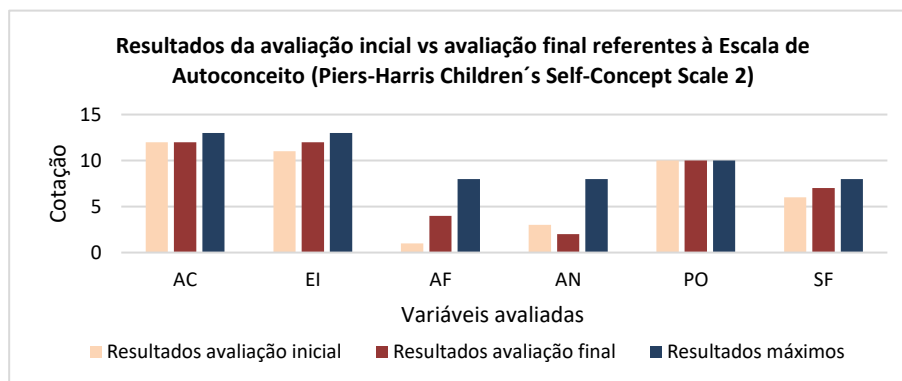
Legenda: S (Escala de Comportamento Pró-social); H (Escala de Hiperatividade); E (Escala de Sintomas Emocionais); C (Escala de Problemas de Comportamento); R (Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas).

Relativamente à **Escala de Autoconceito**, o Rafael obteve um total de 47 pontos, revelando-se assim um percentil entre 29 e 71 pontos, o que significa que o adolescente se encontra na Média. Em comparação com a avaliação inicial, todos os valores permaneceram muito idênticos, porém, verificou-se um ligeiro aumento sobre os fatores Ansiedade, Estatuto Intelectual e Escolar, e Satisfação e Felicidade. O fator Aparência e Atributos Físicos, apresenta o maior aumento de cotação relativamente à avaliação inicial. Assim sendo, verifica-se que o Rafael melhorou o seu autoconceito.

No seguinte gráfico (ver Figura 3), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final do Rafael, referente à aplicação da Escala de Autoconceito.

Figura 3.

Resultados da avaliação inicial vs final do Rafael referentes à Escala de Autoconceito



Legenda: AC (Aspetto Comportamental); EI (Estatuto Intelectual e escolar); AF (Aparência e atributos físicos); AN (Ansiedade); PO (Popularidade); SF (Satisfação e felicidade).

4.1.11. Discussão/ Análise dos resultados da avaliação

De acordo com os resultados referentes aos dois momentos de avaliação e análise da progressão terapêutica, verifica-se que a presente intervenção proporcionou uma evolução ao nível da tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, das competências cognitivas (simbolização), e das competências socio-emocionais, nomeadamente, sobre o aumento da sua autoestima e da regulação emocional. Verificaram-se ainda melhorias sobre a autorregulação, estruturação espaço-temporal, motricidade fina e autoconceito, embora se considerem estas menos significativas. Também alguns dos sintomas ansiogênicos inicialmente manifestados pelo Rafael, nomeadamente, tiques motores, cefaleias, irritabilidade, tonturas, choro fácil e pesadelos, cessaram ou minimizaram com a presente intervenção, verificando-se uma grande melhoria sobre os diversos sintomas associados ao seu diagnóstico.

Tendo em conta a hipótese explicativa de uma vinculação insegura, foi fulcral estabelecer uma relação terapêutica de confiança, pois esta permitiu que o adolescente se sentisse seguro para se expressar livremente, para explorar, adquirir criatividade e novas formas de expressão, tal contribuiu para a promoção da regulação emocional e da capacidade de mentalização (Martins, 2015), e consequentemente, para a resolução dos seus conflitos internos.

A realização de uma intervenção baseada numa abordagem semidirigida, permitiu que o adolescente tivesse poder de escolha e realizasse atividades tendo em conta os seus gostos e interesses. Tal abordagem potencializa a iniciativa, criatividade e espontaneidade (Costa, 2008, 2011, 2017; Fernandes et al., 2018;), o que por consequência, favorece a motivação e empenho do adolescente sobre a sessão, maximiza a sua autonomia, autoconfiança (Costa, 2017; Fernandes et al., 2018) e autoestima (Costa, 2017), áreas estas que se encontravam comprometidas e atualmente melhoraram significativamente.

No que se refere às diferenças evidenciadas sobre a tonicidade, a noção do corpo e as

capacidades motoras, é possível constatar que tais melhorias podem ser explicadas pelo momento de relaxação desempenhado em todas as sessões com o Rafael, uma vez que o corpo, o gesto, a expressão motora, são elementos base na aplicação da relaxação, assim sendo, a relaxação permite o desenvolvimento das competências motoras encontrando-se estas associadas ao corpo (Bergès-Bounes et al., 2008). Também segundo Domínguez (2013), Martins (2001a) e Maximiano (2004), a relaxação terapêutica proporciona momentos de observação sobre o corpo, que possibilita ao indivíduo perceber e consciencializar-se sobre as alterações corporais e da função tónica, resultantes das mudanças constantes entre estados de tensão e estados de passividade, e assim, promover a adequação tónica, a regulação emocional, o conhecimento topográfico do corpo, dos limites corporais, a noção do corpo, a elaboração da imagem corporal, esquema corporal, e (re)construção da identidade do indivíduo (Domínguez, 2013; Martins, 2001a; Maximiano, 2004).

A redução dos sintomas de ansiedade pode ser explicada também pela aplicação da relaxação terapêutica, pois indivíduos com um diagnóstico ou sintomas de ansiedade beneficiam destas técnicas, uma vez que a relaxação e por consequência a consciência corporal, privilegia a regulação e redução das respostas fisiológicas associadas à situação que motiva a ansiedade, pois o adolescente é capaz de identificar as mudanças que ocorrem no seu corpo, e desta forma, desenvolver estratégias para enfrentar e lidar com a situação, com os sentimentos e emoções que causam ansiedade e medo, ao invés de os evitar (Rapee et al., 2009). A relaxação ao favorecer a consciencialização das alterações corporais, privilegia a consciência e regulação emocional (Martins, 2001a; Veiga & Marmeleira, 2018).

Como foi referido anteriormente, é deveras importante promover a consciencialização e regulação emocional em indivíduos com PA, com sentido de minimizar os sintomas de ansiedade, tal como se evidenciou no decorrer da presente intervenção através da observação e ainda, tendo em conta os resultados referentes ao questionário SDQ e Escala de Autoconceito. Porém, não é apenas possível promover estas competências através de técnicas de relaxação, mas também recorrendo ao jogo.

De acordo com o que é descrito na literatura, o brincar livre, de forma espontânea e sobre um ambiente seguro, aumenta a expressividade do adolescente, pois permite que este seja capaz de projetar e expressar as suas preocupações, conflitos internos e angústias através do jogo (Dalei et al., 2020; Hateli, 2021; Kaduson & Schaefer, 2006), através dos objetos (Landreth, 2012), através do movimento, do corpo (Nursanaa & Ady, 2020). Desta forma, e com a aquisição de regulação e consciencialização emocional, sendo estas essenciais à superação e gestão dos estímulos que provocam o medo (Kaduson & Schaefer, 2006), o adolescente é capaz de ultrapassar as situações que motivam este último, e que por sua vez, geram os elevados níveis de ansiedade (Greenacre, 1959). Sendo o medo e os comportamentos de evitamento/fuga uma das características que motiva a presença de PA (APA, 2014), o seu enfrentamento através do jogo permite reduzir a ansiedade

que se faz sentir e minimizar ou cessar a utilização do recurso à fuga (Hateli, 2021).

Já com o momento da simbolização da sessão, evidenciaram-se melhorias sobre a consciencialização e regulação emocional, e sobre a simbolização. Estes resultados encontram-se em consonância com o que Ballouard (2008b) afirma, pois, o momento da simbolização permite que o adolescente transfira as experiências com maior impacto emocional, o que vivenciou através do corpo/movimento no decorrer da sessão para o pensamento, atribuindo-lhe um significado e representando o mesmo através do desenho ou através da expressão verbal, promovendo assim a consciencialização e regulação emocional, e ainda, a simbolização.

Em suma, e apesar de muitos dos objetivos previamente estabelecidos terem sido atingidos com o presente projeto terapêutico, não foi possível alcançar por completo todos os objetivos terapêuticos. O motivo pelo qual o Rafael foi encaminhado para psicomotricidade também ainda permanece, embora com menor intensidade, como tal, considera-se necessária a continuação da intervenção psicomotora. Assim sendo, sugeriu-se que se desse continuidade à aplicação do método de relaxação referido nas diretrizes, de forma que o adolescente atingisse a passividade, a autonomia do método e o adaptasse ao seu quotidiano, auxiliando assim na minimização dos seus sintomas de ansiedade.

4.2. Estudo de Caso II

Uma intervenção psicomotora com uma criança com Mutismo Seletivo

Resumo

O presente artigo integra a caracterização de um estudo de caso com 8 anos de idade que foi referenciado para uma Unidade de Pedopsiquiatria por um quadro de Mutismo Seletivo com adultos desde os seus 4 anos, e ainda, a reflexão e fundamentação da respetiva intervenção psicomotora traçada para este. O objetivo deste estudo depreende-se pela evidência e descrição dos efeitos que uma intervenção psicomotora poderá apresentar sobre uma criança diagnosticada com Mutismo Seletivo. A prática psicomotora ocorreu numa Unidade de Pedopsiquiatria e compreendeu uma avaliação inicial, seguida da intervenção com uma duração de 9 meses, periodicidade semanal, duração de 45 minutos e tipologia individual, por fim, compreendeu uma avaliação final. Com os resultados obtidos verificaram-se melhorias sobre as diferentes áreas e contextos da criança. Desta forma, concluiu-se que a psicomotricidade é benéfica nesta população e que a sua integração numa equipa multidisciplinar de saúde mental infantojuvenil é deveras pertinente.

Palavras-chave: Perturbação de Ansiedade; Mutismo seletivo; Dificuldades de aprendizagem; Enurese; Intervenção psicomotora.

Abstract

This article includes the characterization of an 8-year-old case study that was referred to a Pedopsychiatry Unit by a Selective Mutism with adults since he was 4 years old, as well as the reflection and rationale of the respective psychomotor intervention outlined. for this. The objective of this study is inferred from the evidence and description of the effects that a psychomotor intervention may have on a child diagnosed with Selective Mutism. The psychomotor practice took place in a Child Psychiatry Unit and comprised an initial assessment, followed by an intervention lasting 9 months, weekly, lasting 45 minutes and individual typology, finally comprising a final assessment. With the results obtained, improvements were verified in the different areas and contexts of the child. In this way, it was concluded that psychomotricity is beneficial in this population and that its integration in a multidisciplinary team of children's mental health is very relevant.

Key-words: Anxiety Disorder; Selective mutism; Learning difficulties; enuresis; Psychomotor intervention.

a. Introdução

A infância compreende um período assinalado por diversas mudanças ao nível do desenvolvimento mental, emocional e físico (Sinibaldi, 2013), sendo estas muitas vezes afetadas por meios familiares disfuncionais, episódios traumáticos, perturbações do foro da saúde mental parental, entre outros fatores, o que poderá apresentar repercussões sobre o desenvolvimento global da criança, e por consequência, sobre a origem de sintomatologia do foro da saúde mental (Almeida et al., 2012; Amaral & Martins, 2012; Marques & Cepêda, 2009). De acordo com o Department of Health and Human Services (DHHS) cerca de uma em cada cinco crianças manifesta sinais e sintomas que integram complicações a nível da saúde mental (DHHS, 1999), como tal, e tendo em conta que o presente estudo de caso se encontra diagnosticado com Mutismo Seletivo (MS), sendo este o motivo do seu encaminhamento para psicomotricidade, será seguidamente realizada uma revisão teórica deste. Será também abordada de forma breve a Perturbação da Aprendizagem Específica (PAE) e a enurese noturna primária, sendo estes diagnósticos/sintomas secundários do presente caso.

O MS encontra-se integrado sobre as Perturbações de Ansiedade, e caracteriza-se por uma ausência da comunicação verbal em situações e contextos sociais específicos, onde é expectável que o indivíduo utilize as suas competências linguísticas, porém, o indivíduo é capaz de verbalizar noutras situações/contextos (APA, 2014). O quadro de MS poderá manifestar-se a partir dos 3 anos de idade com resultado de uma oposição por motivo de negligência familiar, contudo, geralmente é clinicamente significativo por volta dos 6 anos de idade com a entrada na escola (Ajuriaguerra et al., 1977), pois é neste período que ocorre uma maior interação social e uma maior necessidade de desempenhar tarefas como ler em voz alta. Estas crianças podem manifestar este quadro na interação social com crianças ou adultos, sendo que em contexto familiar são capazes de utilizar a comunicação verbal (APA, 2014).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), uma das particularidades que caracteriza o MS e permite realizar o seu diagnóstico, consiste na ausência da comunicação verbal em situações e contextos sociais específicos, onde é expectável que o indivíduo utilize as suas competências linguísticas (Critério A). Outra característica refere-se aos comprometimentos que o mutismo poderá apresentar sobre o rendimento escolar, profissional e social do indivíduo (Critério B). Os sintomas de mutismo devem permanecer durante pelo menos um mês de forma a realizar-se o seu diagnóstico (Critério C). Os presentes sintomas não se manifestam por desconhecimento com a língua exigida pela situação social (Critério D), nem resultam de uma perturbação da comunicação, de uma perturbação do espectro do autismo, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica (Critério E).

Os fatores de risco que compreendem o MS, dizem respeito a fatores temperamentais, ambientais e genéticos. Relativamente aos fatores temperamentais, compreende-se que a

afetividade negativa e inibição comportamental poderá aumentar o risco de se desenvolver o presente diagnóstico. A nível dos fatores ambientais, considera-se que pais aparentemente tímidos, inibidos, exageradamente protetores/controladores, poderão contribuir para o isolamento social e consequente MS nos seus filhos. No que respeita aos fatores genéticos, alguns destes poderão assemelhar-se aos fatores compreendidos pela perturbação de ansiedade social (APA, 2014), e compreendem um historial familiar de perturbações emocionais, sintomas de ansiedade/isolamento social (Cohan et al., 2006).

A PAE encontra-se integrada sobre as Perturbações do Neurodesenvolvimento (APA, 2014), na qual afeta a aptidão cerebral necessária à receção e processamento de informação de modo eficaz, como é o caso das competências da leitura, escrita e matemática, o que por conseguinte, afeta a aprendizagem da criança. Esta perturbação poderá manifestar-se: com défice sobre a leitura, verificando-se comprometimentos sobre a compreensão, precisão e ritmo/fluência da leitura de palavras. Estas dificuldades caracterizam a Dislexia; com défice na expressão escrita, verificando-se comprometimentos sobre a precisão ortográfica, gramatical e da pontuação, e organização da expressão escrita. Estas dificuldades caracterizam a Disgrafia/Disortografia; com défice na matemática, verificando-se comprometimentos sobre a precisão do raciocínio matemático e do cálculo, o processamento e compreensão do sentido numérico, e a aprendizagem e memorização de factos aritméticos. Estas dificuldades caracterizam a Discalculia (Antunes, 2018; APA, 2014).

A enurese encontra-se integrada sobre as Perturbações de Eliminação e caracteriza-se por uma recorrente eliminação de urina em locais inadequados, podendo a mesma ocorrer de forma intencional ou involuntária, sendo esta última a mais comum (APA, 2014). A enurese poderá distinguir-se em enurese diurna e noturna, sendo que a diurna compreende a manifestação dos presentes episódios no decorrer dos períodos de vigília, já a enurese noturna ocorre no decorrer do sono (Antunes, 2018; APA, 2014). Poderá ainda especificar-se em enurese primária e enurese secundária, sendo que a enurese primária geralmente tem origem aos 5 anos de idade e é diagnosticada quando a criança ainda não alcançou o controlo dos esfíncteres, já a enurese secundária ocorre geralmente entre os 5 e os 8 anos de idade, quando já se encontra atingido o controlo dos esfíncteres (Ajuriaguerra et al., 1977; APA, 2014).

Assim sendo, torna-se fulcral que crianças com sintomatologia/diagnóstico de perturbações mentais usufruam de uma intervenção terapêutica o mais precocemente possível, com sentido de minimizar a persistência das mesmas e as repercussões que se poderão desenvolver na idade adulta (Marques & Cepêda, 2009). Desta forma, o papel do(a) psicomotricista sobre o contexto de saúde mental infantil será fundamental, pois a prática psicomotora permite a harmonia e consonância entre o corpo e o psiquismo como forma de identificar e solucionar os conflitos internos que surgem no indivíduo (Almeida, 2005; Martins, 2001) através da expressão dos mesmos e da vivência de novas e diferentes experiências (Boscaini, 2012).

b. Metodologia

i. Caracterização do participante

A Beatriz (nome fictício) tem 8 anos de idade e encontra-se abrangida pelo DL 54/2018, sendo o seu currículo adaptado às suas dificuldades ao nível da escrita, leitura e cálculo, por esta razão, a Beatriz não transitou de ano e integra uma turma de 1º ano com matéria de 2º ano. A Beatriz recebe apoio das equipas de educação inclusiva três vezes por semana desde 2021, sendo seguida desde 2019 com periodicidade semanal em psicologia escolar, permanecendo atualmente com ambos os apoios. É acompanhada na Unidade desde 2020 pela área da Pedopsiquiatria e desde 2021 pela área de Psicomotricidade, permanecendo atualmente com o mesmo acompanhamento. A Beatriz foi encaminhada para a consulta de psicomotricidade pelo seu médico de referência, em função das queixas de MS com adultos.

História pessoal: A anamnese foi realizada em outubro de 2021, ao encarregado de educação da Beatriz, que é a mãe. A Beatriz coabita com o pai, mãe e dois meios-irmãos maternos do género masculino, um com 13 anos e outro com 17 anos. A gravidez foi planeada, sem ocorrência de comprometimentos. O parto da Beatriz foi considerado um parto de termo e do tipo eutócico, às 38/39 semanas de gestação.

Relativamente ao controlo dos esfíncteres, a Beatriz iniciou o controlo dos esfíncteres diurnos aos 4 anos, contudo, iniciou episódios de encoprese em contexto infantil três meses após o desfralde, sendo que estes episódios cessaram ainda aos 4 anos. No que toca o período noturno, atualmente ainda apresenta episódios de enurese noturna primária e necessidade de usar fralda. Referiram-se dificuldades de autonomia nas necessidades fisiológicas. Relativamente ao sono, relataram-se dificuldades de autonomia no sono, pois até aos 4 anos a Beatriz dormiu no seu berço no quarto dos pais, após esta idade começou a dormir num quarto que partilhava com um dos irmãos. Em 2020, ainda partilhava o quarto com o irmão, atualmente esta apresenta quarto próprio.

A Beatriz é uma criança com muitas inseguranças e sentimentos de menos valia “eu não consigo, não sou capaz, tenho medo”. A nível social, é socialmente muito seletiva, apresentando atualmente três amigas com quem se relaciona. A Beatriz manifesta dificuldades em fazer amigos, colocando-se de parte quando alguém está por perto. Em situações sociais fora de casa (café, supermercado), permanece “bloqueada” “tímida”, desviando o olhar para o chão. Porém, com familiares é muito faladora. Sem alterações no comportamento. A Beatriz não apresenta comprometimentos a nível do seu historial médico, já a mãe apresenta um diagnóstico de depressão há 12 anos desde o divórcio do primeiro marido, não se encontrando atualmente medicada. A nível da escolaridade, a Beatriz ingressou no infantil aos 3 anos e no ensino pré-escolar aos 6 anos. Fora do contexto escolar, pratica há cerca de 6 meses com uma regularidade de três vezes por semana, kravmaga. Tendo ainda em conta a informação retirada do processo clínico,

a mãe referiu numa consulta de pedopsiquiatria que suspeita de ocorrência de um episódio traumático na escola, com um colega ou adulto. Sempre que a mãe questiona a Beatriz sobre a possibilidade deste acontecimento esta permanece em silêncio.

ii. Plano de avaliação

O processo de avaliação da Beatriz incluiu a aplicação de instrumentos de avaliação informal e formal, com a finalidade de adquirir informações sobre o seu desenvolvimento psicomotor, competências sociais (Aragón, 2012; Giromini et al., 2022), comportamentos, dificuldades e potencialidades (Aragón, 2012; Ballouard, 2008; Figueira & Freitas, 2017). Relativamente à avaliação informal recorreu-se à Grelha de observação de Martínez & Sánchez (2000), com o sentido de recolher informação sobre a expressividade motora da criança, o seu desenvolvimento psicomotor, e a relação que estabelece com o tempo, espaço, objetos, adultos e pares. Já no que se refere à avaliação formal foi aplicada a BPM de Vítor da Fonseca (2010), nomeadamente os fatores psicomotores Tonicidade e Estruturação Espaço-Temporal, de forma a avaliar as suas funções tónicas, funções de espaço-tempo, associação e dissociação de movimentos, Visuo-espacialidade e identificar possíveis dificuldades psicomotoras; o Subteste Estátua de Nepsy-II (Korkman et al., 2007) visou compreender a capacidade de inibição motora, autorregulação e vigilância; a Torre de Londres (Anderson et al., 1996), pretendeu obter informações sobre as funções executivas, planeamento motor, resolução de problemas e capacidade de tolerância à frustração; o DAP (Naglieri, 1988), permitiu avaliar a forma como a criança percebe e representa o corpo, colocando em evidência a integração da imagem e esquema corporal desta; já o BOT-2 (Bruininks, 1978) foi aplicado com o sentido de compreender as competências motoras e verificar a existência de possíveis disfunções ou atrasos no seu desenvolvimento motor.

iii. Procedimentos

Elementos critério

Os elementos critério estabeleceram-se através da análise da história (pessoal e clínica), e da avaliação inicial (formal e informal) da Beatriz. Como elementos critério, consideram-se aspetos da caracterização a criança e expressão dos seus sintomas. Assim, consideram-se elementos critério, os seguintes: MS, enurese noturna primária, dificuldades de autonomia no sono e nas necessidades fisiológicas, suspeita de episódio traumático, PAE, boa relação com a psicomotricista, mãe com diagnóstico de depressão.

Hipóteses explicativas

As presentes hipóteses explicativas foram formuladas com a necessidade de compreender e explicar as características e sintomas manifestados pela Beatriz, e desta forma, delinear o projeto

terapêutico mais apropriado às suas especificidades. Para a formulação e reflexão destas hipóteses, foi crucial ter em conta a informação obtida através da avaliação inicial, a história pessoal e clínica da criança. Toda a reflexão teve por base fatores que se consideram apresentar um grande impacto sobre o desenvolvimento da criança, contribuindo para o surgimento dos seus sintomas.

Encontra-se incluído sobre os fatores de risco de desenvolvimento de perturbações mentais na infância, a presença de comprometimentos sobre a saúde mental dos pais (Roustit et al., 2010). Diagnóstico de depressão materna no decorrer da gestação encontra-se associado a comprometimentos sobre o funcionamento psicológico da criança, surgindo a partir destes, sintomas de ansiedade (McGuinn et al., 2022), a comprometimentos sobre a formação de um vínculo seguro, e consequentemente, sobre a relação mãe-bebé, uma vez que estes estados emocionais se associam à alteração dos comportamentos e interpretações que a mãe poderá exercer sobre os sinais do bebé, nos diálogos e interações com este, manifestando esta ausência de afeto, baixa sensibilidade, apatia, entre outros. Desta forma, o desenvolvimento psicossocial da criança permanece afetado, e a sua saúde mental comprometida (Daundasekara et al., 2021; Flores et al., 2013; Kliemann et al., 2017; Nath et al., 2019). Através da anamnese, verificou-se que a mãe da Beatriz apresenta atualmente um diagnóstico de depressão, manifestando-se o mesmo no período de gestação e no período pós-parto, assim sendo, a sintomatologia e desenvolvimento de perturbação mental da Beatriz poderá encontrar-se associada à depressão materna, assim como as suas dificuldades sobre a regulação e instabilidade emocional, sendo esta uma das hipóteses explicativas.

Colocando outra hipótese, a literatura refere que crianças vítimas de abuso sexual na infância manifestam comprometimentos sobre o seu bem-estar psicológico, fisiológico (Davidson & Omar, 2014) e comportamental (Gil-Llario et al., 2018). São diversas as sequelas que ocorrem na vida destas crianças (Hornor, 2010), como por exemplo, desenvolvimento de perturbações mentais, isolamento social, baixa autoestima, sofrimento psicológico, abuso de substâncias (Papalia et al., 2018), depressão, ideação suicida, dificuldades no sono, dificuldades sobre relacionamentos interpessoais (Davidson & Omar, 2014), sobre o controlo dos esfíncteres, encoprese, medo de dormir sozinho, autoagressão (Gil-Llario et al., 2018), entre outros.

Em concordância com a hipótese anteriormente exposta, a causa mais frequente e que apresenta maior impacto sobre o desenvolvimento de MS compreende a disfunção familiar (Lucas & Costa, 2021). Nestes casos, o MS poderá ocorrer por falhas na relação precoce mãe-bebé, por oposição à superproteção manifestada pelos pais, e à exposição da criança a episódios traumáticos ou experiências negativas, como por exemplo violência física e verbal, divórcio dos pais (Lucas & Costa, 2021), abuso sexual, morte de um ente querido (Cohan et al., 2006), entre outras situações. Também se evidencia que o MS se origina em momentos onde a fala permanece carregada de conflitos internos não resolvidos (Cohan et al., 2006; Monzo et al., 2015). Estes conflitos originam-

se quando a criança é confrontada perante uma condição de ansiedade ao qual não se sente apta para responder (Lucas & Costa, 2021), representando o mutismo uma função de defesa (Monzo et al., 2015), de enfrentamento da ansiedade (Krysanski, 2003; Lucas & Costa, 2021).

Também se compreende que a enurese e sobretudo a enurese noturna primária poderá ocorrer como consequência de baixo peso à nascença, atraso neurológico ou do desenvolvimento motor (Nijman et al., 2005), falhas na relação mãe-bebê, no processo separação-indivuação que resultam na enurese acompanhada por ansiedade em se separar dos pais na hora do sono e em dormir de forma autónoma (Mishne, 1993), e ainda, em resposta a episódios traumáticos a que a criança é exposta (Fritz & Rockney, 2004). Diversos autores associam a presença de enurese noturna à exposição de abuso sexual (Anderson et al., 2014; Nijman et al., 2005). A etiologia da encoprese também poderá resultar de exposição a traumas, fatores stressantes como é o caso do abuso sexual (Mello et al., 2006), divórcio dos pais ou hospitalizações dos mesmos (Fritz & Rockney, 2004).

Tendo em conta a anamnese e a análise da organização cronológica dos sintomas e acontecimentos ocorridos na vida da Beatriz, verifica-se que até aos seus 4 anos não manifestou quaisquer sintomas de enurese/encoprese ou de ansiedade, contudo, foi precisamente a partir dos 4 anos que começaram a surgir os primeiros sintomas, coincidindo estes com o período em que a criança deixou de dormir no quarto dos pais, iniciou o controlo dos esfíncteres diurnos com episódios de encoprese, e que surgiram queixas de enurese noturna primária e MS. Existindo atualmente queixas de dificuldades de autonomia no sono, nas necessidades fisiológicas, e suspeita de ocorrência de um episódio traumático. Assim sendo, todos os sintomas e diagnósticos referidos anteriormente, assim como as características de isolamento social, inibição, baixa autoestima, dificuldades sobre relacionamentos interpessoais e evidente sofrimento psicológico manifestado pela Beatriz, compreendem algumas das características de crianças vítimas de violência/ abuso sexual, como tal, colocou-se também como hipótese explicativa, a existência de um possível episódio traumático, mais especificamente, de violência ou abuso sexual aos seus 4 anos. Apesar de não se ter a certeza do tipo de episódio traumático a que a criança foi exposta, todas as características enumeradas anteriormente associadas à dinâmica familiar da Beatriz levam a querer que os seus sintomas são desencadeados como mecanismo de defesa e enfrentamento (Gil-Llario et al., 2018) de um conflito interno (Cohan et al., 2006), que no caso da Beatriz poderá então compreender a suspeita de violência/abuso sexual.

Relativamente às dificuldades de aprendizagem manifestadas pela Beatriz, estas poderão estar associadas à presença de enurese e MS. Segundo Mishne (1993) e Esposito et al. (2011), as dificuldades escolares ou diminuição sobre o rendimento escolar, poderão estar associadas à enurese noturna. Já segundo Lucas & Costa (2021), crianças com um diagnóstico de MS evidenciam maior predisposição para o desenvolvimento de prejuízos sobre o processo de aprendizagem por

resultado da ansiedade e inibição manifestada por estas crianças, que compromete as capacidades cognitivas, a capacidade de atenção e impede a aprendizagem e o desempenho escolar. Também Krysanski (2003) refere que o MS interfere negativamente sobre o funcionamento social e académico. De acordo com a cronologia dos acontecimentos referidos na anamnese, verifica-se que as PAE foram diagnosticadas apenas aos 7 anos da Beatriz, como tal, estas dificuldades poderão ter surgido como consequência do seu quadro clínico de enurese e MS.

Perfil Intra-individual

A observação informal, os resultados das avaliações formais realizadas e a anamnese, permitiram estabelecer o perfil intra-individual da Beatriz. De seguida, serão enumeradas as áreas/comportamentos fracas/os referentes ao perfil intra-individual da Beatriz, sendo estas: Controlo tónico (Extensibilidade, passividade e paratonia – tónus de fundo); Equilíbrio; Noção do corpo (Autoimagem/controlo bilateral, imagem e esquema corporal); Estruturação Espaço-temporal (Estruturação dinâmica, estruturação rítmica, representação topográfica, sequencialização visuoespacial, percepção auditiva, integração rítmica, interiorização espacial); Motricidade global (Coordenação dos membros superiores, coordenação óculo-manual, coordenação óculo-pedal); Motricidade fina (Proficiência motora fina, destreza manual); Competências cognitivas (Memória visual, capacidade simbólica); Competências socio-emocionais (Tolerância à frustração, regulação emocional, comunicação verbal, hipervigilância, autocontrolo da impulsividade e agitação psicomotora).

Objetivos terapêuticos

Tendo em conta a análise dos resultados da avaliação formal e informal, foi possível traçar os objetivos terapêuticos da Beatriz, sendo os seus objetivos gerais: Normalizar o tónus muscular; Estimular o equilíbrio; Promover a noção do corpo; Melhorar a estruturação espaço-temporal; Melhorar a motricidade global; Melhorar a motricidade fina; Promover as competências cognitivas; Promover as competências socio-emocionais.

Projeto pedagógico-terapêutico

Diretrizes de intervenção

A intervenção delineada para a Beatriz teve por base os resultados da avaliação, o perfil psicomotor da criança e as hipóteses explicativas traçadas para a mesma, considerando sempre as especificidades e interesses da Beatriz. A fundamentação da presente intervenção compreende a explicação detalhada das diretrizes realizadas, tais como, a tipologia, frequência e duração das sessões, tipo de atividades realizadas, materiais, métodos e técnicas utilizadas.

As sessões apresentaram uma periodicidade semanal, sendo que cada sessão foi realizada à segunda-feira com uma duração de quarenta e cinco minutos, entre o mês de outubro de 2021 e

junho de 2022.

A intervenção envolveu sessões com uma tipologia individual e semidirigida de jogo espontâneo, onde as atividades foram escolhidas pela criança em conjunto com a terapeuta, de acordo com as preferências desta, orientando a terapeuta as mesmas tendo em conta as técnicas, métodos, mediadores e objetivos terapêuticos pré-estabelecidos. Em crianças com um diagnóstico de MS, torna-se essencial que a intervenção se oriente inicialmente por uma tipologia individual mais personalizada, tendo em conta as fragilidades da maioria dos casos, com sentido de resolver os delicados comprometimentos existentes sobre o comportamento de externalização (Skedgell et al., 2017), e com o sentido de favorecer a manifestação e superação de angústias e conflitos internos (Llinares & Rodríguez, 2008). Segundo Costa (2017), a tipologia individual é indicada para crianças com dificuldades sobre a comunicação, em se relacionar com os pares, e em crianças que sofreram de abuso sexual, com o sentido de proteger as mesmas. Tais factos encontram-se em consonância com os comprometimentos que a Beatriz apresenta sobre a comunicação, relacionamento com os pares e sobre a suspeita de episódio traumático referido nas hipóteses explicativas.

No que se refere ao modelo de intervenção, considerou-se a intervenção psicomotora de base relacional, uma vez que esta prioriza a qualidade da relação terapêutica que se estabelece entre a terapeuta e a criança (Costa, 2017; Fernandes et al., 2018), e é através desta, do corpo, do brincar (Costa, 2011), e das vivências psicomotoras que a criança adquire a sua organização psicoafectiva (Almeida, 2008), o que contribui para a maximização da autoestima, autoconfiança e autonomia da criança (Costa, 2017), sendo estas algumas das áreas que se encontram comprometidas no caso da Beatriz. A abordagem relacional permite ainda incidir sobre uma possível regressão e reviver de acontecimentos que poderão causar sofrimento sobre a criança, e que se encontram mal solucionados, na tentativa de reparar e superar os mesmos (Costa, 2008). No caso da Beatriz, o reviver dos possíveis episódios traumáticos a que esteve exposta poderá permitir a sua reparação e superação de angústias e conflitos internos.

No decorrer das sessões, utilizaram-se alguns dos diversos materiais existentes na sala de psicomotricidade, tais como: bolas, que estimulam a motricidade global, noções espaciotemporais, e a função de mediador, pois assegura o distanciamento e contacto físico nos momentos de relaxação; bastões, que permitem a descarga de agressividade e favorecem a coordenação óculo-manual; arcos, que potencializam as noções espaciotemporais, atenção/concentração, e aquisição de competências motoras; pinos/cones, que favorece a coordenação global, o equilíbrio e noções espaciais; tecidos, que estimulam a imaginação, o relaxamento, a imagem e esquema corporal; instrumentos musicais, que favorecem a expressão, representação e comunicação de sentimentos e emoções; lápis, tintas, plasticina e folhas de papel, favorecem a criatividade, a expressão plástica, a coordenação óculo-manual, a exteriorização de angústias e tensões, o esquema e imagem

corporal, a autoestima; os colchões e as almofadas, que são essenciais para os momentos iniciais da sessão e de retorno à calma poderão também ter a função de proteção e contenção, serem utilizados para construções, entre outros materiais (Aragón, 2012; Costa, 2008, 2017; Rodríguez & Llinares, 2008).

Uma das principais diretrizes de intervenção compreendeu um ambiente terapêutico contendor e securizante e a presença de uma relação terapêutica bem estabelecida, empática, de confiança e aceitação. Este ambiente e vínculo terapêutico de confiança torna-se fulcral na intervenção de crianças com um diagnóstico de MS, pois permite que a mesma se sinta confortável e segura para explorar e utilizar livremente diferentes formas de expressar as suas emoções, de comunicar com o terapeuta, e assim, diminuir a sua ansiedade, o que progressivamente possibilitará o surgimento da comunicação verbal (Moldan, 2005; Wonders, 2020).

No que se refere aos métodos e técnicas de intervenção utilizados, privilegiou-se o jogo espontâneo, jogo simbólico, Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque (1994), e mediadores artístico-expressivos (expressão plástica), com sentido de se incidir sobre os objetivos terapêuticos anteriormente expostos, nomeadamente, sobre o controlo tónico, noção do corpo e competências socio-emocionais, sendo estas as áreas de maior carência do caso. De acordo com a literatura, a prática psicomotora revela-se eficaz no quadro de MS e deverá incidir sobre a regulação do tônus muscular, reafirmação da imagem corporal, diminuição da ansiedade, maximização da autoestima, autoconfiança, regulação emocional e comportamental, e ainda, estimulação da comunicação verbal e competências linguísticas (Aranda, 2015; Camposano, 2011; Esposito et al., 2015; Melfsen et al., 2022; Moldan, 2005; Skedgell et al., 2017).

Considerando-se as dificuldades da Beatriz relativamente à comunicação verbal, regulação emocional e aos seus elevados níveis de ansiedade, uma intervenção baseada no jogo espontâneo e simbólico torna-se eficaz. O jogo espontâneo permite minimizar a ansiedade e a inibição que se faz sentir no caso da Beatriz, e ainda, estimular a sua comunicação verbal, uma vez que possibilita às crianças com MS a comunicação da sua realidade, dos seus sentimentos, conflitos internos, medos e angústias, sendo este o meio que a criança utiliza para se expressar, comunicar e interagir com o mundo ao seu redor em alternativa à comunicação verbal (Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016). Também o jogo simbólico permite expressar os seus sentimentos e conflitos internos, enfrentar e resolver os mesmos (Aragón, 2012).

No que se refere aos mediadores artístico-expressivos, nomeadamente, a expressão plástica, é um mediador muito utilizado em crianças com MS (Fernandez et al., 2014), pois permite a expressão e comunicação do seu mundo interno, de emoções contidas, de conflitos que a criança não é capaz de exprimir através da comunicação verbal (Aragón, 2012; Fernandez et al., 2014; Giromini, et al., 2022), sendo estas expressas através de símbolos desenvolvidos a partir do desenho, pintura, construções em plasticina e colagens (Aragón, 2012; Fernandez et al., 2014),

como aconteceu no caso da Beatriz. A expressão plástica promove a criatividade, a autoconfiança/autoestima, as competências motoras, cognitivas e simbólicas, o autoconhecimento, a comunicação não verbal, a interação e socialização, a regulação emocional, diminui a tensão muscular, a ansiedade existente e os conflitos internos (Aragón, 2012; Costa 2008; Fernandez et al., 2014; Giromini, et al., 2022), sendo esta necessária no caso da Beatriz tendo em conta os comprometimentos existentes sobre a área sócio-emocional, noção do corpo e tónus muscular.

As técnicas de relaxação foram privilegiadas na intervenção da Beatriz com a finalidade de promover a regulação e consciência emocional, a regulação tónica, a imagem/esquema corporal (Aragón, 2012) e ainda, reduzir o nível de hipervigilância e de ansiedade da criança (Giromini, et al., 2022), contudo, esta diretriz nem sempre fez parte das sessões por recusa da criança. Na literatura evidencia-se que a presente metodologia é fundamental e eficaz sobre o alívio e diminuição de sintomas de ansiedade em crianças com um diagnóstico de MS (Ruiz & Klein, 2013), uma vez que auxilia a que estas encontrem diferentes formas de lidar com pensamentos negativos (Muris & Ollendick, 2015) medos e angústias, sendo estes causadores dos seus sintomas (Camposano, 2011). Também as crianças expostas a episódios traumáticos beneficiam de técnicas de relaxação, pois permitem minimizar os pensamentos negativos que surgem associados ao reviver do episódio (Bergès-Bounes et al., 2008). Assim sendo, tendo em conta o quadro clínico da Beatriz e a hipótese de uma possível exposição a um episódio traumático, as técnicas de relaxação compreenderam uma importante diretriz da sua intervenção.

Inicialmente optou-se pela aplicação do toque terapêutico por parte da terapeuta com recurso a um mediador (bola), pois de acordo com Rémoville (2015), o toque terapêutico em crianças com MS poderá ser invasivo sendo necessário ter alguma precaução. Sugeriu-se também diversos movimentos correspondentes ao Método de relaxação ativa na escola e em casa de Samy Boski (1990), sendo estes recusados. Posteriormente, sugeriu-se a automassagem no rosto e a narração de um conto infantil, ambos recusados. De seguida, introduziram-se diversos movimentos com o paraquedas em conjunto com a formação de um iglô com o mesmo, sendo estas propostas recusadas em algumas sessões. Progressivamente, e já no final da intervenção, introduziu-se o Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque (1994), sendo o mesmo aceite pela criança.

O Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque (1994) baseia-se num conjunto de jogos numa vertente lúdica e apelativa para as crianças, que tanto invoca momentos de atividade como momentos de passividade e imobilidade. Este método favorece o esquema e imagem corporal, a autorregulação, a autonomia, a disponibilidade psicocorporal, e ainda, o processo ensino-aprendizagem da criança (Choque, 1994). Segundo Rémoville (2015), as crianças com MS apresentam diversas fragilidades, sendo fulcral ter o máximo de cuidado com o tipo de

indução corporal escolhida. Também Bergès-Bounes et al. (2008) afirma que a utilização de métodos de relaxação que contemplam indução tátil em crianças vítimas de violência sexual deve ser introduzida com cautela, pois estas crianças experienciam o toque como angustiante, podendo este resultar numa experiência incômoda, desconfortável e até perturbadora. Desta forma, o presente método foi escolhido de acordo com as especificidades e fragilidades da Beatriz, considerando-se que não seria adequada a aplicação de técnicas de relaxação que implicassem a indução verbal, tátil ou ainda, que implicassem apenas momentos de imobilidade, pois esta recusava ou demonstrava desconforto perante as mesmas.

Por fim, o momento da simbolização da sessão considera-se fundamental no caso da Beatriz, pois o desenho é utilizado como meio de comunicação com o outro, de expressão das suas emoções e conflitos internos (Monzo et al., 2015). Uma vez que este meio de comunicação é muitas vezes escolhido pelas crianças com um quadro clínico de MS, permitir e incentivar a criança a escolher livremente a sua forma de comunicação sem forçar a comunicação verbal, permite que a mesma se sinta confortável com estes meios de comunicação não verbal (Hung et al., 2012), promovendo a diminuição da ansiedade, que por sua vez possibilitará o surgimento da comunicação verbal (Moldan, 2005; Wonders, 2020).

Estratégias Específicas

Durante a intervenção considerou-se que as estratégias que deveriam ser aplicadas e que seriam adequadas às características do presente caso, sendo estas fundamentais ao seu desenvolvimento (Rodríguez & Llinares, 2008), são as seguintes: promover um ambiente securizante e estruturado através do estabelecimento de uma relação terapêutica empática e contentora, pois privilegia diversas vivências e experiências corporais prazerosas à criança favorecendo a sua participação e autonomia (Costa, 2008); disponibilidade e colaboração do terapeuta, pois contribui para a interação entre ambos, para a segurança da criança sobre o *setting* terapêutico, e para a expressão do seu mundo afetivo (Rodríguez & Llinares, 2008; Vecchiato, 2003); reforço positivo e respeito pelo ritmo da criança, permitem valorizar as suas conquistas, sentir que a sessão é um local de descoberta onde se pode expressar livremente, promovendo os seus comportamentos assertivos, capacidade de autorregulação e autonomia (Costa, 2008, 2017; Rodríguez & Llinares, 2008; Martins & Rosa, 2005); capacidade de escuta, apoiar e ser compreensivo, aceitar o silêncio da criança permite que esta se sinta segura para expressar os seus desejos livremente (Ajuriaguerra et al., 1997; Rodríguez & Llinares, 2008); encorajar a criança à sugestão de atividades a desenvolver na sessão promove a sua autonomia, pois envolve uma tomada de decisão, reflexão e resolução dos seus conflitos; criação de rotinas através do estabelecimento de etapas da sessão com a diminuição progressiva do nível de movimentos exigidos, favorece sentimentos de segurança, previsibilidade, capacidade de planeamento,

organização do pensamento e controlo dos seus impulsos (Rodríguez & Llinares, 2008).

c. Resultados

i. Avaliação inicial

A avaliação inicial ocorreu entre o mês de outubro e novembro de 2021, compreendendo as três primeiras sessões de 45 minutos. Neste período a Beatriz apresentava uma idade cronológica de 8 anos e 4 meses.

Avaliação informal

Como forma de avaliar informalmente a Beatriz, foi utilizada a grelha de observação informal de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003).

A Beatriz sabe movimentar-se com ou sem objetos, sabendo variá-los e combiná-los. O seu movimento é bastante hábil, por vezes impulsivo, o seu ritmo é considerado rápido, no entanto, é capaz de ajustar a sua velocidade. É uma criança que corre, salta e gira, sem apresentar estereotípias. A lateralidade da Beatriz encontra-se bem definida, revelando uma preferência pela utilização do lado direito do corpo. Em relação ao equilíbrio, demonstra dificuldades em permanecer imobilizada em apoio unipedal, e na ponta dos pés com ligeiras reequilibrações, revelando dificuldades sobre o equilíbrio estático. No que diz respeito à coordenação óculo-manual, revela dificuldades em coordenar os movimentos realizados com os membros superiores. Manifesta uma mobilidade hiperativa. Em relação à gestualidade, expressa-se bem tanto facial como corporalmente, sendo considerada uma criança bastante expressiva e empática às situações. Apresenta um tónus postural hipertónico e revela uma preferência por permanecer em posição bípede, contudo, é capaz de adaptar a sua postura às situações e quando lhe é solicitado. O tónus de base e o tónus em movimento é considerado hipertónico, sendo que na realização de qualquer tarefa revela-se uma grande tensão e rigidez corporal. A motricidade global poderá encontrar-se afetada devido a esta tensão que se observa na realização de tarefas. Revela uma grande preferência por se encontrar no espaço próximo dos outros, abrindo o seu espaço a estes. Ajusta-se aos tempos da sessão no tempo que é solicitado pela terapeuta. É capaz de partilhar objetos com o outro, de utilizar o objeto como mediador da sua comunicação e de por vezes escolher os objetos de forma autónoma. Na relação com o adulto/psicomotricista, escuta, espera e aceita a opinião, participa em todas as atividades que lhe são propostas manifestando as suas necessidades através de gestos e expressões. No que diz respeito à representação, a Beatriz realiza o desenho do corpo com pormenores anatómicos bastante imaturos para a sua idade.

Avaliação formal

Relativamente à **BPM**, no fator psicomotor Tonicidade, revelou-se grandes resistências à manipulação do movimento, rigidez muscular, insensibilidade ao peso dos membros, tensões,

bloqueios, evidentes dificuldades em aceder à passividade, sincinésias pouco óbvias e reações tónico-emocionais. Relativamente ao fator psicomotor Estruturação Espaço-Temporal, na prova de Organização não foi possível verificar se a contagem dos passos se encontrava correta, uma vez que a Beatriz permaneceu em mutismo, revelando-se um ligeiro descontrolo no final das passadas. Na prova de Estruturação Dinâmica, revelou-se dificuldades de memorização, sequencialização visuoespacial e intolerância à frustração. Na prova de Representação Topográfica demonstrou dificuldades em organizar-se espacialmente e em desenhar os objetos da sala em proporções adequadas, evidenciando-se dificuldades no planeamento motor e desorientação espacial. Na prova de Estruturação Rítmica, a Beatriz não reproduziu nenhuma das quatro estruturas rítmicas apresentadas, revelando-se uma grande frustração, nítidas distorções perceptivo-auditivas e dificuldades sobre a integração rítmica.

Relativamente à prova da **Estátua da Bateria Nepsy II**, a Beatriz não foi capaz de se imobilizar nem de permanecer com os olhos fechados, observando-se diversos movimentos corporais e reações tónico-emocionais em todos os estímulos introduzidos. A Beatriz obteve um total de 7 pontos. Esta pontuação revela uma grande dificuldade no controlo inibitório e na autorregulação (grande agitação psicomotora), uma vez que a sua pontuação equivale à prestação de uma criança entre os 3 anos e os 3 anos e 5 meses.

Relativamente à **Torre de Londres**, a Beatriz obteve uma pontuação total de 26 pontos, demonstrando assim uma adequada capacidade de execução e resolução de problemas, contudo, considera-se que existem dificuldades na capacidade de planeamento motor, uma grande agitação, impulsividade e intolerância à frustração.

Relativamente ao **DAP**, a Beatriz realizou os desenhos referentes à figura humana com uma postura bastante tensa, com emissão de sons sem articulação de palavras e alguma agitação. O desenho do Homem foi o que apresentou uma pontuação mais elevada, no entanto, observou-se uma maior tensão e investimento no desenho do Próprio. Todos os desenhos foram realizados num curto espaço de tempo, contudo, o desenho do Homem foi o que se realizou em menos tempo (1min e 14 seg) em comparação com a Mulher (1min 46 seg) e Próprio (1min e 32 seg). Estes encontram-se pouco investidos, com poucos detalhes anatómicos (ausência de pescoço, orelhas e nariz). Todos os desenhos foram realizados sobre o centro da folha e em proporções adequadas ao tamanho da mesma. A Beatriz obteve um total bruto de 75 pontos e um valor standard de 72 pontos. Esta pontuação revela um percentil 3, e uma classificação final *Borderline*. Com estes resultados, conclui-se que a Beatriz apresenta um esquema corporal imaturo, tendo em conta a sua faixa etária.

Relativamente ao **BOT-2**, evidenciam-se dificuldades na motricidade fina, mais especificamente, sobre a Precisão Motora Fina. Na prova referente à Destreza Manual, revelaram-se dificuldades no controlo e planeamento motor, na preensão e manipulação dos blocos, e

consequentemente, na motricidade fina. No que se refere às provas da Coordenação Bilateral, todos os movimentos foram realizados com bastante imprecisão e hesitação, evidenciando-se dificuldades neste domínio. Na prova do Equilíbrio, observou-se ligeiras reequilibrações e insegurança a nível gravitacional, revelando-se assim dificuldades sobre o equilíbrio dinâmico. No que se refere às provas de Força e Agilidade, estas foram realizadas com muita dificuldade, insegurança gravitacional e constantes reequilibrações, revelando-se assim dificuldades a nível do equilíbrio dinâmico. Nas provas de Coordenação dos Membros Superiores, a criança obteve resultados baixos, sendo que agarrava a bola com grande dificuldade e rigidez corporal. As provas referentes à Força, também foram realizadas com muitas dificuldades, pois apresentou sempre uma postura incorreta, contudo, estas dificuldades podem estar associadas à elevada rigidez muscular observada. A Beatriz obteve um total de 29 pontos. Esta pontuação revela um percentil 2, o que significa que a criança se encontra muito abaixo da média.

ii. Avaliação inicial vs final

A avaliação final ocorreu no mês de junho de 2021, e incluiu os mesmos instrumentos formais e informais aplicados na avaliação inicial. Nesta altura a Beatriz apresentava uma idade cronológica de 8 anos e 11 meses. Seguidamente, serão analisados os resultados referentes a estas avaliações, e comparados os mesmos com a avaliação inicial.

Avaliação informal

Relativamente ao domínio Movimento, este mantém-se igual aos resultados da avaliação inicial, à exceção do equilíbrio estático e dinâmico onde se verificam-se melhorias sobre os mesmos. No parâmetro Coordenação óculo-manual, a criança revela uma adequada capacidade em coordenar os movimentos realizados com os membros superiores. Mantém a mobilidade hiperativa. Em relação à Gestualidade, Postura, Tónus, Espaço e Tempo, não se verificam alterações em comparação com a avaliação inicial. A criança apresenta preferência por materiais móveis, repetindo muitas vezes a utilização do mesmo material no espaço e partilhando os mesmos com a terapeuta. É capaz de escolher o material livremente e de o utilizar com investimento afetivo, com a função de exploração do espaço, comunicação e jogo simbólico. Na relação com o adulto/psicomotricista, a Beatriz escuta, espera, mas também pede e aceita a opinião deste, participa em todas as atividades que lhe são propostas, manifestando as suas necessidades através de gestos, expressões e verbalizações simples. Por fim, no que diz respeito à representação, a Beatriz é capaz de realizar o desenho do corpo com maiores detalhes e pormenores anatómicos, verificando-se atualmente a presença de orelhas, nariz, pescoço e mãos com cinco dedos, contudo, ainda se consideram imaturos para a sua idade. No que se refere à representação a nível de modelagem, através da plasticina a Beatriz foi capaz de acrescentar o nariz e pescoço. Apesar da progressão a nível da noção do corpo, verificam-se ainda dificuldades

sobre este domínio, pois como exemplo, foi representado numa sessão o pescoço incorporado sobre o tronco, o que poderá revelar a presença de dificuldades sobre a noção dos seus limites corporais.

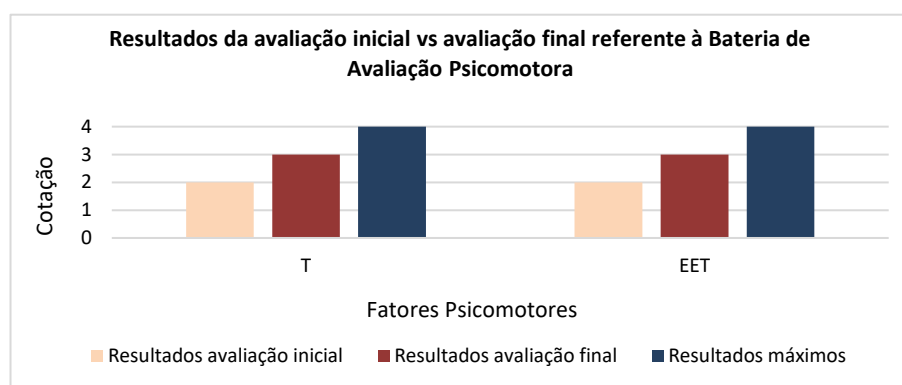
Avaliação formal

Relativamente à **BPM**, no fator psicomotor Tonicidade, apesar dos esforços ainda visíveis a Beatriz foi capaz de realizar as provas com menor resistência e sem contratibilidade, contudo, revelam-se ainda tensões e evidentes dificuldades em aceder à passividade. No fator psicomotor Estruturação Espaço-Temporal, na prova de Organização a Beatriz permaneceu novamente em mutismo, contudo, foi agora capaz de ajustar as passadas ao percurso que teria de realizar, sem descontrolo final das mesmas. Na prova de Estruturação Dinâmica, ao contrário da avaliação inicial onde não se realizou corretamente nenhuma ficha, a Beatriz foi agora capaz de reproduzir metade das fichas existentes, sem qualquer frustração perante as sequências erradas. Na prova de Representação Topográfica, realizou o levantamento topográfico da sala sem dificuldades em organizar-se espacialmente, assim como a execução do trajeto foi realizada sem aparentes dificuldades sobre o planeamento motor. Na prova de Estruturação Rítmica, manteve as dificuldades verificadas na avaliação inicial, porém, não se mostrou frustrada.

No seguinte gráfico (ver Figura 4), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final da Beatriz, referente à aplicação da BPM.

Figura 4.

Resultados da avaliação inicial vs final da Beatriz referentes à BPM



Legenda: T (Tonicidade); EET (Estruturação espaço-temporal).

Relativamente à prova da **Estátua da Bateria Nepsy II**, a Beatriz foi capaz de permanecer imobilizada e de olhos fechados sem qualquer tipo de movimentos corporais ou vocalizações, mesmo quando foram introduzidos os estímulos exigidos pela prova, sendo tal bastante positivo, pois na avaliação inicial a Beatriz não foi capaz de se imobilizar, mantendo-se constantemente em hipervigilância. A Beatriz obteve a cotação máxima nesta prova, revelando um adequado controlo inibitório e uma adequada autorregulação.

No que se refere à **Torre de Londres**, verificou-se que a Beatriz não apresenta comprometimentos sobre o planejamento motor, mas sim uma grande impulsividade, pois quando a Beatriz apresentava um maior tempo de planejamento era capaz de realizar a prova à primeira tentativa, já quando agia sem qualquer reflexão tinha dificuldade em concretizar a tarefa. Apesar disto, a Beatriz foi capaz de persistir na tarefa até ao fim, perceber os seus erros e iniciar uma nova tentativa sem desistir deste, tal comportamento não se observava na avaliação inicial. A Beatriz obteve uma cotação de 29 pontos.

No que respeita ao **DAP**, observou-se um maior investimento na figura humana do Próprio sendo mais rápida e menos precisa na figura humana do Homem. Foi capaz de realizar diferentes detalhes na figura humana da Mulher e do Próprio, ao contrário do que se observou na avaliação inicial, onde ambas as figuras foram desenhadas de forma muito semelhante. Apesar de se verificar um maior investimento e evolução sobre o desenho da figura humana, com a presença de diferentes detalhes anatómicos, estes ainda se verificam imaturos para a sua idade, permanecendo as dificuldades sobre a noção do corpo e limites corporais. A Beatriz obteve um total bruto de 97 pontos. Esta pontuação revela uma classificação final Abaixo da média. Os desenhos elaborados pela Beatriz, encontram-se no Anexo VII.

Na seguinte tabela (ver Tabela 11), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final da Beatriz, referente à aplicação do Teste DAP.

Tabela 11.

Resultados da avaliação inicial vs final da Beatriz referentes ao DAP

	Resultados avaliação inicial			Resultados avaliação final			Valores brutos máximos
	Valores brutos	Valores standard	Percentil	Valores brutos	Valores standard	Percentil	
Homem	27	79	8	33	89	23	64
Mulher	24	74	4	31	85	16	64
Próprio	24	74	4	33	89	23	64
Total (H+M+P)	75	72	3	97	85	16	192
Total da classificação do teste	<i>Borderline</i>			<i>Abaixo da média</i>			

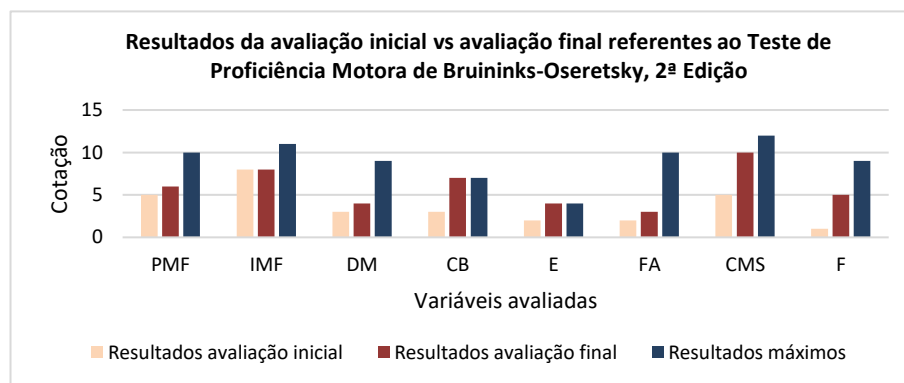
Relativamente ao **BOT-2**, verificou-se um adequado manuseamento dos cubos e uma adequada agilidade na tarefa Destreza Manual. Nas provas da Coordenação Bilateral, a Beatriz conseguiu realizar todos os movimentos exigidos embora com alguma hesitação, contudo, esta poderá estar associada às dificuldades sobre a noção do corpo. A prova de Equilíbrio foi desempenhada sem qualquer reequilibrção. Na prova Força e Agilidade, apesar de ter sido realizada novamente com alguma dificuldade e reequilibrções, a Beatriz realizou um maior número de saltos de forma controlada em equilíbrio unipedal. Nas provas de Coordenação dos Membros Superiores, verifica-se uma maior *performance* nas tarefas. Na prova referente à Força mantêm-se as mesmas dificuldades iniciais. A Beatriz obteve um total de 47 pontos. Esta

pontuação revela um percentil 31, o que significa que a criança se encontra na Média.

No seguinte gráfico (ver Figura 5), encontram-se os resultados da avaliação inicial em comparação com os resultados da avaliação final da Beatriz, referente à aplicação do BOT-2.

Figura 5.

Resultados da avaliação inicial vs final da Beatriz referentes ao BOT-2



Legenda: PMF (Precisão motora fina); IMF (Integração motora fina); DM (Destreza manual); CB (Coordenação bilateral); E (Equilíbrio); FA (Força e agilidade); CMS (Coordenação dos membros superiores); F (Força).

iii. Progressão terapêutica

A intervenção com a Beatriz compreendeu 32 sessões totais, das quais se encontram incluídas as sessões relativas às avaliações iniciais e finais, sendo a criança assídua a todas estas. A intervenção terapêutica iniciou-se a 18 de outubro com a entrevista/anamnese realizada à mãe da Beatriz, e terminou a dia 27 de junho.

Numa fase inicial a Beatriz frustrava quando errava a tarefa ou quando verificava que não estava a desenvolver a tarefa como o esperado, acabando por desistir da mesma. Também nesta fase não conseguia permanecer muito tempo na mesma tarefa. Atualmente a criança é capaz de persistir nas atividades do início ao fim, mesmo que durante a realização desta se depare com alguma dificuldade, acabando por iniciar novas tentativas sem se mostrar frustrada e sem desistir da tarefa até concretizar a mesma de forma adequada. Assim sendo, considera-se que a Beatriz se encontra com maior tolerância à frustração, persistência e regulação emocional. De acordo com o que foi referido anteriormente, a nível da autoestima também se evidencia uma progressão, uma vez que na fase inicial observaram-se sentimentos de menos valia, desistindo das tarefas à mínima dificuldade, pois nunca queria perder ou realizar atividades que receasse a sua falha. Atualmente aceita as suas dificuldades e repete a tarefa até atingir o sucesso.

Nas primeiras sessões a Beatriz encontrava-se em mutismo, expressando-se através de gestos, acenar de cabeça, toque, entre outros. Com a progressão da intervenção verificou-se uma evolução neste domínio, passando a emitir sons sem articulação de palavras, sussurro e verbalização de palavras soltas não dirigidas à terapeuta, tais como, contagem de números, seguido de verbalização de palavras simples pouco audíveis, mas dirigidas à terapeuta, tais como,

“não quero”. Contudo, até ao final da intervenção não foi possível realizar um diálogo com a criança, sem ser através do jogo simbólico. Apesar disso, consideram-se positivos os presentes ganhos, sendo que embora de forma simples, a criança já é capaz de interagir verbalmente com a terapeuta, sendo atingidos alguns dos objetivos estabelecidos no que se refere ao domínio sócio-emocional.

Numa fase inicial, a Beatriz recusava o momento de simbolização, progredindo para a adesão com realização de desenhos do seu interesse sem qualquer relação com a sessão. Inicialmente verificou-se que esta recusa estaria associada a dificuldades sobre a simbolização e mentalização, pois os seus desenhos eram muito pobres, sem conteúdo (riscos). Numa fase mais avançada da intervenção a Beatriz começou a aderir à simbolização da sessão, mas apenas através do jogo simbólico. Atualmente, verificou-se uma grande evolução sobre a simbolização, pois a Beatriz já é capaz de participar neste momento e de realizar uma adequada simbolização sem o mediador de jogo simbólico, sendo a mesma investida, pormenorizada e relacionada com a sessão.

Por fim, foi ainda importante recolher informações junto do pedopsiquiatra e mãe da Beatriz, relativamente à sua progressão nos restantes contextos. Segundo o seu Pedopsiquiatra, a Beatriz apresenta estabilidade clínica com evolução positiva ao nível da sintomatologia ansiosa e sem queixas de enurese/encoprese. Verbaliza com os pares e com alguns professores, embora de uma forma simples. Revela melhorias ao nível da leitura e escrita. Segundo a perceção da mãe, a criança encontra-se com maior autoestima, mais autónoma nas suas tarefas diárias, com melhor adaptação às situações. É capaz de realizar desenhos espontaneamente com uma maior mentalização no mesmo, pois anteriormente apenas realizava riscos. A nível social, apresenta uma boa relação com os pares, um maior número de amizades, manifestando preferência por permanecer perto destes, ao contrário do isolamento que acontecia anteriormente.

d. Discussão/Análise dos resultados da avaliação

De acordo com os resultados referentes aos dois momentos de avaliação e análise da progressão terapêutica, verifica-se que a presente intervenção proporcionou uma melhoria em todos os domínios avaliados, sendo que se verificou uma evolução bastante significativa sobre as competências socio-emocionais, nomeadamente, sobre o aumento da autoestima, regulação emocional e comunicação verbal. Os ganhos atingidos com a intervenção psicomotora foram transferidos para os restantes contextos de vida da criança, sendo bastante benéfico para a sua estabilidade clínica e conseqüente qualidade de vida, permitindo assim a minimização da sua sintomatologia ansiosa, um aumento da autonomia, da socialização e comunicação com os pares e professores, progressão sobre a aprendizagem escolar e término das queixas de enurese.

Segundo a literatura, é comum em crianças com MS a ausência de verbalização numa fase inicial da intervenção (Moldan, 2005). Deste modo, uma relação terapêutica bem estabelecida

encontra-se sobre a base da intervenção com estas crianças, pois permite que se sintam seguras e confortáveis perante o terapeuta, e assim, sejam capazes de gradualmente expressar com este o seu mundo e conflitos internos, sendo estes últimos responsáveis pelo bloqueio da comunicação verbal e pela manutenção do quadro de ansiedade. Numa fase mais avançada da intervenção, a criança sentir-se-á segura e capaz de utilizar a verbalização com o terapeuta, e ao seu tempo, transferir esta forma de expressão com os pares e restantes adultos, contribuindo para a interação social que anteriormente se encontrava também bloqueada (Campos & Arruda, 2014; Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016), tal como aconteceu no caso da Beatriz. Também o estabelecimento de um ambiente terapêutico contendor e securizante onde a criança é incentivada a escolher livremente a forma de se comunicar, possibilita que a mesma desenvolva confiança no *setting* terapêutico, expresse e elabore as suas fantasias e conflitos internos, impulsionando assim a fala (Campos & Arruda, 2014; Fernandez & Sugay, 2016; Hung et al., 2012).

O brincar também apresentou uma grande importância sobre a progressão terapêutica da Beatriz, visto que é considerado um meio seguro para crianças com MS comunicarem os seus sentimentos e emoções, situações que bloqueiam a sua verbalização (Fernandez & Sugay, 2016). Através da linguagem do brincar, dos objetos (Landreth, 2012), do movimento, do corpo (Nursanaa & Ady, 2020), a criança será capaz de explorar as diferentes possibilidades de processar e superar estes conflitos que provocam a sua ansiedade, desbloqueando progressivamente a comunicação verbal (Fernandez & Sugay, 2016) e contribuindo para a promoção da regulação emocional da criança (Kaduson & Schaefer, 2006). Da mesma forma, os mediadores artístico-expressivos são regularmente usados como ferramentas terapêuticas em crianças com um quadro clínico de Perturbações de Ansiedade (PA), visto que promovem diversificadas possibilidades de expressão (Alexandrine & Boscaini, 2012; Giromini, et al., 2022; Rapee et al., 2009), o que estimula as representações corporais (Giromini, et al., 2022), o aumento da autoestima (Costa 2008), da regulação emocional e das competências cognitivas (Aragón, 2012; Giromini, et al., 2022; Tubbs, 1996), verificadas também no caso da Beatriz.

A abordagem semidirigida permitiu que o presente caso tivesse poder de escolha e realizasse as atividades tendo em conta os seus interesses, o que potencializou a sua iniciativa, espontaneidade (Costa, 2008, 2011, 2017; Fernandes et al., 2018), autonomia (Costa, 2017; Fernandes et al., 2018) e autoestima (Costa, 2017). Também o constante *feedback* positivo por parte da terapeuta, e o confronto entre o sucesso e insucesso implícito na execução de atividades lúdicas, permitiu que a criança se consciencializasse e supera-se as suas dificuldades, e desta forma, se sentisse confiante sobre o seu desempenho, estimulando a sua autoestima (Bunker, 1991).

As melhorias verificadas sobre a aprendizagem escolar e o término de sintomas de enurese, poderão encontrar-se associadas à minimização dos sintomas de ansiedade alcançados pela expressão livre e segura de conflitos internos assegurados pela prática psicomotora, como

referido anteriormente.

Em suma, verificam-se grandes evoluções no quadro clínico da Beatriz, contudo, e apesar da sintomatologia pela qual foi encaminhada ter minimizado, esta ainda persiste, sendo fulcral continuar o acompanhamento individual em psicomotricidade. Sugere-se que se dê continuidade ao projeto terapêutico traçado para a Beatriz, e que se mantenha a aplicação do método de relaxação referido nas diretrizes, com o sentido de alcançar a regulação tónica, a consciencialização dos limites corporais e a minimização dos sintomas de ansiedade que ainda persistem. Também se coloca em hipótese, numa fase mais avançada da intervenção, a integração da Beatriz num grupo terapêutico com a finalidade de maximizar as suas competências linguísticas, a sua comunicação verbal e interação social (Skedgell et al., 2017).

e. Conclusões

Perante o objetivo principal do presente estudo, que se depreendeu pela evidência e descrição dos efeitos que uma intervenção psicomotora poderá apresentar sobre uma criança diagnosticada com MS, concluiu-se que de facto a prática psicomotora é benéfica nesta população, verificando-se o aumento das competências cognitivas, socio-emocionais e dos fatores psicomotores. Após o término da intervenção, e apesar de se evidenciar ainda sintomatologia ansiosa, esta encontra-se menos vincada e com menores repercussões sobre o seu quotidiano e qualidade de vida da criança.

É comum a presença de contextos familiares disfuncionais em crianças com um diagnóstico de MS (Aranda, 2015), contextos estes onde os seus sintomas adquirem um significado patológico e o seu desenvolvimento permanece condicionado (Marques & Cepêda, 2009). Deste modo, torna-se fulcral assegurar uma intervenção terapêutica o mais precocemente possível, com sentido de minimizar a persistência deste quadro até à idade adulta (Amaral & Martins, 2012; Marques & Cepêda, 2009), e as repercussões que poderão resultar sobre a área de funcionamento académico e sócio-emocional, tais como, baixo rendimento escolar, isolamento social, depressão, entre outros (Camposano, 2011).

Tendo em consideração que o MS resulta da presença de conflitos internos não resolvidos ou da vivência de episódios traumáticos no período da infância (Camposano, 2011) e ainda, que o silêncio é um mecanismo de defesa, o meio de comunicação destas crianças, utilizado para expressar estes sentimentos ou experiências pelas quais não se sentia segura de expressar por meio da palavra (Aranda, 2015; Camposano, 2011; Fernandez & Sugay, 2016; Monzo et al., 2015), o/a psicomotricista apresentará aqui um papel fundamental, uma vez que através da mediação corporal visa a harmonia entre o corpo e o psiquismo como forma de identificar e superar os conflitos internos, traumas e angústias que surgem nestas crianças (Almeida, 2005; Martins, 2001; Monzo et al., 2015). Em suma, a presença de um ambiente calmo e contentor, de uma relação

terapêutica empática, e do brincar, sendo estes proporcionados pela prática psicomotora, incentivam a vivência e exploração livre e segura de situações de prazer e desprazer, de diferentes formas de expressão e superação de conflitos internos, o desenvolvimento global da criança (Ballouard, 2008; Boscaini, 2012; Giromini, et al., 2022) e a regulação emocional, que permitirá minimizar os níveis de ansiedade, e, por conseguinte, estimular o surgimento da comunicação verbal (Campos & Arruda, 2014; Fernandez et al., 2014; Fernandez & Sugay, 2016; Wonders, 2020).

f. Referências bibliográficas

- Ajuriaguerra, J., Rego, A., & López-Zea, A. (1977). *Manual de psiquiatria infantil*. Masson.
- Alexandrine, S. C., & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 24(95), 1–60.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, G. N. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 11, 59-66.
- Almeida, S., Castro, F., Mendes, A., & Pires, P. (2012). Depressão materna e psicopatologia na primeira infância – Classificação diagnóstica DC:0-3R. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 31-52.
- Amaral, R., & Martins, T. (2012). A realidade da consulta hospitalar de pediatria – Manifestações da problemática psicossocial. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 21-30.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5 (5ª Edição)*. Tradução dos Médicos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, B., Thimmesch, I., Aardsma, N., Terrell, M., Carstater, S., & Schober, J. (2014). The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse. *Journal of pediatric urology*, 10(6), 1-6.
- Antunes, N. L. (2018). *Sentidos*. Leya.
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Ediciones Pirámide.
- Aranda, I. (2015). L'enfant messager. In E. W. Pireyre (Ed.), *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 118-131). Dunod.
- Ballouard, C. (2008). *L'Aide-mémoire. Psychomotricité*. Dunod.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A. M., & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: corps, langage, sujet*. Elsevier-Masson.
- 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.
- Boski, S. (1990). *La Relaxation Active à l'école et à la maison*. Retz.
- Bunker, L. K. (1991). The role of play and motor skill development in building children's self-confidence and self-esteem. *The Elementary School Journal*, 91(5), 467-471.
- Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *Professional Counselor*, 1(1), 46-56.
- Campos, L. K. S., & Arruda, S. L. S. (2014). Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 15-33.
- Choque, J. (1994). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Albim Michel.
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade relacional*. Trilhos editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade Relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Dalei, S. R., Nayak, G. R., & Pradhan, R. (2020). Effect of art therapy and play therapy on anxiety among hospitalized preschool children. *Journal of Biomedical Sciences*, 7(2), 71-76.

- Daundasekara, S. S., Beauchamp, J. E., & Hernandez, D. C. (2021). Parenting stress mediates the longitudinal effect of maternal depression on child anxiety/depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 295, 33-39.
- Davidson, L., & Omar, H. A. (2014). Long-term consequences of childhood sexual abuse. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 7(2), 103-107.
- Department of Health and Human Services [DHHS] (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Public Health Service.
- Esposito, M., Carotenuto, M., & Roccella, M. (2011). Primary nocturnal enuresis and learning disability. *Minerva pediatrica*, 63(2), 99-104.
- Esposito, M., Precenzano, F., Ruberto, M., & Carotenuto, M. (2015). Efficacy and safety of psychomotor approach in children affected by selective mutism: a multicenter study in Italian pediatric population. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*, 1(2), 1-5.
- 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, 702-709.
- Fernandez, K. T. G., Serrano, K. C. M., & Tongson, M. C. C. (2014). An intervention in treating selective mutism using the expressive therapies continuum framework. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(1), 19-32.
- Fernandez, K. T. G., & Sugay, C. O. (2016). Psychodynamic play therapy: A case of selective mutism. *International Journal of Play Therapy*, 25(4), 203-209.
- Flores, M. R., Souza, A. P. R. D., Moraes, A. B. D., & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista Cefac*, 15(2), 348-360.
- Fritz, G., & Rockney, R. (2004). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(12), 1540-1550.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Díaz-Rodríguez, I., & Ballester-Arnal, R. (2018). Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(2), 138-148.
- Giromini, F., Lemoine, C. P., Ouvray, S. R., & Gatecel, A.V., (2022). *La Psychomotricité*. Que sais-je.
- Hornor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of pediatric health care*, 24(6), 358-364.
- Hung, S. L., Spencer, M. S., & Dronamraju, R. (2012). Selective mutism: Practice and Intervention Strategies for children. *Children & Schools*, 34(4), 222-230.
- Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2006). *Short-term play therapy for children 2nd ed*. The Guilford Press.
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76.
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship, 3rd ed*. Routledge.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1991). *Vocabulário da psicanálise*. Martins Fontes.
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2008). De la reeducación física al análisis corporal de la relación. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 31(8), 43-66.
- Lucas, A. V. L., & Costa, N. M. L. (2021). Mutismo seletivo: Considerações sobre o transtorno de recusa da fala. *Research, Society and Development*, 10(7), 1-16.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: o diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34-43.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperatividade (PHDA). In M. J. Vidigal (Eds.). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp.183-211). Lisboa: Trilhos Editora.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.

- McGuinn, L. A., Tamayo-Ortiz, M., Rosa, M. J., Harari, H., Osorio-Valencia, E., Schnaas, L., Hernandez-Chavez, C., Wright, R., Klein, D. N., Téllez-Rojo, M. M., & Wright, R. O. (2022). The influence of maternal anxiety and cortisol during pregnancy on childhood anxiety symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, *139*, 1-8.
- Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M., & Walitza, S. (2022). Emotion regulation in selective mutism: A comparison group study in children and adolescents with selective mutism. *Journal of Psychiatric Research*, *151*, 710-715.
- Mellon, M. W., Whiteside, S. P., & Friedrich, W. N. (2006). The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: a preliminary analysis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *27*(1), 25-32.
- Mishne, J. M. (1993). Primary nocturnal enuresis: A psychodynamic clinical perspective. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *10*(6), 469-496.
- Moldan, M. B. (2005). Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal*, *33*(3), 291-307.
- Monzo, M. P., Micotti, S., & Rashid, S. (2015). The mutism of the mind: child and family therapists at work with children and families suffering with selective mutism. *Journal of Child Psychotherapy*, *41*(1), 22-40.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical child and family psychology review*, *18*(2), 151-169.
- Nath, S., Pearson, R. M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., Challacombe, F. L., & Howard, L. M. (2019). The association between prenatal maternal anxiety disorders and postpartum perceived and observed mother-infant relationship quality. *Journal of anxiety disorders*, *68*, 1-11.
- Nijman, R. J. M., Bower, W., Butler, U., Elsworth, P., Tekgul, S., & Von Gontard, A. (2005). Diagnosis and management of urinary incontinence and encopresis in childhood. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury (Eds.), *3rd International Consultation on Incontinence* (pp. 967-1058). Health Publications.
- Nursanaa, W. O., & Ady, I. N. C. (2020). Play therapy for children with anxiety disorders. In *5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019)* (pp. 81-86). Atlantis Press.
- Oerbeck, B., Manassis, K., Overgaard, K. R., & Kristensen, H. (2018). Mutismo selectivo. In JM. Rey (Ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP (1-25)*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Papalia, N., Ogloff, J. R., Cutajar, M., & Mullen, P. E. (2018). Child sexual abuse and criminal offending: Gender-specific effects and the role of abuse characteristics and other adverse outcomes. *Child maltreatment*, *23*(4), 399-416.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, *5*, 311-341.
- Rémoveville, C. (2015). Relaxation thérapeutique. In E. W. Pireyre (Ed.), *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 104-114). Dunod.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L., (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Aljibe.
- Roustit, C., Campoy, E., Chaix, B., & Chauvin, P. (2010). Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, *19*(7), 597-604.
- Ruiz, C. E., & Klein, E. R. (2013). Effects of anxiety on voice production: a retrospective case report of selective mutism. *Pennsylvania Speech-Language-Hearing Association Journal*. 19-26.
- Sinibaldi, B. (2013). Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. *Revista de Psicologia da UNESP*, *12*(2), 61-72.
- Skedgell, K. K., Fornander, M., & Kearney, C. A. (2017). Personalized individual and group therapy for multifaceted selective mutism. *Clinical Case Studies*, *16*(2), 166-181.
- Suh, Y. T., & Kim, Y. J. (2016). Effect of Psychomotricity Program on Anxiety, Withdrawal and Problem Behavior of Children with Asperger Disorder. *Indian Journal of Science and Technology*, *9*(25), 1-7.
- Tubbs, I. (1996). *Creative Relaxation in Groupwork*. Winslow.
- Vecchiato, M. (2003). *Terapia psicomotora*. Editora Universidade de Brasília.
- Wonders, L. L. (2020). Play Therapy for Children with Selective Mutism. In H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), *Prescriptive play therapy: Tailoring Interventions for Specific Childhood Problems* (pp. 92-104). The Guilford Press.

5 Conclusão

A oportunidade de integrar o Estágio Curricular num serviço de pedopsiquiatria, contribuiu para um enorme crescimento tanto a nível profissional como pessoal. Toda esta experiência permitiu adquirir uma grande diversidade de conhecimentos e competências sobre a atuação do(a) psicomotricista no contexto hospitalar, mais especificamente, na saúde mental infantojuvenil, assim como a constante partilha de saberes nas reuniões multidisciplinares onde a intervenção das diferentes áreas e profissionais da Unidade permitiram a aquisição de um diferente olhar clínico sobre os diversos casos que passaram pelo serviço de pedopsiquiatria no decorrer do presente ano letivo.

A nível profissional, a oportunidade de autonomia disponibilizada pela psicomotricista local e pela unidade, permitiu-me investir mais sobre a pesquisa e aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos no que diz respeito à intervenção psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil, que, por conseguinte, contribuiu para um crescimento e maior investimento sobre as competências profissionais. A possibilidade de desenvolver uma apresentação sobre um tema à nossa escolha perante a equipa multidisciplinar, permitiu complementar a minha experiência e conhecimento, assim como dar a conhecer um pouco mais da área da psicomotricidade aos diferentes profissionais da unidade, com a possibilidade de encaminharem casos para esta terapia com maior clareza e consciência dos nossos objetivos terapêuticos. Já a nível pessoal, o estágio proporcionou-me um maior autoconhecimento, uma maior capacidade de resiliência, de reflexão, aumento da minha autonomia, autoestima e segurança sobre os meus conhecimentos e aptidões.

A nível das dificuldades sentidas, ressalta-se as inseguranças constantes sobre a melhor forma de intervir com esta população com sentido de alcançar os objetivos pré-estabelecidos. A pouca diferença de idades existente entre a estagiária e mais especificamente os adolescentes dos grupos terapêuticos, contudo, com a recorrente supervisão e com o auxílio da psicomotricista local, foi possível adequar a intervenção às especificidades destas crianças/adolescentes, e ainda, no caso dos grupos, foi essencial colocar limites e ser assertivo. Outra limitação sentida compreende a grande sobrecarga emocional que este contexto exige de nós enquanto profissionais e enquanto pessoas, porém, e apesar deste grande desafio, foi possível combater e regular as diversas emoções aqui sentidas com o auxílio e conselhos de todos os profissionais que me acolheram.

O trabalho em equipa multidisciplinar foi fulcral e muito enriquecedor no decorrer do estágio, uma vez que permitiu a partilha de dúvidas e experiências, a reflexão e discussão constante sobre os casos acompanhados, diferentes perspetivas sobre os comportamentos manifestados pelos jovens, gerir os nossos comportamentos e emoções, obter diversificadas formas de olhar para o quadro clínico do jovem, de o compreender.

Em suma, esta experiência repleta de partilha de saberes foi bastante positiva, enriquecedora e gratificante, pois contribuiu para um enorme ganho de conhecimento e aprendizado. Possibilitou

colocar diversas vezes em causa as minhas ideias, refletir e confortar-me com as minhas fragilidades, e sobretudo, aprender a geri-las. A constante comunicação e proximidade com os familiares dos casos acompanhados também foi um objetivo atingido e um ponto positivo do estágio. O trabalho em equipa e a relação de proximidade com os restantes técnicos, permitiu-me refletir sobre a importância que as diferentes áreas de intervenção apresentam sobre o bem-estar das crianças e adolescentes acompanhados, e ainda, a capacidade de trabalhar em equipa e o conhecimento da realidade de outras áreas profissionais.

Por fim, tendo em conta a literatura analisada e com base nos resultados e positiva progressão terapêutica verificada, de forma geral, nos casos acompanhados após a intervenção psicomotora referente ao presente estágio, conclui-se que a psicomotricidade apresenta uma enorme relevância sobre a saúde mental infantojuvenil, sendo deveras pertinente a integração destes profissionais no presente contexto.

6 Referências bibliográficas

- Ajuriaguerra, J., Rego, A., & López-Zea, A. (1997). *Manual de psiquiatria infantil*. Masson.
- Alexandrine, S. C., & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 24(95), 1–60.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, G. N. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 11, 59-66.
- Almeida, G., Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M. (2005). Grupos psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5* (5ª Edição). Tradução dos Médicos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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, N. L. (2018). *Sentidos*. Leya.
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Associação Portuguesa de Psicomotricidade*. <https://appsicomotricidade.pt/>.
- Ballouard, C. (2008a). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 2829(1), 17-26.
- Ballouard, C. (2008b). *L'aide-mémoire. Psychomotricité*. Dunod.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (1975). *The relaxation response*. HarperCollins e-books.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A., & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: corps, langage, sujet*. Elsevier-Masson.
- 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., & Saint-Cast, A. (2012). Glossaire de psychomotricité. *Evolutions psychomotrices*, 24 (95).
- Branco, M. E. C. (2010). *João dos Santos – Saúde mental e educação (2ª ed.)*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brieghel-Müller, G. (1987). *Eutonia e Relaxamento - Relaxamento corporal e mental*. Editora Manole LTDA.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(2), 208-214.
- Bruininks, R., & Bruininks, B. (2005). *Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Bunker, L. K. (1991). The role of play and motor skill development in building children's self-confidence and self-esteem. *The Elementary School Journal*, 91(5), 467-471.

- Caldas, A. C., Torre, C., Castelão, J., Monteiro, M. P., Lopes, P., & Baptista, T. (2019). *Sem mais tempo a perder Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde.
- Caldas de Almeida, J. (2007). Relatório da Comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental. *Ministério da Saúde*.
- Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité*. Elsevier Masson.
- Carvalho, I., Pereira, I., Zaragoza, P., Ramos, V., & Pires, P. (2013). Intervenção psicoterapêutica em grupo de adolescentes. *Revista Portuguesa De Pedopsiquiatria*, 2(35), 91-104.
- Castro, M. D. G. K., & Stürmer, A. (2009). *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica*. Artmed Editora.
- Chemama-Steiner, B. (2003). Expression artistique et médiation thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques*, 161(1), 87-92.
- 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.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade relacional*. Trilhos editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade Relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais-ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 576-82.
- Dalei, S. R., Nayak, G. R., & Pradhan, R. (2020). Effect of art therapy and play therapy on anxiety among hospitalized preschool children. *Journal of Biomedical Sciences*, 7(2), 71-76.
- Daundasekara, S. S., Beauchamp, J. E., & Hernandez, D. C. (2021). Parenting stress mediates the longitudinal effect of maternal depression on child anxiety/depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 295, 33-39.
- Davis, JL, & Matthews, RN (2010). NEPSY-II Review. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28 (2), 175–182. doi: 10.1177 / 0734282909346716.
- D'Ignazio, A., & Martin, J. (2019). Quelques axes détaillés du développement psychomoteur de l'enfant. In A. V. Gatecel., & A. V. Lefranc (Eds.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 99-108). Dunod.
- Domínguez, D. M. (2013). *Psicomotricidad e intervención educativa*. Ediciones Pirámide.
- 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.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Silva, P., Alves, M., & Pires, P. (2013). Reflexões sobre uma intervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações do comportamento no contexto Área de Dia. *Revista Portuguesa De Pedopsiquiatria*, 2(35), 53-69.
- European Forum of Psychomotricity. (2012). *Psychomotrician professional competences in Europe*. <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>.
- Falcão, H. T., & Barreto, M. A. (2009). Breve Histórico da Psicomotricidade. *Revista Ensino, Saúde e Ambiente*, 2 (2), 84-96.

- Fernandes, J. M. G. de A. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 1–12). Manole.
- Fernandes, J. M., Gutierrez Filho, P. J., & Rezende, A. L. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e saúde mental infantil e juvenil—Caraterização de uma consulta de psicomotricidade integrada num serviço de pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (41), 41-57.
- Flores, M. R., Souza, A. P. R. D., Moraes, A. B. D., & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista Cefac*, 15(2), 348-360.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores (3ª ed.)*. Âncora editora.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora: estudo de casos (6th ed.)*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gagne, D., & Toye, R. C. (1994). The effects of therapeutic touch and relaxation therapy in reducing anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(3), 184-189.
- Gheban, B. A., Rosca, I. A., & Crisan, M. (2019). The morphological and functional characteristics of the pineal gland. *Medicine and pharmacy reports*, 92(3), 226-234.
- Giromini, F., Lemoine, C. P., Ouvray, S. R., & Gatecel, A.V., (2022). *La Psychomotricité*. Que sais-je.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25-35.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791-799.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106(3), 458-490.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 1-27.
- Greenacre, P. (1959). Play in relation to creative imagination. *The psychoanalytic study of the child*, 14(1), 61-80.
- Guiomar, A.L., & Pires, P. (2013). Saúde mental da infância e Adolescência – Colaboração entre cuidados de saúde primários e secundários. *Revista Portuguesa De Pedopsiquiatria*, 2(35), 7-19.
- Guiose, M. (2015). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. In F. Giromini., J.M. Albaret., & P. Scialom (Eds). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2 - Méthodes et techniques. De Boeck- Solal*. Pp. 261-263.
- Harris, M. (2011). On learnin to know oneself. In D. Meltzer., & M. Harris (Eds.), *Adolescence: Talks and Papers by Donald Meltzer and Martha Harris* (pp. 1-10). Karnac Books.

- Hateli, B. (2021). The effect of non-directive play therapy on reduction of anxiety disorders in young children. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-7.
- HGO. (2021). *Hospital Garcia de Orta*. www.hgo.pt.
- Histel-Barontini, L. (2021). *La Boîte à outils de la Relaxation*. Dunod.
- Huerre, P. (2001). Jouer, c'est sérieux!. *Enfances Psy*, 15(3), 8-10.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation (2nd ed.)*. University of Chicago Press.
- Jadambaa, A., Thomas, H. J., Scott, J. G., Graves, N., Brain, D., & Pacella, R. (2020). The contribution of bullying victimisation to the burden of anxiety and depressive disorders in Australia. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, 1-23.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant: Définition de psychomoteur therapeutics in child psychiatry. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86.
- Jorge, J. C., & Falco, C. (2012). Psicoterapia analítica de grupo na idade da latência... Breve incursão pelo mundo do "faz de conta". *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (33), 27-36.
- Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2006). *Short-term play therapy for children 2nd ed.* The Guilford Press.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of adolescence*, 23(6), 661-674.
- Karkhanis, D. G., & Winsler, A. (2016). Somatization in children and adolescents: Practical implications. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health-ISSN 0973-1342*, 12(1), 79-115.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Lichtenstein, P. (2008). A developmental twin study of symptoms of anxiety and depression: evidence for genetic innovation and attenuation. *Psychological medicine*, 38(11), 1567-1575.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76.
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 353-361.
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Estampa.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship, 3rd ed.* Routledge.
- Lisot, J. A., & Cavalli, M. O. (1995). O Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretsky: Uma análise descritiva. *Revista Movimento UFRGS*, 2(2), 46-58. doi: 10.22456/1982-8918.2187.
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2008). De la reeducación física al análisis corporal de la relación. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 31(8), 43-66.
- Lopes, V. G. (2010). *Fundamentos da educação psicomotora*. Fael.
- Malhi, P., & Bharti, B. (2021). School bullying and association with somatic complaints in victimized children. *Indian journal of pediatrics*, 88(10), 962-967.

- Malpique, C., Cabral, F., Flores, F., & Soares, I. (1988). Psicoterapia de grupo no período de latência. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 6, 69-96.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2016). *Adolescência e Psicopatologia* (6ª Edição). Artmed Editora.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O Corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH, pp. 95-108.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH, pp. 29-40.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: o diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34-43.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperatividade (PHDA). In M. J. Vidigal (Eds.). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes (pp.183-211)*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Matias, A. R., & Morais, A. (2011). La Psychomotricité au Portugal. *Entretiens de Psychomotricité*.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.
- McMahon, L. (2005). *The handbook of play therapy*. Taylor & Francis e-Library.
- Meersand, P., & Gilmore, K. J. (2018). *Play therapy: A psychodynamic primer for the treatment of young children*. American Psychiatric Association Publishing.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 866-871.
- Moore, R. Y. (1995). Neural control of the pineal gland. *Behavioural brain research*, 73(1-2), 125-130.
- Naglieri, J. A (1988) *Draw a person: A quantitative scoring system*. Psychological Corp.
- Nath, S., Pearson, R. M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., Challacombe, F. L., & Howard, L. M. (2019). The association between prenatal maternal anxiety disorders and postpartum perceived and observed mother-infant relationship quality. *Journal of anxiety disorders*, 68, 1-11.
- Neto, J. A. S., & Castro, B. F. D. (2008). Melatonina, ritmos biológicos e sono: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Neurologia*, 44(1), 5-11.
- Newman, L., Judd, F., & Komiti, A. (2017). Developmental implications of maternal antenatal anxiety mechanisms and approaches to intervention. *Translational Developmental Psychiatry*, 5(1), 1-8.
- Nursanaa, W. O., & Ady, I. N. C. (2020). Play therapy for children with anxiety disorders. In *5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019)* (pp. 81-86). Atlantis Press.

- Özkaya, E., Cetin, M., Uğurad, Z., & Samancı, N. (2010). Evaluation of family functioning and anxiety-depression parameters in mothers of children with asthma. *Allergologia et immunopathologia*, 38(1), 25-30.
- Patel, S., Rahmani, B., Gandhi, J., Seyam, O., Joshi, G., Reid, I., Smith, N., Waltzer, W., & Khan, S. A. (2020). Revisiting the pineal gland: a review of calcification, masses, precocious puberty, and melatonin functions. *International Journal of Neuroscience*, 130(5), 464-475.
- Paumel, C. (2019). La traversée adolescente: problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. In A. V. Gatecel., & A. V. Lefranc (Eds.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 99-108). Dunod.
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. N. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of anxiety disorders*, 20(8), 973-995.
- Peres, M. F., Valença, M. M., Amaral, F. G., & Cipolla-Neto, J. (2019). Current understanding of pineal gland structure and function in headache. *Cephalalgia*, 39(13), 1700-1709.
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. *Occupational therapy- Occupation focused holistic practice in rehabilitation*, 26-47.
- 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.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.
- Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 113-119.
- Rayner, E. (1982). *O desenvolvimento do Ser Humano*. Edições 70.
- Robinson, B. (2014). Corps et psychomotricité. *L'Harmattan*, 1-224.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L., (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Aljibe.
- Rodriguez, M. (2012). De la place du corps dans les thérapies psychomotrices. *Le Journal des psychologues*, (5), 22-25.
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Eds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (1st ed.), 27-38. Dunod.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Porto Alegre: Artmed.
- Sánchez, P. A., & Martínez, M. J. (2000). Guia para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 37, 63-85.
- Sandman, C. A. (2018). Prenatal CRH: An integrating signal of fetal distress. *Development and psychopathology*, 30(3), 941-952.
- Sanvito, W. L., & Monzillo, P. H. (1997). Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. *Medicina*, 30(4), 437-448.
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for

mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141-148.

Schultz, J. (1958). *Le Training autogène*. PUF.

Servant, D. (2009). *La relaxation: nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Servant, D. (2014). Aspect Physiologiques et Somatiques de l'anxiété. In J. P. Boulenger, & J.P. Lépine (Eds.). *Les troubles anxieux*. Lavoisier. Pp 84-89.

Sigmund, F. (2016). *Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)*. Companhia das Letras.

Srabstein, J. C., McCarter, R. J., Shao, C., & Huang, Z. J. (2006). Morbidities associated with bullying behaviors in adolescents. School based study of American adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 18(4), 587-596.

Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.

Sudres, J. L. (2007). L'adolescent: le corps entre biologie et passion. In A. Calza., & M. Contant (Eds.), *Psychomotricité* (pp. 182-208). Elsevier Masson.

Swan, K. L., Kaff, M., & Haas, S. (2019). Effectiveness of group play therapy on problematic behaviors and symptoms of anxiety of preschool children. *The Journal for Specialists in Group Work*, 44(2), 82-98.

Tieman, B. L., Palisano, R. J., & Sutlive, A. C. (2005). Assessment of motor development and function in preschool children. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3), 189-196.

Tubbs, I. (1996). *Creative Relaxation in Groupwork*. Winslow.

Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Unb.

Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Childre's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Revista Psicologia e Educação*, 5(1), 39-48.

Veiga, G. (2012). Psicomotricidade na transformação do Agir – a brincar, a brincar... aprendemos a pensar! In J. Fernandes & P.F. Gutierrez (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (pp. 45-57). São Paulo: Manole Editores. ISBN: 978-85-20434-680.

Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das Técnicas de Relaxação. In A. Candeias., A. Portelada., C. Velho., E. Calindo., H. Pires., L. Borralho., L. Grácio., N. Costa., K. Reschke., & E. Witruk (Eds.). *Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress. Proceedings of the International Seminar*, pp. 52-66.

Vincent, F. (2019), Le Bilan psychomoteur sous toutes ses forms. In A. Gatecel, & A. Lefranc (Eds.). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Fondements, domaines d'application, formation et recherche. Hors collection, Dunod. Pp39-48.

Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual* (Vol. 3). Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2020). *O brincar e a realidade*. Ubu Editora.

Wintrebert, H. (1986). *La relaxation de l'enfant*. L'Harmattan.

World Health Organization [WHO] (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization.

7 Anexos

7.1 Anexo I: Exemplar da Declaração de Consentimento informado



Declaração de Consentimento informado

O presente projeto de estágio curricular da mestranda Inês Pereira, decorre no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade (Universidade de Évora), orientado pela docente do Departamento de Desporto e Saúde, Professora Doutora Gabriela Almeida, e pela supervisora Dr^a Rosa Esquina e orientadora local a Psicomotricista Joana Elias, da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital [REDACTED]

No decorrer do estágio curricular realizado na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital [REDACTED] serão realizadas sessões individuais semanais de intervenção psicomotora com duração de uma hora, entre o mês de Outubro de 2021 e o mês de Junho de 2022, sendo o participante submetido a uma avaliação psicomotora inicial e final, de forma a verificar os efeitos da intervenção realizada, após elaboração de um projeto terapêutico. Para tal será necessário, para além da avaliação psicomotora, consultar o processo clínico. Em todo e qualquer momento, será garantido e assegurado o anonimato do participante, visto que todos os dados recolhidos ao longo do estágio serão confidenciais e anónimos e utilizados apenas para fins académicos. A participação neste projeto será totalmente voluntária e não terá associada riscos nem custos, sendo permitida a desistência do participante a qualquer momento do projeto.

Deste modo, venho por este meio solicitar a colaboração e participação do seu educando no presente projeto, o que envolve a consulta do processo clínico, uma avaliação psicomotora antes e após a intervenção, e participação nas respetivas sessões de Psicomotricidade individuais semanais, no Hospital [REDACTED]

Eu, _____, responsável por _____, declaro que li e compreendi a explicação que me foi exposta e autorizo a participação do meu educando nas sessões de Psicomotricidade por uma aluna do Mestrado em Psicomotricidade. Fui igualmente informado sobre a recolha de dados e registos audiovisuais (fotografias, vídeos), que serão unicamente utilizados com fins académicos, e consinto com a utilização dos mesmos, desde que se encontrem garantidos os princípios éticos acima supracitados. Foi-me dada oportunidade de fazer e esclarecer todas as questões que considere necessárias. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer momento a participação, sem que isso possa apresentar qualquer prejuízo pessoal. Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto e aceito de livre vontade a colaboração e participação do meu educando no presente estudo. Em qualquer momento pode colocar todo o tipo de dúvidas através do email inesc_pereira_@hotmail.com

Assinatura do encarregado de educação: _____

Assinatura do investigador principal: _____

[REDACTED], ____ de _____ de 2021

7.2 Anexo II: Tabelas dos grupos terapêuticos Área de Dia

O grupo terapêutico integrado no projeto da Área de Dia denominado de “Grupo 1” é constituído por quatro elementos, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, cujos códigos são os seguintes: T9, SO7, MF8 e B8. Dois elementos deste grupo têm oito anos de idade, um tem nove anos de idade, e outro tem sete anos de idade. B8, MF8, T9, SO7 são encaminhados para este grupo apresentando um perfil de agitação psicomotora, alterações do comportamento (heteroagressividade) e intolerância à frustração. SO7 foi encaminhado ainda por isolamento social e imaturidade afetiva. O presente grupo integrou ainda uma criança do sexo masculino, que apenas esteve presente em cinco sessões, acabando por desistir após a presença nestas, como tal, e tendo em conta que as suas escassas presenças não permitiram a sua integração no grupo, e consequentemente, estabelecer uma relação terapêutica, esta não se encontra incluída na presente tabela.

Identificação	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>B8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações do comportamento; Agitação motora; Baixa tolerância à frustração; Sintomas de ansiedade com somatizações e irritabilidade; Dificuldades de concentração; Imaturidade emocional; Dificuldades na gestão emocional; Insegurança; Dificuldades na coordenação.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 21 sessões, de 25 sessões totais. Data de entrada: 15/11/2021. Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), contacto com demasiados elogios, intrusivo, interfere com tudo e com toda a gente; Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente Hiperativo), movimentos intensos para a situação, a criança já se encontra ocupada mesmo antes da situação do movimento ser explicada, dificuldade em permanecer sentado durante a conversa; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), a criança move-se de forma medida; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), a criança não consegue persistir na situação de movimento até ao fim, distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento, fala com os colegas durante as atividades e durante a explicação das mesmas; Expressividade do Movimento: Pontuação +2 (Super expressivo), movimentos eufóricos, ri de forma inapropriada, usa movimentos excessivos para se exprimir, exagera na expressão corporal (“palhaço do grupo”); Comunicação Verbal: Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), fala excessiva, fala constantemente de</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), “cola-se” ao terapeuta; Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente Hiperativo), movimentos intensos para a situação; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), usa movimentos excessivos para se exprimir, exagera na expressão corporal; Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada). Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, e exageradamente pelos gestos; Mobilidade- Móvel; Tipos de movimento- Rápidos,</p>	<p>A B8 apesar de se encontrar ainda muito “colada” ao terapeuta, o seu contacto já não se observa intrusivo como no início da intervenção, já a sua autoconfiança mantém-se adequada desde o início até ao fim da intervenção. A nível do domínio Atividade, a criança atualmente já é capaz de permanecer sentada durante a conversa, assim como esperar pela instrução da tarefa para de seguida a executar, sendo que inicialmente esta não era capaz de o fazer. A nível da Relaxação, a criança tem-se mantido sempre ligeiramente tensa, com a presença de movimentos desajeitados. Os movimentos da B8 eram inicialmente muito controlados e medidos, verificando-se atualmente que os mesmos se encontram apropriados. Apesar de se considerar que a B8 mantém a mesma pontuação referente ao domínio Atenção Focalizada, considera-se que ocorreram melhorias neste, pois a criança já é capaz de persistir na situação de movimento até ao fim, já não fala com os colegas durante as atividades e/ou durante a explicação das mesmas, contudo, considera-se que estas melhorias não são suficientes para alterar a pontuação, sendo que a criança ainda se distrai facilmente. Verifica-se uma evolução sobre o domínio da Expressividade do</p>

	<p>forma alta; <u>Regulação Social</u>: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio</u>: Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se exageradamente pela sua palavra e gestos, grita muito; Mobilidade- Não fica no seu sítio; Tipos de movimento- Rápidos, diversificados.</p> <p><u>Relação com o espaço</u>: Exploração- Muita; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- Participa imediatamente, mantém-se alegre; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, atividades inacabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Mantem-se contente mas não consegue parar; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro</u>: Geral- Ultrapassa os limites; Relação com os adultos- Agradece, pede ajuda e afetividade; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> A B8 é uma criança participativa, muito comunicativa, muito apelativa, dificuldade na autorregulação, dificuldade em esperar pela sua vez, infantilizada, discurso descontextualizado, agitada, irrequieta. 	<p>diversificados. <u>Relação com o espaço</u>: Exploração- Muita; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- Participa imediatamente, mantém-se alegre; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Mantem-se contente, e apesar de já ser capaz de parar, tem dificuldades neste aspeto; Tempo das representações- Exprime-se com maior frequência através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro</u>: Geral- Respeita os limites; Relação com os adultos- Agradece, pede ajuda e afetividade; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Iniciador, transmite cooperação, dominante.</p>	<p>Movimento, não sendo os seus movimentos atualmente eufóricos, nem se ri de forma inapropriada, apesar disso, ainda exagera na sua expressão corporal. No que se refere à Comunicação Verbal e à Regulação Social, a B8 encontra-se atualmente adequada, sendo que a sua comunicação já não se encontra excessiva e/ou constantemente alta, pois já é capaz de se autorregular a este nível.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que a B8 é atualmente capaz de participar numa atividade do início ao fim da mesma, sem interromper a mesma, sendo capaz de se acalmar quando esta termina, observando-se assim evoluções sobre a relação com o tempo. Atualmente a B8 respeita os limites dos outros, apesar de ainda se manter apelativa, com constante agradecimento, pedidos de ajuda e afetividade por parte das terapeutas, já no que se refere aos seus pares, a B8 passou de uma postura neutra para uma postura dominante perante estes, sendo assim possível verificar-se melhorias sobre a relação com o outro.</p>
<p>T9 (9 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; Comportamentos desajustados; Comportamentos de autoagressividade; Comportamentos de risco; Irrequietude; Ansiedade; Baixa tolerância à frustração; Dificuldades de atenção e concentração; Dificuldades no controlo emocional.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 21 sessões, de 25 sessões totais.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto apático, inibido, a criança não reage ou não mostra interesse quando entram em contacto com ele, não procura o outro; <u>Autoconfiança</u>: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), falta de iniciativa, evita confronto; <u>Atividade</u>: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos lentos, vagarosos, participação esporádica nas atividades, movimenta-se pouco, necessita de encorajamento; <u>Relaxação</u>: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, postura espástica; <u>Controlo do Movimento</u>: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimentos medidos; <u>Atenção Focalizada</u>: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), distrai-se facilmente parecendo estar preso em pensamentos; <u>Expressividade do Movimento</u>: Pontuação -1 (Ligeiramente apático),</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), interfere com o funcionamento da sessão; <u>Autoconfiança</u>: Pontuação 0 (Autoconfiança); <u>Atividade</u>: Pontuação +2 (Hiperativo), o movimento é demasiado intenso para a situação, já se encontra ocupado antes da situação de movimento ser explicada, apresenta dificuldade em permanecer sentado durante a conversa; <u>Relaxação</u>: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos; <u>Controlo do Movimento</u>: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimenta-se muito e por vezes de forma violenta; <u>Atenção Focalizada</u>: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), não consegue persistir na situação de movimento até ao fim, é</p>	<p>O T9 encontra-se atualmente com uma postura quase oposta à postura observada no início da intervenção em praticamente todos os domínios avaliados, sendo importante referir que estas enormes alterações se devem em grande parte ao ajuste terapêutico da medicação por parte do médico pedopsiquiatra de referência, que ocorreu durante a intervenção, o que levou a diversas alterações no comportamento do T9, permanecendo este excessivamente desinibido, com uma maior agitação psicomotora, mais agressivos, chegando a realizar furtos na escola.</p> <p>Atualmente a criança não apresenta um contacto apático ou inibido, evitando o confronto, sendo os seus movimentos esporádicos, lentos e medidos, com expressões monótonas e discurso inaudível, como inicialmente se verificava, pelo contrário, atualmente o</p>

<p>Data de entrada: 15/11/2021. Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>expressões faciais monótonas, a postura varia pouco parecendo por vezes uma estátua; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), discurso inaudível, responde de forma simples; <u>Regulação Social:</u> Pontuação 0 (Regulação social apropriada). Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- É silencioso, expressa-se por gestos e ocasionalmente através da palavra; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Lentos e inibidos. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se pouco, fazendo-o com maior frequência com recurso à escrita, não sendo capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro:</u> Geral- Pelo olhar, respeita os limites; Relação com os adultos- Evita, mostrando-se por vezes indiferente; Reação ao toque- Evita; Relação à criança- Submisso, recusa cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> O T9 é uma criança introvertida, inibida, pouca verbalização, participativa, dificuldades no planeamento e na simbolização. 	<p>rapidamente distraído por coisas externas à situação; <u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), exagera na expressão corporal e age como “palhaço” do grupo; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), tem dificuldade em manter-se em silêncio, por vezes responde pelos colegas, fala excessivamente rápido e alto; <u>Regulação Social:</u> Pontuação 0 (Regulação social apropriada). Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, vocabulário adaptado; Mobilidade- Móvel; Tipos de movimento- Rápidos, diversificados. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Pouca exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, atividades inacabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Contente, é capaz de se acalmar mas tem dificuldade em fazê-lo de imediato; Tempo das representações- Exprime-se com maior frequência através da escrita, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha, sendo que por vezes é monopolizadora; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro:</u> Geral- Respeita os limites; Relação com os adultos- Agradece, é capaz de por vezes pedir ajuda; Reação ao toque- Indiferente; Relação à criança- Dominante, iniciador, transmite cooperação.</p>	<p>T9 interfere muitas vezes com o funcionamento da sessão, não sendo capaz de permanecer sentado, sendo os seus movimentos muito intensos, por vezes até violentos, sem ser capaz de permanecer nas atividades até ao final das mesmas, não permanece em silêncio, chegando a interferir com a resposta dos pares e por se mostrar “palhaço” do grupo. O T9 mantém a fácil distração e regulação social apropriada, apesar disso, o T9 apresenta evoluções sobre a Autoconfiança, sendo agora capaz de tomar diversas vezes a iniciativa, e de apresentar uma postura menos rígida e tensa, apesar da pontuação do domínio Relaxação se manter a mesma. Torna-se ainda importante referir que o T9, atualmente participa de imediato nas atividades, verificando-se assim evoluções sobre a relação com o tempo, não sendo as mesmas significativas, pois não consegue persistir nas mesmas até ao fim, apresentando ainda dificuldades em se acalmar no fim destas. A criança é agora capaz de se exprimir em todas as sessões e de verbalmente partilhar a sua simbolização, sendo que nos momentos que não o faz é apenas por oposição. O T9 passou de uma postura hesitante e submissa perante os pares, para uma postura monopolizadora e dominante, verificando-se uma progressão sobre a relação com crianças.</p>
<p>MF8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações do comportamento; Agressividade verbal contra as irmãs.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 22 sessões, de 25 sessões totais.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), falta de iniciativa, hesitante, evita o confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos lentos, participação esporádica nas atividades, necessita de encorajamento; Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente);</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0</p>	<p>A MF8 apesar de atualmente se encontrar com todos os domínios pontuados com zero, e como tal, se encontrarem os mesmos adequados/apropriados, é possível referir que o aumento da sua autoconfiança, não se observando agora hesitante, poderá ter influenciado os restantes domínios, sendo a sua participação mais ativa, o seu tónus aumentado (apesar de não ser suficiente para alterar a pontuação), a sua expressão corporal mais desinibida e adaptada à</p>

<p>Data de entrada: 15/11/2021. Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p><u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente apático), a postura varia pouco, a expressão corporal permanece igual que a criança falhe ou tenha sucesso; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), discurso inaudível, responde de forma simples; <u>Regulação Social:</u> Pontuação 0 (Regulação social apropriada). Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Eutonia; Linguagem e gestualidade- É silencioso, expressa-se por gestos e ocasionalmente através da palavra; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Lentos, inibidos, controlados. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Participa imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se pouco, fazendo-o com maior frequência com recurso ao desenho, sendo capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo, embora de uma forma muito simples e inibida. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro:</u> Geral- Pelo olhar, respeita os limites; Relação com os adultos- Pede ajuda, agradece; Reação ao toque- Indiferente; Relação à criança- Submisso, transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A MF8 é uma criança introvertida, inibida, tímida, participativa, pouca verbalização, espera sempre pela sua vez para falar, muito respeitadora, ajuda os colegas sempre que necessário. 	<p>(Comunicativo); <u>Regulação Social:</u> Pontuação 0 (Regulação social apropriada). Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Eutonia; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, vocabulário desenvolvido; Mobilidade- Móvel; Tipos de movimento- Controlados, adaptados. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Pouca exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Participa imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho e da escrita, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro:</u> Geral- Respeita os limites; Relação com os adultos- Pede ajuda, pede afetividade, agradece; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Transmite cooperação, por vezes toma uma posição submissa intercalando com uma posição dominante.</p>	<p>situação, e a sua comunicação mais elaborada, adaptada e desenvolvida. Torna-se ainda importante referir que a MF8, atualmente é capaz de se exprimir em todas as sessões e de verbalmente partilhar a sua simbolização, fazendo-o com uma enorme capacidade de reflexão e mentalização, já que no início se observava pouca expressão, sendo a mesma simples e inibida, mostrando-se evidente a evolução sobre a relação a relação com o tempo. Verifica-se ainda pedidos de ajuda e agradecimentos, sendo estes dois últimos também observados no início da avaliação. A reação ao toque inicialmente considerava-se indiferente, e atualmente a MF8 procura o mesmo por parte das terapeutas. Por fim, a MF8 passou de uma postura submissa perante os pares, para uma postura predominantemente dominante, sendo óbvias as mudanças sobre o domínio de relação com o outro.</p>
<p>SO7 (7 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Isolamento social na escola; Enurese noturna; Alterações do comportamento com irritabilidade e episódios de heteroagressividade; Dificuldades no sono; Dificuldades na atenção e concentração; Agitação psicomotora;</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -2 (Sub-relacionado), contacto apático, inibido, imparcial, não reage e não mostra interesse quando os outros entram em contacto com ele, não mostra interesse em procurar o outro; <u>Autoconfiança:</u> Pontuação -2 (Sem autoconfiança), falta de iniciativa, hesitante, duvidoso, evita confronto; <u>Atividade:</u> Pontuação -2 (Passivo), movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos, movimenta-se pouco, de forma esporádica, necessita constantemente de encorajamento; <u>Relaxação:</u></p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), interfere com os colegas, cola-se aos colegas e ao terapeuta; <u>Autoconfiança:</u> Pontuação -2 (Sem autoconfiança), falta de iniciativa, hesitante, duvidoso, evita confronto, imita os outros, pede permissão; <u>Atividade:</u> Pontuação -2 (Passivo), movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos, movimenta-se pouco, de forma esporádica, necessita constantemente de encorajamento;</p>	<p>O SO7 alterou a sua pontuação relativa ao domínio de Relações emocionais, para o extremo oposto, passando de sub-relacionado, onde se observava uma postura apática e inibida, para sobre-relacionado, interferindo com os pares e colando-se às terapeutas. No que se refere à Relaxação, O SO7 apresenta atualmente movimentos com maior amplitude, e uma postura menos rígida, alterando-se a forma de deslocamento, pois já não se desloca em bloco como observado inicialmente. O domínio do Controlo do Movimento</p>

<p>Imaturidade afetiva; Baixa tolerância à frustração; Discurso verborreico.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 22 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados, nervosos, postura espástica, movimentos de pequena amplitude; <u>Controlo do Movimento:</u> Pontuação +2 (Movimentos com precaução), movimentos cautelosos, movimentos pontuais, necessita de muito tempo para iniciar uma atividade; <u>Atenção Focalizada:</u> Pontuação -2 (Não envolvido), movimentos desconcentrados, não persistentes, parece estar preso em pensamentos, distrai-se facilmente com coisas externas à situação de movimento; <u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente apático), expressões faciais monótonas, a postura varia pouco chega a parecer uma estátua, expressão corporal permanece igual que a criança falhe ou tenha sucesso; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), expressa-se pouco verbalmente, responde de forma simples, fala devagar; <u>Regulação Social:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), não respeita acordos, chega atrasado.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- É silencioso, expressa-se por gestos e ocasionalmente através da palavra; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Lentos, inibidos. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo, embora de uma forma simples, inaudível e inibida. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro:</u> Geral- Pelo olhar, respeita os limites; Relação com os adultos- Indiferença; Reação ao toque- Evita; Relação à criança- Indiferença, submisso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O SO7 é uma criança inibida, participativa, pouca verbalização, pouca autoestima (refere sempre que não é capaz de fazer algo mesmo sem tentar fazê-lo antes), dificuldades no equilíbrio, dificuldades em organizar-se temporal e espacialmente, dificuldades na 	<p><u>Relaxação:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos menos desajeitados, nervosos, postura menos rígida; <u>Controlo do Movimento:</u> Pontuação +1 (Movimentos controlados), necessita de muito tempo para iniciar uma atividade; <u>Atenção Focalizada:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), parece estar preso em pensamentos, distrai-se facilmente com coisas externas à situação de movimento; <u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente apático), expressões faciais monótonas; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), expressa-se pouco verbalmente, responde de forma simples, fala devagar; <u>Regulação Social:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), viola as regras de boa educação ao empurrar os outros, chega atrasado, nem sempre cumpre as regras da sessão.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- É silencioso, expressa-se por gestos e ocasionalmente através da palavra; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Lentos, inibidos. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Não observável; <u>Relação com o outro:</u> Geral- Pelo olhar, ultrapassa os limites; Relação com os adultos- Agradece, pede ajuda; Reação ao toque- Indiferença; Relação à criança- Provocação, submisso, seguidor, pede e transmite cooperação.</p>	<p>apresenta uma evolução significativa, sendo que apesar de se manter a dificuldade em iniciar uma atividade, e os seus movimentos serem ainda bastante descoordenados, já não se apresentam de forma tão medida, sendo capaz de arriscar mais durante a atividade. A nível da Atenção Focalizada, a criança encontra-se atualmente mais concentrada no decorrer das situações de movimento, contudo, ainda se mantém a fácil distração.</p> <p>No que respeita à Autoconfiança, o SO7 mantém-se hesitante, evita o confronto e permanece com falta de iniciativa, contudo, atualmente imita a pares e pede constantemente permissão às terapeutas. A Atividade também se mantém esporádica, com movimentos lentos. A nível da Expressividade do movimento, e apesar da pontuação de manter a mesma, considera-se a expressão facial do SO7 não se encontra tão monótona como no início da intervenção, contudo, e uma vez que as mudanças foram pouco significativas, a pontuação manteve-se. A Comunicação verbal mantém-se exatamente igual ao início da intervenção, mantendo-se o discurso simples e lento, contudo, o SO7 já se expressa mais vezes no decorrer das sessões, em comparação com o início destas onde a sua expressão seria esporádica. A Regulação Social apesar de também se manter com a mesma pontuação, atualmente verifica-se que a criança empurra os pares e não cumpre algumas regras da sessão, o que não se verificava inicialmente.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que o SO7 atualmente é capaz de se exprimir através do desenho e por vezes através da escrita, sendo capaz de partilhar verbalmente o mesmo com o grupo, verificando-se ainda um discurso simples, mas mais proativo, observando-se assim evoluções sobre a relação com o tempo. O SO7 atualmente não respeita os limites dos outros, em especial, os limites dos pares, tornando-se por vezes demasiado intrusivo e provocativo. Inicialmente a criança mostrava-se indiferente perante as terapeutas, apesar disso, atualmente procura as terapeutas como forma de lhes agradecer e pedir constantemente ajuda para realizar alguma tarefa. O SO7 evitava inicialmente o toque, e atualmente considera-se indiferente perante</p>
---	---	--	---

	lateralidade, dificuldades na coordenação agitado, dificuldades em expressar-se tanto verbalmente como simbolicamente através do desenho ou escrita, dificuldades na compreensão de instruções mais detalhadas e elaboradas, dificuldades na mentalização, apela à atenção do adulto, emocionalmente imaturo, infantilizado.		este, seja por parte das terapeutas, seja por parte dos pares. Por fim, no que respeita à Relação com os pares, este passou de uma postura de indiferença e submissa, para uma postura de provocação, seguidora, submissa, mas que em simultâneo transmite e pede cooperação, sendo evidentes as grandes alterações sobre o domínio da relação com o outro.
--	--	--	---

O grupo terapêutico integrado no projeto da Área de Dia denominado de “Grupo 3” é constituído por quatro elementos, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, cujos códigos são os seguintes: T7, S7, F9 e LC8. Dois elementos deste grupo têm sete anos de idade, outro tem nove anos de idade, e outro oito anos de idade. T7, S7, F9 e LC8 são encaminhados para este grupo apresentando um perfil de agitação psicomotora e intolerância à frustração. T7, S7 e F9 apresentam também um perfil de alterações do comportamento (comportamentos agressivos). O presente grupo integrou ainda uma criança do sexo masculino, que apenas esteve presente em sete sessões, sendo estas presenças inconstantes e pautadas por faltas consecutivas, comprometendo assim a sua assiduidade, acabando por desistir após a presença nestas, como tal, e tendo em conta que as suas escassas presenças não permitiram a sua integração no grupo, e consequentemente, estabelecer uma relação terapêutica, esta não se encontra incluída na presente tabela. Torna-se ainda importante referir que a intervenção em grupo se iniciou no dia 15/11/2021 e terminou a dia 4/4/2022, perfazendo um total de 17 sessões. O presente grupo terminou a intervenção mais cedo do que o previsto, por desistência de quatro elementos do mesmo, permanecendo apenas um elemento no grupo (LC8), sendo este de imediato integrado no grupo 4.

Identificação	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>F9 (9 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Insegurança; Baixa autoestima em contexto de aprendizagem; Dificuldades de concentração; Dificuldades na resolução de problemas e na inibição comportamental; Agitação motora; Impulsividade;</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +3 (Fortemente sobre-relacionado), contacto artificial, com demasiados elogios, intrusivo, preocupa-se demasiado com os outros, interfere com tudo e com todos, “cola-se” aos seus pares e às terapeutas; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), movimentos com falta de independência, hesitante, duvidoso; Atividade: Pontuação +3 (Excessivamente hiperativo), movimentos excessivamente intensos, a criança já se encontra ocupada antes da situação do movimento ser explicada, a criança apresenta dificuldade em permanecer sentada no</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), contacto artificial, ligeiramente intrusivo, “cola-se” às terapeutas; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), procura de atenção indevida, despreza as performances dos outros; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), a criança já se encontra ocupada antes da situação do movimento ser explicada, a criança apresenta dificuldade em permanecer sentada no decorrer da conversa inicial e final; Relaxação: Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação -2</p>	<p>A F9 encontra-se mais adequada nas suas relações emocionais, ainda que ligeiramente intrusiva e de forma artificial. A criança altera a sua postura hesitante e pouco independente para uma postura ligeiramente onipotente, que poderá traduzir-se sobre uma mudança na sua autoconfiança. A F9 permanece muito agitada, contudo, já é capaz de controlar a intensidade dos seus movimentos quando solicitado, sendo estes menos imprudentes originando menos quedas. Esta alteração a nível do movimento poderá justificar a maior capacidade que</p>

<p>Agressividade (autoagressões); Irritabilidade; Ansiedade; Tiques motores e vocais.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 11 sessões, de 13 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 7/3/2022.</p>	<p>decorrer da conversa inicial e final; Relaxação: Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados, move-se de forma estranha; Controlo do Movimento: Pontuação -3 (Movimentos excessivamente descontrolados), movimentos imprudentes, precipitados, movimenta-se de forma violenta, esbarra contra tudo, movimenta-se muito; Atenção Focalizada: Pontuação -2 (Não envolvido), movimentos desconcentrados, não persistentes, não consegue persistir na situação de movimento até ao fim, distrai-se facilmente com coisas externas à situação de movimento, fala com os colegas no decorrer da atividade e da explicação da mesma; Expressividade do Movimento: Pontuação +2 (Super expressivo), movimentos artificiais, eufóricos, expressões faciais extremas, movimentos excessivos para exprimir algo, expressão corporal extrema; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala constantemente e excessivamente, discurso rápido e alto, não é capaz de permanecer em silêncio, interrompe os outros, responde muitas vezes na vez do outro; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia algumas decisões da terapeuta.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, grita muito; Mobilidade- Não permanece no mesmo sítio; Tipos de movimento- Rápidos, impulsivos, vincados e abertos. Relação com o espaço: Exploração- Sem exploração; Circulação- Não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, atividades inacabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Triste, não consegue parar; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. Relação com o objeto: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- monopolizadora, atira; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Vida quotidiana; Relação com o outro: Geral- Ultrapassa os limites, com adultos; Relação com os adultos- Pede afetividade; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Provocação, dominante, agressão.</p> <ul style="list-style-type: none"> A F9 é uma criança muito agitada, impulsiva, procura atenção do adulto, bastante apelativa, 	<p>(Movimentos descontrolados), movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, tem dificuldades em persistir na situação de movimento até ao fim, distrai-se com coisas externas à situação de movimento; Expressividade do Movimento: Pontuação +2 (Super expressivo), movimentos artificiais, eufóricos, expressões faciais extremas movimentos excessivos para exprimir algo, expressão corporal extrema; Comunicação Verbal: Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), discurso rápido e alto, interrompe os outros, responde na vez do outro; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia algumas decisões da terapeuta.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra; Mobilidade- Não permanece no mesmo sítio; Tipos de movimento- Rápidos, impulsivos. Relação com o espaço: Exploração- Pouca; Circulação- Não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Triste, não consegue parar; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. Relação com o objeto: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha pouco; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Vida quotidiana; Relação com o outro: Geral- Dificuldades no respeito dos limites; Relação com os adultos- Pede afetividade; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Provocação.</p>	<p>a F9 apresenta em persistir nas atividades realizadas no grupo. Observou-se ainda que a criança apresenta melhorias sobre a capacidade de ouvir e respeitar o outro.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que a F9 apesar de preferir exprimir-se pela palavra, já não o faz de forma exagerada, não se verificando atualmente o recurso a gritos, tal como no que se refere aos movimentos, sendo que apesar de se manterem rápidos e impulsivos, já não se consideram vincados e abertos, sendo possível observar-se evoluções sobre a relação com ele próprio.</p> <p>A nível da relação com o espaço, a F9 é agora capaz de explorar os materiais e a sala, contudo, e apesar de ser escassa, considera-se que ocorreram melhorias, pois no início da intervenção não o fazia. A F9 é atualmente capaz de terminar as atividades propostas pelas terapeutas, embora com pouca persistência nas mesmas, pois no início da intervenção apenas desistia da participação nestas, demonstrando uma progressão sobre a relação com o tempo. Já no que respeita à relação com o objeto, a F9 utilizava inicialmente os objetos como forma monopolizadora, atirando-os, contudo, atualmente partilha-os, apesar de o fazer poucas vezes. Por fim, na relação com o outro a criança no início da intervenção ultrapassava os limites, apresentando preferência pela relação e contacto próximo com o adulto, já atualmente, apesar de ainda apresentar dificuldades sobre o respeito dos limites do outro, já é capaz de se adaptar às situações e de se manter também interessada pela relação com os pares, mostrando-se agora com uma postura de provocação em relação a estes, pois inicialmente observava-se ainda uma postura dominante e de agressão.</p>
---	--	---	--

	<p> muito imatura.</p>		
<p>S7 (7 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações comportamentais Agressividade; Comportamentos de oposição; Intolerância à frustração; Onnipotência.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 11 sessões, de 15 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 21/3/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto apático, inibido, a criança não mostra interesse quando entram em contacto com ele, não procura o outro; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), movimentos com falta de iniciativa, de independência, hesitante, evita o confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos, lentos, participação nas atividades esporádica, movimenta-se pouco; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, não persistentes, a criança parece estar presa em pensamentos; Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), expressões faciais monótonas, a postura varia pouco; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), responde de forma simples, pouco audível, expressa-se ocasionalmente verbalmente; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), a criança viola algumas regras, por vezes atinge e empurra as colegas.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra de forma simples, é silencioso; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Lentos, inibidos, adaptados. Relação com o espaço: Exploração- Pouca exploração; Circulação- não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, contudo, não é capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. Relação com o objeto: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Personagens imaginárias; Relação com o</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), contacto intrusivo, interfere com os outros; Autoconfiança: Pontuação +2 (Excesso de autoconfiança), comportamento excessivamente independente, autoconfiante e dominante; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimentos intensos para a situação, já se encontra ocupado antes da situação do movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), expressões faciais e corporais ligeiramente excessivas; Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), a criança viola algumas regras, por vezes atinge e empurra os colegas.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra; Mobilidade- Móvel; Tipos de movimento- Impulsivos, abertos. Relação com o espaço: Exploração- Pouca exploração; Circulação- não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- Joga imediatamente, alegre; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Não consegue parar; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho e da escrita, com maior recurso à escrita, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. Relação com o objeto: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Monopolizadora; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Personagens imaginárias; Relação com o outro: Geral- Ultrapassa os limites; Relação com os adultos- Provoca, oposição; Reação ao toque- Indiferente; Relação à criança- Agressão, dominante.</p>	<p>O S7 apresenta uma grande alteração no contacto com o outro, tornando-se o seu contacto inibido e apático num contacto intrusivo. Observa-se que o S7 passou de uma postura hesitante para uma postura dominante, sendo que anteriormente demonstrava-se pouco independente e com falta de iniciativa e atualmente encontra-se excessivamente independente, desprezando a performance dos outros e entrando em confronto com os mesmos. Observa-se uma alteração na forma como se movimenta, sendo estes inicialmente passivos e inibidos, e atualmente intensos e contantes. A criança apresenta uma melhoria sobre a capacidade de atenção, mostrando-se agora capaz de permanecer atento às explicações de atividade e conversas do grupo. O S7 inicialmente monótono na sua expressividade, procura atualmente ser o “palhaço do grupo” através de expressões faciais e corporais ligeiramente excessivas. Inicialmente o S7 recorria à expressão verbal ocasionalmente e quando solicitado, sendo agora espontâneo e adequado nas suas intervenções. Torna-se ainda importante referir que a nível da relação com ele próprio, o S7 já é capaz de se exprimir adequadamente pela palavra, sendo que inicialmente o fazia de forma simples e pouco audível. A sua mobilidade alterou-se de imóvel com a presença de movimentos lentos e inibidos, para móvel, com movimentos impulsivos e abertos. No que se refere à relação com o tempo, o S7 necessitava primeiramente de tempo para se adaptar às atividades, contudo, atualmente é capaz de jogar e participar de imediato nas mesmas, apesar disso, atualmente não consegue acalmar-se rapidamente no final da sessão, tal como ocorria no início da intervenção, pelo contrário, apresenta dificuldades em se acalmar. Já nas representações, o S7 atualmente é capaz de se expressar verbalmente, o que não se observava no início da intervenção, pois encontrava-se muito</p>

	<p><u>outro</u>: Geral- Fica só, respeita os limites; Relação com os adultos- Evita, indiferente; Reação ao toque- Evita; Relação à criança- Indiferença.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O S7 é uma criança inibida, introvertida, retraída, tímida, pouco comunicativa, respeitadora, participativa. 		<p>inibido. No que respeita à relação com o objeto, a criança era capaz de partilhar os mesmos com os pares e com as terapeutas, contudo, atualmente não se verifica o mesmo comportamento, adotando agora uma ação monopolizadora. Por fim, a relação com o outro apresenta também alterações, pois o S7 anteriormente respeitava os limites do outro e mostrava-se indiferente na relação com o adulto e com os pares, apesar disso, agora ultrapassa os limites, acabando por adotar uma postura de provocação e oposição perante o adulto/terapeutas e uma postura dominante e de agressividade perante os pares. A reação ao toque mostrava-se evitante e atualmente indiferente.</p>
<p>T7 (7 anos) Masculino</p> <p><u>Motivo de encaminhamento:</u> Dificuldade de concentração; Inquietude; Comportamentos agressivos e inadequados.</p> <p><u>Número de presenças:</u> Esteve presente em 16 sessões, de 17 sessões totais.</p> <p><u>Data de entrada:</u> 15/11/2021.</p> <p><u>Data de saída:</u> 4/4/2022.</p>	<p><u>LOFOPT- Relações Emocionais:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto apático, inibido, imparcial, não mostra interesse quando os outros entram em contacto com ele, não procura o outro; <u>Autoconfiança:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), movimentos com falta de iniciativa, de independência, hesitante, imita os outros, pede permissão; <u>Atividade:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos, participação esporádica nas atividades, necessita de encorajamento constante; <u>Relaxação:</u> Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados, nervosos, postura espástica, movimentos de pequena amplitude; <u>Controlo do Movimento:</u> Pontuação 0 (Movimentos apropriados); <u>Atenção Focalizada:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, a criança parece estar presa em pensamentos, distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento; <u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente apático), expressões faciais e corporais monótonas; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), expressa-se ocasionalmente verbalmente, responde de forma simples; <u>Regulação Social:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos.</p> <p><u>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra de forma simples; Mobilidade- Imóvel; Tipos de movimento- Inibidos, moderados. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Pouca</p>	<p><u>LOFOPT- Relações Emocionais:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), ligeiramente intrusivo, “cola-se” aos outros e ao terapeuta; <u>Autoconfiança:</u> Pontuação 0 (Autoconfiança); <u>Atividade:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), dificuldades em permanecer imóvel; <u>Relaxação:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados; <u>Controlo do Movimento:</u> Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos imprudentes e precipitados; <u>Atenção Focalizada:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, a criança parece estar presa em pensamentos, distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento; <u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), excesso de gesticulação; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), fala excessivamente rápido e alto, interrompe os outros; <u>Regulação Social:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos.</p> <p><u>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- Hipertónico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, fala muito; Mobilidade- Não fica no mesmo sítio; Tipos de movimento- Rápidos, impulsivos, abertos, vinculados. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- Pouca exploração; Circulação- não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- Joga imediatamente; Durante a</p>	<p>O T7 apresenta uma alteração no contacto com o outro, tornando-se o seu contacto inibido, apático e imparcial num contacto intrusivo. Observa-se uma melhoria sobre a autoconfiança, sendo que atualmente é capaz de tomar iniciativa, e de demonstrar-se independente organizando o grupo no decorrer de atividades. A criança passou de uma postura pouco ativa e participativa, para uma postura mais dinâmica em constante movimento. Apesar de se observarem melhorias sobre a relaxação, já não sendo evidentes tensões musculares constantes, nota-se ainda dificuldades em aceder voluntariamente a um estado de passividade. Relativamente ao controlo do movimento, o T7 demonstra atualmente ligeiras dificuldades, sendo que se movimenta de forma desleixada. No que se refere à expressividade do movimento, a criança anteriormente pouco expressiva, utiliza atualmente movimentos excessivos para exprimir algo. Já no que toca à comunicação verbal, o T7 mostra melhorias, sendo que já é capaz de se expressar verbalmente, contudo, apresenta dificuldades na adequação do seu discurso, interrompendo os outros. Torna-se ainda importante referir que ocorreram alterações a nível da relação com ele próprio, uma vez que o T7 exprime-se pela palavra, mas de forma simples e atualmente encontra-se com maior verbalização, sendo esta mais ágil e desenvolvida. Na mobilidade, o T7 inicialmente mantinha-se imóvel</p>

	<p>exploração; Circulação- não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, atividades acabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, contudo, não partilha o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Oferta; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Personagens imaginárias; <u>Relação com o outro</u>: Geral- Procura o outro pelos objetos, respeita os limites; Relação com os adultos- Agradece, pede ajuda; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Submisso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O T7 é uma criança agitada, muito impulsiva, apelativa, procura agradar o adulto, comportamentos de oposição, participativo. 	<p>sessão- Sequências de jogo curtas, atividades inacabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Não consegue parar; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, sendo ainda capaz de partilhar o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Partilha; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Personagens imaginárias; <u>Relação com o outro</u>: Geral- Ultrapassa os limites; Relação com os adultos- Pede afetividade e proteção; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Transmite cooperação.</p>	<p>sendo os seus movimentos inibidos, contudo, agora não é capaz de se imobilizar num lugar, sendo os seus movimentos impulsivos e bastante vinculados. A criança no início da intervenção necessitava de um tempo para se adaptar à atividade antes de iniciar a mesma, contudo, atualmente é capaz de jogar e participar imediatamente após esta ser explicada, apesar disso, não é capaz de terminar as atividades nem de se acalmar no final da sessão, ao contrário do que faria no início da intervenção. O T7 não era capaz de se exprimir e de partilhar verbalmente as suas simbolizações com o grupo, sendo que atualmente já o consegue executar. A nível da relação com o objeto, o T7 era apenas capaz de oferecer, e atualmente já consegue partilhar, sendo possível referir que ocorreram evoluções neste domínio. Por fim, no que se refere à relação com o outro, a criança era capaz de respeitar os limites sendo que atualmente os ultrapassa, apesar disso, é capaz de pedir afetividade e proteção do adulto/terapeuta, sendo que inicialmente adotava uma postura mais apelativa com estes, e ainda, de transmitir cooperação perante os pares, sendo que atualmente apresentava um papel mais submisso.</p>
<p>LC 8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Tiques motores e vocais; Dificuldades de concentração; Agitação psicomotora; Sintomatologia ansiosa; Discurso autodepreciativo e negativo sobre si; Perturbação da Linguagem secundária resultante de um défice de processamento auditivo.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 12 sessões, de 14 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 6/12/2021</p> <p>Data de saída: Integrou no grupo 4</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), contacto artificial com demasiados elogios, preocupa-se demasiado com os outros, “cola-se” ao terapeuta; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), movimentos com falta de independência, imita os outros; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimentos intensos, a criança já está ocupada antes da situação do movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação -2 (Movimentos descontrolados), movimentos imprudentes, precipitados, movimenta-se muito; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, a criança distrai-se facilmente com coisas externas à situação de movimento, fala com os colegas no decorrer da atividade; Expressividade do Movimento: Pontuação +2 (Super expressivo), movimentos eufóricos, expressão facial e corporal exagerada; Comunicação Verbal: Pontuação +2</p>	<p>Tendo em conta a integração da LC8 no grupo 4, por motivos de desistência de todos os elementos do presente grupo (grupo 3), a sua avaliação final e consequentemente, a sua progressão terapêutica encontra-se registada na tabela referente ao grupo 4, sendo este o grupo onde a LC8 concluiu a sua intervenção.</p>	

após término do presente grupo.	<p>(Muito comunicativo), fala excessiva, discurso rápido, interrompe os outros; <u>Regulação Social</u>: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia algumas decisões dos colegas e terapeutas.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio</u>: Tonicidade- Hipertônico; Linguagem e gestualidade- Exprime-se pela palavra, fala muito, chora constantemente; Mobilidade- Não fica no seu sítio; Tipos de movimento- Rápidos, impulsivos, abertos. <u>Relação com o espaço</u>: Exploração- Sem exploração; Circulação- não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- Tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, atividades inacabadas, ritmo não observável; Fim de sessão- Não consegue parar; Tempo das representações- Exprime-se através do desenho, contudo, não partilha o mesmo verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- Não observável; Ação sobre os objetos- Oferta; Tipo de jogo- Não observável; Imitações simbólicas- Vida quotidiana; <u>Relação com o outro</u>: Geral- Ultrapassa os limites; Relação com os adultos- Pede afetividade e proteção; Reação ao toque- Procura; Relação à criança- Recusa cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A LC8 é uma criança muito agitada, irrequieta, procura atenção do adulto, bastante apelativa. 		
---------------------------------	---	--	--

O grupo terapêutico integrado no projeto da Área de Dia denominado de “Grupo 4” é constituído por cinco elementos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino, cujos códigos são os seguintes: L8, M8, T8, I8 e M10. Quatro elementos deste grupo têm oito anos de idade e um, tem dez anos de idade. L8, I8, T8 são encaminhados para este grupo apresentando um perfil de agitação psicomotora, heteroagressividade e dificuldades na regulação emocional e tolerância à frustração. Enquanto, M8 e M10 apresentam um perfil de ansiedade e inibição. Neste grupo, foi necessária uma reformulação dos elementos presentes, sendo que M8 desistiu da intervenção ao fim de 17 sessões, sendo integrada LC8 na 18ª sessão. LC8 tem oito anos e é do sexo feminino, apresentando um quadro de agitação psicomotora e intolerância à frustração.

Identificação	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>L8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Agitação motora; Impulsividade; Intolerância à frustração; Heteroagressividade; Dificuldades de atenção.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 21 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação +2 (sobre-relacionado) “cola-se aos outros e aos terapeutas, interfere com os outros e as atividades; Autoconfiança: Pontuação +2 (excesso de autoconfiança) procura atenção indevida, despreza as performances dos outros, postura dominante; Atividade: Pontuação +2 (hiperativo) movimentos excessivamente intensos, dificuldades em permanecer parado; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos desajeitados e contorcidos; Controlo do Movimento: Pontuação -3 (movimentos excessivamente descontrolados) movimenta-se de forma violenta e desleixada, esbarra com pessoas e objetos, move-se muito, ficando sem fôlego, movimentos imprudentes e precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -2 (não envolvido) movimentos desconcentrados, desinteressantes e não persistentes, distrai-se facilmente, durante atividades e explicações; Expressividade de Movimento: Pontuação +1 (ligeiramente super expressivo) movimentos artificiais e eufóricos, expressões faciais exageradas, gesticulação excessiva; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (muito comunicativo) fala constantemente, interrompe os outros, fala excessivamente rápido e alto; Regulação Social: Pontuação -2 (falta de regras) desafia as decisões das terapeutas, empurra outros.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela sua palavra e grita muito; Mobilidade- não fica no seu sítio; Tipos de movimento- rápidos, impulsivos. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas, simultâneas, alguns momento; Ritmo- não observável; Fim de sessão- difícil adaptação ao fim da sessão, sendo capaz de se acalmar; Tempo das representações- exprime-se com dificuldade (comunicação verbal e escrita). <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha pouco; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; <u>Relação com o outro:</u> Geral- ultrapassa os limites; Relação com os adultos- provoca, oposição; Reação ao toque- indiferente; Relação à criança- agressão,</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação + 1 (ligeiramente sobre-relacionado) cola-se às terapeutas, muito solícito; Autoconfiança: Pontuação +1 (excesso ligeiro de autoconfiança) postura dominante e procura atenção indevida; Atividade: Pontuação +1 (ligeiramente hiperativo) movimentos intensos, dificuldades em permanecer parado; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (movimentos ligeiramente descontrolados) a criança movimenta-se muito; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (ligeiramente não envolvido) distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento; Expressividade de Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação +1 (ligeiramente muito comunicativo) fala muito e rápido, por vezes interrompe os outros; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio:</u> Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela sua palavra; Mobilidade- móvel, por vezes, não fica no seu sítio; Tipos de movimento- rápidos, impulsivos. <u>Relação com o espaço:</u> Exploração- sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo:</u> Início de sessão- joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, Ritmo- não observável; Fim de sessão- acalma-se rapidamente; Tempo das representações- exprime-se facilmente através do desenho, sendo também capaz de o partilhar verbalmente com o grupo. <u>Relação com o objeto:</u> Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha e, por vezes, atira; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; <u>Relação com o outro:</u> Geral- respeita os limites; Relação com os adultos- agradece, pede afetividade e proteção; Reação ao toque- procura; Relação à criança- transmite cooperação.</p>	<p>L8 apresenta melhorias após intervenção em vários domínios. Nas relações emocionais mantém-se uma necessidade de contenção, sendo que esta já não interfere com a sessão nem as atividades. Mantém também, uma postura dominante e uma necessidade de atenção, já não desprezando o outro e pelo contrário, procurando ajudá-lo. Nos movimentos observa-se uma redução da sua intensidade, já sendo a criança capaz de permanecer algum tempo parada. Na relaxação, L8 já é capaz de aceder voluntariamente à passividade, sendo estas pouco significativas. A criança já procura momentos de relaxação. Verificam-se também, melhorias muito significativas a nível do controlo dos movimentos. Na atenção, L8 ainda se distrai facilmente, já sendo capaz de permanecer nas atividades até ao fim e de, de chamar a atenção dos outros quando necessário. Na comunicação verbal, apesar de ainda falar muito e rápido, já não o faz constantemente, tendo períodos da sessão em silêncio em que ouve o outro. Devido à sua impulsividade, por vezes, ainda interrompe os outros, no entanto, já compreende que não é correto, não em si, mas no outro.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que L8 demonstra melhorias na relação com o tempo, sendo que, ao contrário do início da intervenção, já é capaz de acabar as atividades, sendo as suas sequências de jogo mais longas, tal como já é capaz de se acalmar rapidamente com a chegada do fim da sessão. No fim da intervenção nota-se também, que L8 já é capaz de se exprimir através do desenho, da escrita e da verbalização. Na relação com os objetos, L8 demonstra mais facilidade em partilhar, contudo por vezes atira os objetos, um comportamento não presente na fase inicial de intervenção. Por fim, notam-se grandes mudanças na relação com o outro. Já sendo capaz de respeitar limites, L8 passa também a pedir contenção e proteção ao adulto, ao invés de o desafiar. Com as crianças, deixa também de demonstrar agressividade e uma postura dominante, procurando cooperar.</p>

	<p>dominante.</p> <ul style="list-style-type: none"> A L8 é uma criança muito agitada, impulsiva, apelativa, comunicativa, onnipotente. 		
<p>M8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Ansiedade; Inibição; Baixa autoestima; Sintomas psicossomáticos (dificuldades de sono e alimentação); Dificuldades na gestão das emoções; Imaturidade social.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 7 sessões, de 17 sessões totais. Data de entrada: 15/11/2021. Data de saída: 4/4/2022.</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação +1 (ligeiramente sobre relacionado) preocupa-se demasiado com os outros; Autoconfiança: Pontuação -2 (sem autoconfiança) falta de iniciativa, hesitante, pede sempre autorização, evita confronto; Atividade: Pontuação -2 (passivo) movimentos pouco dinâmicos, lentos e sem vida, necessita de encorajamento constante; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos nervosos e de pequena amplitude; Controlo de Movimentos: Pontuação +1 (movimentos controlados) movimentos demasiado cautelosos; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente); Expressividade de Movimento: Pontuação -2 (apático) expressões faciais e corporais monótonas; Comunicação Verbal: Pontuação -2 (não comunicativo) discurso lento e inaudível, fala apenas quando pedido e de forma simples; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela palavra; Mobilidade- pouco móvel; Tipos de movimento- lentos, inibidos. Relação com o espaço: Exploração- sem exploração; Circulação- não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, Ritmo não observável; Fim de sessão- acalma-se rapidamente; Tempo das representações- evita exprimir-se, quando o faz, faz pela escrita. Relação com o objeto: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- oferta; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; Relação com o outro: Geral- adultos, respeita os limites; Relação com os adultos- pede ajuda e agradece; Reação ao toque- indiferente; Relação à criança- evita, transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> A M8 é uma criança inibida, introvertida, pouca verbalização, obsessiva com as regras, incomoda-se com a agitação do grupo. 	<p>M8 foi uma criança que demonstrou dificuldades na adaptação ao grupo, sendo que após 17 sessões, deixou de comparecer sem aviso prévio. As estagiárias foram apenas avisadas da sua desistência mais tarde, não tendo a possibilidade de elaborar uma avaliação final.</p>	<p>Não ocorreu progressão terapêutica por faltas consecutivas e posterior desistência do grupo, comprometendo assim a sua assiduidade, o estabelecimento da relação terapêutica e consequentemente, a integração no grupo.</p>
<p>T8 (8 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento:</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação +2 (sobre-relacionado) contacto artificial, com demasiados elogios, preocupa-se demasiado com os outros; Autoconfiança: Pontuação -2 (sem autoconfiança) falta de iniciativa, pede</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação +1 (ligeiramente sobre-relacionado) contacto artificial, com demasiados elogios, preocupa-se demasiado com os outros; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente</p>	<p>T8 demonstra uma boa progressão terapêutica. Nas relações emocionais, persistem as mesmas características, no entanto significativamente menos notórias. Na autoconfiança, já toma iniciativa e</p>

<p>Episódios de desregulação emocional; Agitação psicomotora; Dificuldades de atenção; Alterações do comportamento: heteroagressividade; Ansiedade; Baixa autoestima.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 18 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>sempre permissão, evita confronto; Atividade: Pontuação +1 (ligeiramente hiperativo) movimentos excessivamente intensos; Relaxação: Pontuação +2 (tenso) movimentos desajeitados e nervosos; Controlo de Movimentos: Pontuação +1 (movimentos controlados) move-se de forma excessivamente controlada, demorando a iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação +1 (ligeiramente sobre envolvido) encara a atividade de forma excessivamente séria ; Expressividade de Movimento: Pontuação +1 (ligeiramente super expressivo) movimentos excessivos para exprimir algo (gesticulação); Comunicação Verbal: Pontuação +1 (ligeiramente muito comunicativo) fala excessiva e discurso rápido; Regulação Social: Pontuação +1 (ligeiramente obsessivo com regras sociais) pede desculpa por ligeiros inconvenientes, mesmo não sendo necessário, verifica se as regras são cumpridas.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela palavra; Mobilidade- não fica no seu sítio; Tipos de movimento- rápidos, controlados, repetitivos. Relação com o espaço: Exploração- sem exploração; Circulação- não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogos longas, atividades acabadas, Ritmo não observável; Fim de sessão- acalma-se rapidamente; Tempo das representações- Exprime-se com dificuldades (comunicação verbal, simbolização). Relação com o objeto: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha; Tipo de jogo - não observável; Imitações simbólicas- personagens imaginárias; Relação com o outro: Geral- respeita os limites; Relação com os adultos- pede ajuda e afetividade; Reação ao toque- procura; Relação à criança- seguidor e transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> O T8 é uma criança agitada, comunicativa, participativa, comportamentos de desafio, apelativa, procura agradecer o adulto. 	<p>sem autoconfiança) evita confronto; Atividade: Pontuação +1 (ligeiramente hiperativo) movimentos intensos; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (movimentos ligeiramente descontrolados) movimenta-se muito e por vezes de forma precipitada; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade de Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação +1 (ligeiramente muito comunicativo) fala excessiva e discurso rápido; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela palavra; Mobilidade- móvel; Tipos de movimento- impulsivos, vinculados. Relação com o espaço: Exploração- sem exploração; Circulação- Não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas, Ritmo- não observável; Fim de sessão- acalma-se rapidamente; Tempo das representações- exprime-se principalmente através do desenho, demonstrando ainda dificuldades em partilhar verbalmente. Relação com o objeto: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; Relação com o outro: Geral- respeita os limites; Relação com os adultos- agradece, pede ajuda, afetividade e proteção; Reação ao toque- procura; Relação à criança- pede e transmite cooperação.</p>	<p>apresenta uma postura menos hesitante. No seu movimento, T8 é atualmente menos intenso, contudo, não se considera ainda, que estes esteja adequado. Sendo os movimentos, inicialmente controlados em excesso, atualmente são realizados de forma precipitada. T8 já é capaz de reconhecer momentos de relaxação e solicitar os mesmos, sendo que ainda apresenta algumas dificuldades em aceder a um estado de passividade. Observa-se também, uma redução significativa da gesticulação, sendo que a expressão corporal e facial de T8 se considera, após intervenção, adequada. Na capacidade de atenção, T8 já é capaz de permanecer nas atividades. Por fim, a nível da regulação social, atualmente T8 apenas pede desculpa quando se justifica e já não verifica o cumprimento das regras por parte de todos os elementos do grupo.</p> <p>Acrescenta-se ainda, que T8 já é capaz de permanecer no mesmo sítio, tendo adequado a sua mobilidade. Por consequência, os movimentos que realiza já não são controlados, rápidos e repetitivos, mas sim, impulsivos e vinculados. Na sua relação com o tempo, já não necessita de um tempo de adaptação, sendo capaz de jogar imediatamente. Relativamente ao tempo das representações T8, apesar de manter algumas dificuldades na escrita e na partilha verbal, tem mais facilidades no recurso ao desenho. Observa-se também, uma progressão a nível das imitações simbólicas, passando estas de personagens imaginárias a uma reflexão da vida quotidiana. Notam-se alterações na relação com os adultos, considerando-se que no fim da intervenção, para além de pedir ajuda e afetividade, pede também, proteção e agradece frequentemente. Por fim, na relação com as crianças, tendo-se considerado inicialmente que agia como seguidor, no fim da intervenção esta atitude já não se verifica.</p>
<p>I8 (8 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Agitação motora; Alterações do comportamento: heteroagressividade;</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação +1 (ligeiramente sobre-relacionado) procura muito solícito, cola-se aos outros; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança) pede sempre permissão, imita os outros; Atividade: Pontuação +2 (hiperativo) movimentos excessivamente intensos, dificuldades em permanecer sentado; Relaxação: Pontuação +1</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação +1 (ligeiramente sobre relacionado) cola-se aos outros; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança) imita os outros, ligeiramente hesitante; Atividade: Pontuação +2 (hiperativo) movimentos excessivamente intensos, dificuldades em permanecer sentado; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso)</p>	<p>I8 apresenta melhorias após intervenção em vários domínios. Apesar de ainda sentir a necessidade de seguir as outras crianças, já não procura atenção indevida. Na autoconfiança, I8 já não sente a necessidade de pedir permissão constantemente, apesar de persistirem alguns movimentos hesitantes e manter uma postura de “seguidor”. Na atividade, as dificuldades persistem. No</p>

<p>Comportamentos desafiantes; Contacto imaturo; Dificuldades de concentração; Perturbação do sono.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 22 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>(ligeiramente tenso) movimentos desajeitados e nervosos; Controlo de Movimentos: Pontuação -3 (movimentos excessivamente descontrolados) movimentos imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma violenta, esbarrando com tudo e todos, movimenta-se muito, ficando sem fôlego, move-se de forma desleixada; Atenção Focalizada: Pontuação -2 (não envolvido) movimentos desconcentrados, distrai-se facilmente, com elementos externos e internos; Expressividade de Movimento: Pontuação +1 (ligeiramente super expressivo) expressões faciais extremas, gesticulação excessiva; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (muito comunicativo) fala excessiva e discurso rápido, interrompe frequentemente os outros; Regulação Social: Pontuação -2 (falta de regras) desafia as decisões do observador, desafia as regras estabelecidas.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela palavra; Mobilidade- não fica no seu sítio; Tipos de movimento- rápidos, impulsivos, arriscados. Relação com o espaço: Exploração- não; Circulação- não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas e atividades inacabadas, Ritmo- não observável; Fim de sessão- não consegue parar; Tempo das representações- Não se exprime. Relação com o objeto: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- oferta; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; Relação com o outro: Geral- pelo olhar, respeita os limites; Relação com os adultos- pede ajuda; Reação ao toque- evita; Relação à criança- seguidor, transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> O 18 é uma criança agitada, respeitador, segue o comportamento da colega, comunicativo. 	<p>movimentos desajeitados e nervosos; Controlo do Movimento: Pontuação -2 (Movimentos descontrolados) movimenta-se de forma violenta e desleixada.; Atenção Focalizada: Pontuação -2 (não envolvido) movimentos desconcentrados, distrai-se facilmente, com elementos externos e internos; Expressividade de Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação -1 (ligeiramente com falta de regras) movimentos impulsivos.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: Relação com ele próprio: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- utiliza muito a palavra e o gesto; Mobilidade- não fica no mesmo sítio; Tipos de movimento- rápidos, impulsivos, arriscados. Relação com o espaço: Exploração- não; Circulação- Não observável; Relação com o tempo: Início de sessão- tempo de adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas e atividades inacabadas; Ritmo- não observável; Fim de sessão- não consegue parar; Tempo das representações- exprime-se através da escrita, desenho e palavra, embora com dificuldade. Relação com o objeto: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; Relação com o outro: Geral- respeita limites; Relação com os adultos- pede ajuda e agradece; Reação ao toque- indiferente; Relação à criança- seguidor, transmite cooperação.</p>	<p>entanto, 18 já é capaz de utilizar estratégias para conter esta necessidade e intensidade de movimento. Na relaxação, notam-se ligeiras melhorias na capacidade de aceder voluntariamente à passividade. A criança já procura momentos de relaxação. Na capacidade de controlo dos movimentos, 18 continua a movimentar-se de forma violenta e desleixada, no entanto, já não interfere com os outros, nem se movimenta excessivamente, ficando sem fôlego. Na expressividade do movimento as suas expressões corporais e faciais, adequam-se. Na comunicação verbal, o discurso já não é excessivamente rápido, não interrompe os outros e respeitando a sua vez de falar. 18 já é capaz de reconhecer as regras e procurar cumpri-las, contudo, apresenta ainda dificuldades no controlo da sua impulsividade, sendo que, por vezes, não as cumpre. Como já referido, 18 continua a utilizar muito a palavra, sendo que já se nota também, utilização do gesto. Observam-se, alterações na relação com o tempo, sendo que atualmente, 18 necessita de um tempo de adaptação no início da sessão. Neste tempo, 18 procura contenção, geralmente, debaixo de uma mesa. Durante a sessão, por vezes, com a ajuda dos colegas é capaz de permanecer numa atividade até ao fim, sendo muito pouco frequente e por isso, não significativo. Verifica-se que 18 já não se recusa a partilhar, desenhar e escrever, sendo agora capaz de se exprimir, no tempo das representações. No entanto, ainda com dificuldade. Na relação com o objeto, nota-se uma nova vontade de brincar com os mesmos, sendo que se considera que os partilha, em vez de os oferecer. Por último, na relação com o outro, esta já não é apenas pelo olhar, mantendo a sua capacidade de respeito pelos limites do outro. Relativamente ao toque, já não procura evitar, contudo, parece indiferente ao mesmo.</p>
<p>M10 (10 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Espinha bifida; Inibição; Dificuldades motoras; Introversão; Possibilidade de humor deprimido.</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação 0 (relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança) hesitante, pede sempre permissão, evita confronto; Atividade: Pontuação 0 (ativo); Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos desajeitados e nervosos, movimentos de pequena amplitude; Controlo de Movimentos: Pontuação 0 (movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade de Movimento:</p>	<p>M10 apresenta melhorias após intervenção em vários domínios. Na autoconfiança, já não demonstra movimentos hesitantes e é capaz de lidar com o confronto. Na relaxação, já é capaz de aderir a momentos de relaxação e já não evidencia movimentos desajeitados. Contudo, ainda se notam movimentos nervosos pontualmente e os seus movimentos mantêm uma baixa amplitude. A nível da expressividade do</p>

<p>Número de presenças: Esteve presente em 18 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 15/11/2021.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>	<p>0 (envolvido adequadamente); <u>Expressividade de Movimento</u>: Pontuação -1 (ligeiramente apático) expressões faciais monótonas; <u>Comunicação Verbal</u>: Pontuação -1 (ligeiramente não comunicativo) fala lenta e inaudível; <u>Regulação Social</u>: Pontuação +1 (ligeiramente obsessivo com regras) verifica se todos cumprem as regras, chama a atenção para pequenos erros.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio</u>: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pouco, quando o faz, recorre à palavra; Mobilidade- móvel; Tipos de movimento- inibidos, adaptados. <u>Relação com o espaço</u>: Exploração- sem exploração; Circulação- não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- tempo adaptação; Durante a sessão- Sequências de jogo, longas, atividades acabadas, Ritmo não observável; Fim de sessão- acalma-se rapidamente; Tempo das representações- exprime-se através do desenho e escrita. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; <u>Relação com o outro</u>: Geral- adultos, respeita os limites; Relação com os adultos- agradece, pede ajuda; Reação ao toque- indiferente; Relação à criança- seguidor, transmite cooperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> A M10 é uma criança inibida, introvertida, participativa, pouca verbalização. 	<p>Pontuação 0 (Expressivo); <u>Comunicação Verbal</u>: Pontuação 0 (Comunicativo); <u>Regulação Social</u>: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio</u>: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela palavra; Mobilidade- móvel; Tipos de movimento- adaptados. <u>Relação com o espaço</u>: Exploração- sem exploração; Circulação- não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo longas, atividades acabadas; Ritmo- não observável; Fim de sessão- acalma-se rapidamente; Tempo das representações- exprime-se com facilidade através do desenho e da escrita, sendo capaz de o partilhar verbalmente, embora com menos facilidade. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; <u>Relação com o outro</u>: Geral- adultos, respeita limites; Relação com os adultos- agradece e pede ajuda; Reação ao toque- indiferente; Relação à criança- dominante, aceita cooperação.</p>	<p>movimento, observa-se uma adequação da expressão facial, já não sendo considerada monótona. Na comunicação verbal, observa-se um ajuste do volume, já sendo audível, e do ritmo, sendo este adequado à situação, em vez de lentificado. Por fim, na capacidade de regulação social, M10 continua a cumprir as regras, já não se preocupando em verificar constantemente que os restantes também as cumprem.</p> <p>É também, importante referir que M10 revela melhorias a nível da expressão verbal, recorrendo mais frequentemente à mesma. Na relação com o tempo, M10 já não necessita de tempo de adaptação no início da sessão, sendo capaz de jogar imediatamente. A nível do tempo das representações também se notam evoluções a nível do recurso à palavra para partilhar as suas simbolizações. Por fim, nota-se que apesar de persistir uma preferência pela relação com o adulto, M10 tem mais facilidade em relacionar-se com as crianças no fim da intervenção. Como consequência, a relação que estabelece com as crianças, inicialmente caracterizada por uma postura de seguidor com transmissão de cooperação, é atualmente uma postura dominante apesar de aceitar cooperação.</p>
<p>LC8 (8 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Tiques motores e vocais; Dificuldades de concentração; Agitação psicomotora; Sintomatologia ansiosa; Discurso autodepreciativo e negativo sobre si; Perturbação da Linguagem secundária resultante de um défice de processamento auditivo.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 8 sessões, de 8 sessões totais.</p>	<p>Tendo em conta que LC8 iniciou a sua intervenção no grupo 3, sendo posteriormente inserida neste grupo (grupo 4), a sua avaliação inicial encontra-se registada na tabela referente ao grupo 3 (onde iniciou a sua intervenção). Desta forma, na presente tabela, são apenas registadas a avaliação final e a progressão terapêutica da criança.</p>	<p>LOFOPT – Relações Emocionais: Pontuação + 1 (ligeiramente sobre relacionado) cola-se aos outros e às terapeutas; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança) imita os outros; Atividade: Pontuação +1 (ligeiramente hiperativo), movimentos intensos, a criança já está ocupada antes da situação do movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso), movimentos desajeitados; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados) movimentos precipitados, movimenta-se muito; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, a criança distrai-se facilmente com coisas externas à situação de movimento; Expressividade de Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação +1 (ligeiramente muito comunicativo) discurso rápido e</p>	<p>LC8 apresenta melhorias após intervenção em vários domínios. Nas relações emocionais estas são ligeiras, LC8 continua a colar-se às terapeutas, sendo que, no novo grupo, também a alguns colegas. Deixam de se observar elogios e preocupações em excesso. Na autoconfiança, continua a imitar os outros, no entanto já toma iniciativa. Os seus movimentos apesar de menos intensos e constantes, não se encontram ainda adequados. Apesar de observar um maior controlo dos movimentos, estes ainda são precipitados. Na atenção focalizada, nota-se que LC8 já não fala com os colegas no decorrer das atividades e os seus períodos de atenção são mais longos. Nota-se uma adequação da expressividade de movimento deixando esta, de ser exagerada e eufórica. Apesar de ainda recorrer muito ao uso da palavra, mantendo um discurso rápido e elevado, LC8 já é capaz de esperar pelo outro, no entanto. Na</p>

<p>Data de entrada: 2/5/2022.</p> <p>Data de saída: 20/6/2022.</p>		<p>alto; <u>Regulação Social</u>: Pontuação -1 (ligeiramente com falta de regras) movimentos impulsivos.</p> <p>Grelha de Observação Psicomotora: <u>Relação com ele próprio</u>: Tonicidade- hipertónico; Linguagem e gestualidade- exprime-se pela palavra, fala muito; Mobilidade- móvel; Tipos de movimento- movimentos rápidos e impulsivos. <u>Relação com o espaço</u>: Exploração- sem exploração; Circulação- Não observável; <u>Relação com o tempo</u>: Início de sessão- joga imediatamente; Durante a sessão- Sequências de jogo curtas e atividades inacabadas; Ritmo- não observável; Fim de sessão- é capaz de se acalmar; Tempo das representações- exprime-se com dificuldades, principalmente a nível do desenho. <u>Relação com o objeto</u>: Escolha- não observável; Ação sobre os objetos- partilha; Tipo de jogo- não observável; Imitações simbólicas- vida quotidiana; <u>Relação com o outro</u>: Geral- respeita limites; Relação com os adultos- pede afetividade e proteção, agradece; Reação ao toque- procura; Relação à criança- pede e transmite cooperação.</p>	<p>capacidade de regulação social, LC8 já não procura desafiar as terapeutas, no entanto, ainda apresenta vários movimentos impulsivos.</p> <p>Ao contrário do observado inicialmente, não se considera que LC8 chore constantemente. Observa-se uma redução da intensidade e abertura dos movimentos de LC8, sendo atualmente considerados rápidos e impulsivos. Na relação com o tempo, nota-se que LC8 já não precisa de tempo de adaptação no início das sessões, sendo capaz de jogar imediatamente. No fim das sessões, apesar de ainda demorar um pouco, LC8 já é capaz de se acalmar. Relativamente às representações, LC8 demonstra mais dificuldades no fim da intervenção do que no início, não sendo capaz de simbolizar os seus sentimentos (desenha apenas riscos, não há elaboração) nem falar sobre os mesmos. Por fim, nas suas relações notam-se também diferenças. Com os adultos, LC8 agradece frequentemente. Com as crianças, deixa de existir evitamento e passa a existir cooperação.</p> <p>É importante lembrar que LC8 foi integrada num novo grupo a meio da intervenção. Contudo, considera-se que teve uma boa adaptação ao mesmo, tendo criado relações com os vários elementos e não regredindo na sua progressão terapêutica. Assim sendo, foi possível observar melhorias de uma forma geral no seu perfil psicomotor.</p>
--	--	---	--

7.3 Anexo III: Tabelas dos grupos terapêuticos Hospital de Dia

O grupo terapêutico integrado no projeto Hospital de Dia denominado de “Grupo I” é constituído por sete elementos, cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino, cujos códigos são os seguintes: L12, C16, M17, A17, J16, D15 e G17. Um elemento deste grupo tem doze anos de idade, dois elementos têm dezasseis anos de idade, três elementos têm dezassete anos de idade e, por último, um elemento tem quinze anos de idade. Este grupo caracteriza-se por uma tónica depressiva, sendo que os adolescentes apresentam no geral um perfil depressivo e ansioso, dificuldades de socialização, baixa autoestima, dificuldades no sono e pouco investimento escolar ou até mesmo absentismo escolar. O presente grupo integrou ainda dois adolescentes, um com 15 anos do sexo feminino, e outro com 14 anos do sexo masculino, sendo que o adolescente de 15 anos esteve presente numa sessão e o adolescente de 14 anos esteve presente em seis sessões, acabando ambos por desistir após a presença nestas, como tal, e tendo em conta que as suas escassas presenças não os permitiram integrar no grupo, e consequentemente, estabelecer uma relação terapêutica, estes não se encontram incluídos na presente tabela.

Identificação	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>L12 (12 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Episódios de pensamento bizarro direcionados aos pais; Episódios de choro, culpabiliza-se face às situações; Ansiosa; Dificuldades na socialização; Contacto inibido e postura muito retraída e tensa; Reações tónico emocionais excessivas.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 19 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), afasta-se dos outros; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), pede sempre permissão, imita os outros, evita o confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimenta-se pouco em situações de movimento, necessita de encorajamento; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos de pequena amplitude; Controlo do movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimenta-se de forma medida e necessita de mais tempo para iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -2 (Não comunicativo), fala de forma muito simples, muito devagar e muito pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A L12 é uma adolescente ansiosa e pouco participativa, exprime-se predominantemente pela palavra sendo que</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inadequada; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), pede sempre permissão, evita o confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimenta-se pouco em situações de movimento, necessita de encorajamento; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos de pequena amplitude; Controlo do movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimenta-se de forma medida e necessita de mais tempo para iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (ligeiramente não envolvido), parece estar preso a pensamentos; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), chora ou ri de forma inapropriada; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (ligeiramente não comunicativo), fala de forma muito simples; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A L12 é uma adolescente ansiosa e pouco participativa, exprime-se predominantemente pela palavra sendo que</p>	<p>Não foram observadas muitas alterações na progressão terapêutica de L12, tendo em conta que esta não aderiu adequadamente à intervenção, tendo sido pouco assídua. Neste sentido, L12 demonstra melhorias no estabelecimento das relações emocionais, sendo que já não se verifica que se afaste dos outros, no entanto, não se pode considerar que sejam apropriadas, pois o seu contacto é ainda ligeiramente inadequado. A nível da autoconfiança, observam-se ligeiras melhorias, sendo que L12 é capaz de por vezes, tomar iniciativa, não imitando os restantes. No entanto, estas melhorias não são significativas, não se alterando a pontuação inicial. Relativamente à atenção focalizada, nota-se que L12 está pouco envolvida nas atividades, parecendo estar presa a pensamentos. A nível da expressividade do movimento, nota-se que as suas expressões são exageradas e incoerentes com a situação, ao contrário do momento inicial em que se considerava ligeiramente apática. Observam-se melhorias na comunicação verbal, sendo que o seu discurso já não é lento, sendo atualmente audível. Neste momento, L12 mantém um discurso simples, sendo que fala</p>

	<p>o faz esporadicamente e de forma pouco audível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos lentos e inibidos. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. L12 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, sendo que expressa a sua representação apenas através de desenhos muito simples e pouco elaborados, sendo capaz de a partilhar verbalmente com o grupo, no entanto, com pouca capacidade de reflexão. A L12 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a L12 pede ajuda, afetividade e agradece. O adolescente aceita bem o toque.</p>	<p>o faz esporadicamente. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos lentos e inibidos. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. L12 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, sendo que expressa a sua representação apenas através de desenhos muito simples e pouco elaborados, sendo capaz de a partilhar verbalmente com o grupo, no entanto, com pouca capacidade de reflexão. A L12 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor, transmitindo e, por vezes, pedindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a L12 pede ajuda, afetividade e agradece. O adolescente aceita bem o toque.</p>	<p>apenas pontualmente. É também, importante referir que se considera que a postura de L12 perante os colegas, é agora de seguidor, no sentido que, L12 continua a evitar confronto, mas é agora capaz de expressar a sua opinião, não sentindo tanta necessidade de imitar o outro e de pedir ajuda aos colegas quando sente necessário. Deixa-se assim, de se considerar a sua postura como submissa.</p>
<p>D15 (15 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Agitação motora; Heteroagressividade; Comportamento desafiante, oposição; Imaturidade psicoafectiva; Dificuldades na resolução de conflitos; Comportamentos de onnipotência e idealização.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 23 sessões, de 30 sessões totais. Data de entrada: 16/11/2021. Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), inibido, comportamentos de oposição, afasta-se dos outros; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), nunca toma iniciativa, evita confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), participação esporádica, movimenta-se pouco; Relaxação: Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados, nervosos e de pequena amplitude; Controlo do movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), parece estar preso a pensamentos, não consegue persistir numa situação de movimento até ao fim; Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão corporal seja em situações de sucesso ou de insucesso; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), responde de forma simples e pouco audível; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), comportamentos de oposição, desafia o observador. O D15 é um adolescente pouco participativo, sendo que procura não ser notado, exprime-se predominantemente pela palavra, sendo que o faz esporadicamente e de forma simples e pouco audível, movimenta-se pouco de forma desajeitada. O</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), inibido, comportamentos de oposição, afasta-se dos outros; Autoconfiança: Pontuação 0 (autoconfiança); Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso), movimentos desajeitados, nervosos e de pequena amplitude; Controlo do movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), parece estar preso a pensamentos, não consegue persistir numa situação de movimento até ao fim; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), movimentos excessivos para exprimir algo; Comunicação Verbal: Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), fala excessivamente rápido; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada). O D15 é um adolescente participativo, exprime-se predominantemente pela palavra, sendo que o faz esporadicamente, movimenta-se adequadamente. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas. O D15 permanece nas atividades até ao fim, sendo capaz de</p>	<p>D15 nota-se ligeiramente menos inibido após intervenção. Observam-se também, alterações na autoconfiança, considerando-se esta adequada. No entanto, é importante referir que, por vezes, D15 pensa que consegue lidar com tudo mal falha frequentemente. Relativamente à atividade, considera-se esta adequada após intervenção, contudo, o adolescente está mais ativo quando a atividade é do seu interesse e mais passivo quando não o é. Na relaxação observam-se melhorias significativas, pois apesar de apresentar as mesmas características estas revelam-se com menos intensidade. Relativamente à expressividade do movimento, D15 deixa de demonstrar-se pouco expressivo e passa a ser ligeiramente exagerado nos seus movimentos, recorrendo muito à gesticulação. Relativamente à comunicação verbal, notam-se alterações evidentes, sendo que atualmente o seu discurso é adequado e audível, recorrendo muito ao mesmo de forma excessivamente rápida. Observa-se também, melhorias na regulação social, pois apesar de ainda procurar por vezes desafiar o terapeuta, não interfere com a sessão e as suas regras. É também, importante referir que, D15 é agora um adolescente participativo nas sessões, ao contrário do momento inicial. Por fim, na partilha das</p>

	<p>adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas. O D15 tem dificuldades em permanecer numa atividade até ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, procurando evitá-la e, quando necessário, realizando desenhos simples e descontextualizados, sendo capaz de, quando solicitado, a partilhar verbalmente com o grupo de forma simples. O D15 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, o D15 pede ajuda e agradece, no entanto, também adota uma postura de desafio e oposição. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, procurando evitá-la e, quando necessário, realizando desenhos simples e descontextualizados, sendo capaz de a partilhar verbalmente com o grupo de forma simples e espontânea. O D15 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, o D15 pede ajuda e agradece, no entanto, também adota uma postura de desafio. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>simbolizações, nota-se que o faz agora espontaneamente, não sendo preciso solicitá-lo.</p>
<p>G17 (17 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Agressivo na relação; Queixas de irritabilidade; Sintomatologia depressiva; Comportamento impulsivo e agressivo; Dificuldade na mentalização; Não reconhece os episódios de agressividade; Absentismo escolar.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 29 sessões, de 29 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 23/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), afasta-se dos outros, contacto inibido, inacessível; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), falta de iniciativa, hesitante, evita confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimenta-se pouco em situações de movimento, movimentos pouco dinâmicos, vagarosos; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequenas amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -2 (Apático), expressões faciais permanecem iguais, expressão corporal permanece igual quer o paciente falhe ou tenha sucesso; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), pouco audível, responde de forma simples; Regulação Social: Pontuação 0 (Relação social apropriada).</p> <p>O G17 é um adolescente ansioso, pouco participativo, sendo que procura não ser notado, exprime-se predominantemente pela palavra, sendo que o faz esporadicamente e de forma simples e pouco audível, movimenta-se pouco de forma inibida e contida. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas. O G17 é capaz de permanecer numa atividade até ao fim, sendo capaz</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), hesitante,; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimenta-se pouco em situações de movimento, movimentos pouco dinâmicos, vagarosos; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequenas amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (ligeiramente apático), pouca expressividade corporal e facial; Comunicação Verbal: Pontuação 0 (comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Relação social apropriada).</p> <p>O G17 é um adolescente ansioso, participativo, exprime-se predominantemente pela palavra, movimenta-se pouco de forma inibida. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas. O G17 é capaz de permanecer numa atividade até ao fim, sendo capaz de se acalmar autonomamente no final da sessão. A nível da simbolização, G17 é capaz de a concretizar apesar de o fazer de forma simples, sendo também, capaz de a partilhar verbalmente e refletir sobre ela. O G17 é</p>	<p>G17 demonstra melhorias nas relações emocionais pois apesar de manter um contacto inibido, este adolescente já não se apresenta como inacessível e não se afasta dos outros. Notam-se também, melhorias na autoconfiança, já sendo este capaz de expressar a sua opinião, mesmo sendo contrária à do grupo, tal como é capaz de tomar iniciativa, contudo, é ainda um rapaz hesitante. Na expressividade do movimento, notam-se também melhorias, sendo que G17 já demonstra alguma expressividade, sendo possível compreender as suas emoções, contudo, fá-lo de forma subtil, sendo ainda pouco expressivo. G17 foi capaz de adequar a sua comunicação verbal, sendo considerado inicialmente, pouco comunicativo, pois o seu discurso era simples, esporádico e pouco audível e atualmente é desenvolvido, frequente e audível.</p> <p>É também importante referir que G17 se considera um adolescente participativo nas sessões, ao contrário da fase inicial. Por fim, relativamente à sua relação com os restantes elementos do grupo, G17, inicialmente com uma postura de seguidor, pouco acessível e contido, adota agora uma postura de iniciador, procurando cooperação do grupo.</p>

	<p>de se acalmar autonomamente no final da sessão. A nível da simbolização, G17 é capaz de concretizar apesar de o fazer de forma simples, sendo também, capaz de partilhar verbalmente e refletir sobre ela. O G17 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor, permite cooperação perante os pares, apesar de ter uma postura pouco acessível e contida, já com os adultos, o G17 pede ajuda e agradece, parecendo também, procurar proteção. O adolescente procura o toque.</p>	<p>capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de iniciador, procura cooperação perante os pares, já com os adultos, o G17 pede ajuda e agradece, parecendo também, procurar proteção. O adolescente procura o toque.</p>	
<p>C16 (16 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Ansiedade; Ataques de pânico; Preocupação com a alimentação e corpo; Dificuldades no sono; Tremores, náuseas, ansiedade, hiperventilação e palpitações, na escola; Absentismo escolar.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 18 sessões, de 28 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 30/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido, ligeiro afastamento do grupo; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), pouca iniciativa, hesitante, evita o confronto; Atividade: Pontuação -2 (Passivo), movimentos pouco dinâmicos e vagarosos, movimentam-se pouco em situações de movimento; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvida adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -2 (Apático), expressões faciais permanecem iguais, expressão corporal permanece igual quer o paciente falhe ou tenha sucesso; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), inaudível, responde de forma simples; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A C16 é uma adolescente inibida, ansiosa e pouco participativa, exprime-se predominantemente pela palavra sendo que o faz esporadicamente e de forma simples e inaudível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos lentos e inibidos. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. C16 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, sendo que expressa a sua representação apenas através de desenhos muito simples e pouco elaborados, tem dificuldades em partilhar verbalmente com o grupo e refletir sobre o mesmo, apenas o fazendo por vezes. A C16 é capaz de partilhar objetos</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança), hesitante,; Atividade: Pontuação -2 (Passivo), movimentos pouco dinâmicos e vagarosos, movimentam-se pouco em situações de movimento; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvida adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (ligeiramente apático), pouca expressão facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), pouco audível, responde de forma simples; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A C16 é uma adolescente inibida, ansiosa e pouco participativa, exprime-se predominantemente pela palavra sendo que o faz de forma simples e pouco audível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos lentos e inibidos. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. C16 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, sendo que expressa a sua representação tanto através de desenhos muito simples e pouco elaborados, como por textos mais elaborados. É capaz de partilhar verbalmente com o grupo e refletir sobre o mesmo. A C16 partilha objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais seguidora, transmitindo e pedindo</p>	<p>C16 mantém um contacto inibido apesar de já não se sentir um afastamento do grupo. A nível da autoconfiança notam-se melhorias, pois apesar de já ser capaz de expressar a sua opinião, mesmo que esta seja contrária à do grupo, ainda se demonstra muito hesitante. Observam-se melhorias na expressividade do movimento, sendo que apesar de existir pouca expressão, as expressões faciais estão agora presentes, tal como existem reações ao sucesso e insucesso. Na comunicação verbal apenas se verifica um aumento do volume do discurso, deixando este de ser inaudível e passando a ser pouco audível. O seu discurso continua a ser simples.</p> <p>É também importante referir que nas representações, notam-se melhorias, já as realizando de forma mais elaborada e recorrendo também, por vezes, à escrita. As partilhas que realiza são agora mais espontâneas e elaboradas. Nota-se também, que sendo capaz de partilhar a sua opinião e tomar iniciativa, a sua postura deixa de ser submissa e passa a ser de seguidora. Desta forma, é também capaz de pedir cooperação do grupo quando sente necessário. Por fim, C16 tem agora uma maior capacidade para aceitar o toque do outro, já não recusando e afastando-se fisicamente. Contudo, nota-se algum desconforto nestas situações.</p>

	com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a C16 pede ajuda, afetividade e agradece, parecendo procurar proteção com o olhar. A adolescente demonstra dificuldades no contacto próximo do outro, procurando evitá-lo.	cooperação perante os pares, já com os adultos, a C16 pede ajuda, afetividade e agradece, parecendo procurar proteção com o olhar. A adolescente é agora capaz de aceitar o toque, apesar de se notarem dificuldades.	
<p>M17 (17 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Quadro depressivo; Ansiedade; Alucinações auditivas; Insónias; Labilidade de humor; Pensamento obsessivo; Dificuldades de socialização com os pares.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 14 sessões, de 18 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 22/2/2022.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), falta de iniciativa, movimentos hesitantes, pede sempre permissão, evita confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos e sem vida; Relaxação: Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados e nervosos, postura ligeiramente espástica; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimentos controlados e cautelosos, demora a iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), fala apenas quando solicitado de forma pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A M17 é uma adolescente inibida, ansiosa e pouco participativa, exprime-se predominantemente pela palavra sendo que o faz apenas quando solicitado e de forma lenta, simples e pouco audível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos desajeitados, lentos e inibidos, mas controlados. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. M17 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente não aparenta ter dificuldades na simbolização, sendo capaz de o fazer, contudo, devido à sua grande inibição, evita simbolizar e partilhar. A M17 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a M17 pede ajuda, afetividade e agradece, parecendo procurar proteção com o olhar. A adolescente demonstra dificuldades no</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança), movimentos hesitantes; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos e sem vida; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso), movimentos desajeitados e nervosos; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimentos controlados e cautelosos, demora a iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (ligeiramente não envolvido) não segue a situação de movimento por parecer estar constantemente preso a pensamentos; Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), fala de forma pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A M17 é uma adolescente inibida, ansiosa e pouco participativa, exprime-se predominantemente pela palavra sendo que o faz de forma pouco audível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos desajeitados, lentos e inibidos, mas controlados. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. M17 tem dificuldades em permanecer nas atividades do início ao fim, ficando presa a pensamentos, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente não aparenta ter dificuldades na simbolização, sendo capaz de o fazer e de a partilhar verbalmente com o grupo. A M17 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidora, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a M17 pede ajuda, afetividade e agradece, parecendo procurar proteção</p>	<p>M17 demonstra uma ligeira desinibição, contudo, o seu contacto continua a ser inibido. Observam-se melhorias na autoconfiança de M17, sendo que apesar de manter uma postura hesitante, já é capaz de tomar iniciativa, confrontar-se com as opiniões dos outros e já não pede permissão constante. Notam-se melhorias na relaxação, sendo que a sua postura já não se considera espástica, apesar de persistirem movimentos desajeitados e nervosos. Na atenção focalizada, anteriormente considerada adequada, nota-se agora que M17 não consegue persistir nas situações propostas por estar constantemente presa a pensamentos. Relativamente à comunicação verbal, nota-se que M17 já fala espontaneamente, no entanto, o seu discurso mantém-se pouco audível. Torna-se também, importante referir que M17 já é capaz de partilhar espontaneamente as suas simbolizações. A sua postura perante os pares já não é submissa, sendo capaz de se afirmar dentro do grupo, passando então a ter uma postura de seguidor. Por fim, nota-se que apesar de já não evitar o toque, este é-lhe indiferente.</p>

<p>A17 (17 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Ansiedade, dificuldade na socialização com os pares, insónias, diminuição do rendimento e motivação escolar, ideação suicida, desinvestimento escolar, olhar triste, hipervigilância, sentimentos de menos valia.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 14 sessões, de 17 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 8/3/2022.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>contacto próximo do outro, procurando evitá-lo.</p> <p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -2 (Sub-relacionado), contacto apático, inibido, recusado, inacessível, afasta-se dos outros; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), não toma iniciativa, pede sempre permissão, evita o confronto; Atividade: Pontuação -2 (Passivo), participação esporádica, movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos e sem vida, precisa de encorajamento constante; Relaxação: Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados, nervosos e de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimentos cautelosos, demora a iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -2 (Apático), expressões faciais e corporais monótonas, sem reação perante a vitória e/ou derrota; Comunicação Verbal: Pontuação -2 (Não comunicativo), discurso inaudível, fala apenas quando solicitado, evita a expressão verbal; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A A17 é uma adolescente muito inibida, ansiosa e pouco participativa, exprime-se raramente, sendo que o faz pela palavra, apenas quando solicitado, e de forma lenta, simples e quase inaudível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos muito lentos e inibidos, mas controlados. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. A17 permanece nas atividades do início ao fim, fazendo-o de forma passiva, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente apresenta dificuldades na simbolização e na partilha da mesma, sendo que recusa esta tarefa. A A17 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais submissa, permite cooperação perante os pares, apesar de a evitar, já com os adultos,</p>	<p>com o olhar. A adolescente demonstra-se indiferente ao toque.</p> <p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto apático, inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), hesitante; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos e sem vida; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados, nervosos e de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados), movimentos cautelosos, demora a iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -2 (Apático), expressões faciais e corporais monótonas; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), discurso pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A A17 é uma adolescente muito inibida, ansiosa e participativa, exprime-se através da palavra, de forma simples e pouco audível. Movimenta-se pouco, sendo os seus movimentos muito lentos e inibidos, mas controlados. A adolescente, ao chegar à sessão precisa de um tempo de adaptação à mesma. A17 permanece nas atividades do início ao fim, fazendo-o de forma passiva, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente apresenta dificuldades na simbolização, contudo, é capaz de partilhar verbalmente a mesma com o grupo. A A17 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura seguidora, transmite cooperação perante os pares, já com os adultos, a A17 agradece e pede ajuda. A adolescente demonstra dificuldades no contacto próximo com o outro.</p>	<p>A A17 demonstra mais facilidade a nível das relações emocionais, sendo que já não se considera com um contacto recusado e inacessível, não se afastando dos outros, contudo, permanece ligeiramente apático e inibido. A adolescente é capaz de atualmente tomar a iniciativa, e de se confrontar com os outros, deixando também de pedir sempre permissão, no entanto, continua a verificar-se um comportamento hesitante. A nível da atividade, a A17 já participa nas sessões, não necessitando para tal um encorajamento constante, apesar disso, mantém os seus movimentos pouco dinâmicos. No que se refere à relaxação, a A17 mantém as mesmas características, contudo, estas apresentam-se com menor intensidade. Relativamente à sua expressividade do movimento, a A17 já é capaz de reagir perante situações de sucesso e insucesso, no entanto, esta reação é subtil, considerando-se que as suas expressões se mantêm monótonas. Desta forma, considera-se que a pontuação não deve ser alterada. A nível da comunicação verbal, a adolescente já é capaz de falar espontaneamente, não evitando esta forma de expressão, contudo, o discurso mantém-se pouco audível.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que apesar das dificuldades ao nível da simbolização se manterem, a A17 já é capaz de partilhar espontaneamente e refletir sobre a mesma. A nível da relação com os pares, e sendo a adolescente agora capaz de se afirmar no grupo, já apresenta uma postura seguidora, que transmite cooperação. Na relação com os adultos, já não se considera que A17 seja indiferente, sendo capaz de pedir ajuda. Por fim, apesar ainda se encontrar desconfortável no contacto próximo com o outro, já não o evita.</p>
--	---	---	---

	<p>a A17 parece um pouco indiferente, apesar de agradecer. A adolescente demonstra dificuldades no contacto próximo do outro, procurando evitá-lo.</p>		
<p>J16 (16 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Funcionamento borderline, ansiedade marcada, dificuldade em ir à escola apesar de não estar em absentismo escolar.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 13 sessões, de 13 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 5/4/2022.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos de pequena amplitude e nervosos; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A J16 é uma adolescente ansiosa, tímida e participativa, exprime-se predominantemente pela palavra, com vocabulário adaptado, sendo que o faz de forma simples, movimenta-se pouco de forma moderada e adaptada, apresentando pontualmente, movimentos hesitantes. A adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas. A J16 tem é capaz de permanecer numa atividade até ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente é capaz de simbolizar e de partilhar verbalmente com o grupo de forma simples. A J16 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de iniciador, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a J16 procura ajuda e afetividade e agradece. A adolescente aceita o toque.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos de pequena amplitude e nervosos; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A J16 é uma adolescente ansiosa e participativa, exprime-se predominantemente pela palavra, com vocabulário adaptado. Movimenta-se de forma moderada e adaptada, apresentando pontualmente, movimentos hesitantes. A adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas. A J16 tem é capaz de permanecer numa atividade até ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente é capaz de simbolizar e de partilhar verbalmente com o grupo e de refletir sobre a mesma. A J16 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de iniciador, transmitindo e pedindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a J16 procura ajuda e afetividade e agradece. A adolescente aceita o toque.</p>	<p>A J16 mostra-se após a intervenção mais desinibida, confortável consigo mesma, apresentando ainda menos movimentos ansiosos. Estas melhorias permitem também, que seja atualmente capaz de espontaneamente partilhar os seus pensamentos e simbolizações, refletindo com autocrítica sobre os mesmos. Na relação com os outros, mostra-se menos ansiosa, sendo capaz de pedir agora cooperação. A J16 após a intervenção, refere sentir melhorias na sua capacidade de comunicar e trabalhar com os outros.</p>

O grupo terapêutico integrado no projeto do Hospital de Dia, denominado de “Grupo II” é constituído por sete elementos, seis do sexo masculino e um do sexo feminino, cujos códigos são os seguintes: B13, G11, S13, J13, C13, M11 e T12. Quatro elementos deste grupo têm treze anos de idade, dois elementos têm onze anos de idade, e um elemento tem doze anos de idade. B13, S13, J13, M11 e T12 são encaminhados para este grupo apresentando um perfil de agitação psicomotora, alterações do comportamento (Comportamentos de oposição e desafio com autoridades, comportamentos agressivos) e intolerância à frustração. Enquanto, C13 apresenta um perfil de ansiedade, desregulação emocional e retraimento social, e G11 um perfil de heteroagressividade e intolerância à frustração. O presente grupo integrou ainda duas adolescentes do sexo feminino, ambas com 12 anos, sendo que uma delas apenas esteve presente numa sessão e a outra adolescente em duas sessões, acabando por desistir após a presença nestas, como tal, e tendo em conta que as suas escassas presenças não as permitiram integrar no grupo, e conseqüentemente, estabelecer uma relação terapêutica, estas não se encontram incluídas na presente tabela. Apesar de M11 estar também presente em poucas sessões, e como tal, não se justificar a sua inclusão na presente tabela, considerou-se que tal deveria ocorrer, uma vez que a integração deste adolescente teve um grande impacto no grupo, alterando por completo a dinâmica do mesmo.

Identificação	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p>B13 (13 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Comportamentos de oposição; Baixa tolerância à frustração; Problemáticas do comportamento e da vinculação; Comportamentos de heteroagressividade.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 21 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), preocupa-se demasiado com os outros; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), procura uma atenção indevida; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação; Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos precipitados e de forma desleixada; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação +1 (Ligeiramente obsessivo com regras sociais), verifica cuidadosamente o cumprimento das regras por parte de todos os elementos do grupo.</p> <p>O B13 é um adolescente muito participativo, exprime-se predominantemente pela palavra com vocabulário adaptado, sendo considerado comunicativo, movimenta-se constantemente sendo os seus</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (Autoconfiança); Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimento intenso para a situação; Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), o adolescente movimenta-se muito; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos por vezes desconcentrados, distrai-se facilmente com situações externas à situação de movimento, por vezes fala com os colegas durante a atividade ou explicação da mesma; Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O B13 é um adolescente muito participativo, exprime-se predominantemente pela palavra com vocabulário adaptado, sendo considerado comunicativo, movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos e vinculados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a</p>	<p>O B13 encontra-se atualmente apropriado no que se refere às Relações emocionais, uma vez que no início da intervenção a sua preocupação com os outros considerava-se por vezes excessiva, e atualmente o adolescente é capaz de se preocupar com os outros, mas de forma adequada e adaptada à situação. A nível da Autoconfiança, o adolescente é atualmente capaz de tomar iniciativa e ainda, de perceber quando falha e que não é capaz de lidar com tudo, ao contrário do que se observava no início da intervenção, onde procurava uma atenção indevida. A Atividade do B13, apesar de se manter menos intensa, considera-se que tal mudança não seja significativa para alterar a pontuação inicial. A nível da relaxação, apesar de se observar no decorrer da intervenção uma postura mais rígida, considera-se que no fim da mesma o B13 foi capaz de ajustar o seu tónus, mantendo-se passivo, autónomo e participativo no momento da relaxação. No que se refere ao Controlo do Movimento, apesar da pontuação se manter igual, pois movimenta-se constantemente, contudo, considera-se que os</p>

	<p>movimentos geralmente rápidos e impulsivos. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, mantendo-se sempre alegre e empenhado nas mesmas. O B13 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, sendo que expressa a sua representação apenas através do desenho, não sendo capaz de a partilhar verbalmente com o grupo nem refletir sobre ela. O B13 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, o B13 pede afetividade e agradece. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>atividade ser explicada pelas terapeutas, mantendo-se sempre alegre e empenhado nas mesmas. O B13 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente é ainda capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, e de a partilhar verbalmente com o grupo e refletir sobre ela. O B13 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de mudanças, sendo por vezes seguidor e outras vezes dominante, apesar disso, transmite sempre cooperação perante os pares, já com os adultos, o B13 tanto pede afetividade e agradece, como se apresenta em oposição. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>movimentos do B13 já não se encontram precipitados e impulsivos. O adolescente encontra-se atualmente mais desconcentrado, sendo que se observa muitas vezes a falar com os colegas, apresentando assim ligeiras dificuldades sobre a Atenção Focalizada, contudo, ele é capaz de perceber que tal comportamento é incorreto, acabando por se adaptar. No que se refere à Regulação Social, e apesar do B13 apresentar atualmente uma pontuação de zero, sendo a mesma classificada como apropriada, é importante referir que no decorrer da intervenção o adolescente modificou muito a sua postura inicial que se pautava por cumprir meticulosamente as regras, para um adolescente com uma postura mais desafiadora e com algum desrespeito pelas regras da sessão, contudo, atualmente nenhuma destas posturas se verifica, considerando-se uma regulação social apropriada. Torna-se ainda importante referir que o B13 já é capaz de se expressar tanto através do desenho, como da escrita e da verbalização, apesar de apresentar preferência e recorrer com maior frequência ao desenho, sendo assim possível referir que ocorreram evoluções sobre a simbolização. A sua postura e relação com os pares e com os adultos/terapeutas também de alterou, pois inicialmente observava-se uma postura submissa com os pares, sendo agora capaz de adotar uma postura de seguidor ou dominante, dependendo dos elementos do grupo que estejam presentes. Já no que se refere à relação com adultos/terapeutas, o B13 apesar de continuar a pedir afetividade e de agradecer, por vezes verificam-se comportamentos de oposição perante estes.</p>
<p>G11 (11 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Dificuldades de regulação; Intolerância à frustração; Heteroagressividade.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 23 sessões, de 30 sessões totais.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), comportamento hesitante, falta de iniciativa; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos e vagarosos, move-se pouco em situações de movimento, por vezes é necessário encorajamento; Relaxação: Pontuação -1 (Ligeiramente sobre-relaxado), tensão muscular diminuída, arrasta ligeiramente os pés; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (Movimentos controlados),</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), comportamento hesitante; Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação 0 (Relaxado); Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão corporal em momentos de falha ou sucesso; Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social:</p>	<p>O G11 encontra-se atualmente apropriado a nível das Relações emocionais, uma vez que apesar da sua personalidade permanecer mais inibida, já não reflete sobre a socialização com os pares, sendo que atualmente os procura, reage e demonstra interesse. No que se refere à Autoconfiança, e apesar de o adolescente já ser capaz de tomar a iniciativa de forma espontânea, não se considera que tal mudança seja significativa para alterar a pontuação inicial. Relativamente à Atividade, considera-se que o G11 se encontra atualmente ativo, não se verificando</p>

<p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>movimentos cautelosos e controlados; <u>Atenção Focalizada:</u> Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); <u>Expressividade do Movimento:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente apático), expressões faciais permanecem iguais, pouca expressão corporal em momentos de falha ou sucesso; <u>Comunicação Verbal:</u> Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), discurso pouco audível, responde de forma simples; <u>Regulação Social:</u> Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O G11 é um adolescente inibido, pouco expressivo e pouco comunicativo, sendo que se exprime mais através do gesto, mantendo-se frequentemente em silêncio. O G11 permanece imóvel, sendo que quando se movimenta os seus movimentos são geralmente lentos, inibidos e controlados. O adolescente necessita de alguns instantes de adaptação para iniciar uma atividade, contudo, quando a inicia participa nesta até ao fim, sendo capaz de se acalmar rapidamente no final da sessão. A nível da simbolização, o G11 expressa-se apenas através do desenho, utilizando a verbalização para a partilhar com o grupo de forma simples e apenas quando solicitado. O G11 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura mais submissa e transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, o G11 apenas agradece. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O G11 é um adolescente participativo e envolvido na sessão, que apesar de se expressar com alguma hesitação, exprime-se através da palavra com vocabulário adaptado, sendo assim considerado comunicativo. O G11 movimenta-se sempre que as situações assim o exigem, sendo os seus movimentos adaptados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, mantendo-se sempre alegre e empenhado nas mesmas até ao fim, sendo capaz de se acalmar rapidamente no final da sessão. O adolescente é ainda capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, contudo, é capaz de utilizar ainda a escrita, e de partilhar verbalmente com o grupo e refletir sobre a sua representação. O G11 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, o G11 apenas agradece. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>movimentos vagarosos ou necessidade de constante encorajamento, contudo, talvez devido ainda à sua falta de confiança, os movimentos permanecem hesitantes. A nível da Relaxação, o adolescente é atualmente capaz de ajustar o seu tónus, mantendo-se passivo, autónomo e participativo no momento da relaxação, ao contrário do que se observava inicialmente, onde apresentava uma tensão muscular diminuída. No que respeita ao Controlo dos Movimentos, já não se observa que os movimentos de G11 sejam demasiado cautelosos, medidos e controlados, mas sim adaptados à situação.</p> <p>A nível da Atenção Focalizada, e apesar desta permanecer com igual pontuação, é importante referir que atualmente o G11 por vezes fala no decorrer das atividades ou explicação das mesmas, contudo, não se considera que tal comportamento seja significativo para alterar a pontuação estabelecida inicialmente. Relativamente à Expressividade do Movimento, e apesar da pontuação final se manter igual à inicial, considera-se que ocorreram evoluções sobre este domínio, uma vez que o adolescente já se expressa mais, sobretudo em momentos de vitória e derrota, contudo, a pontuação não se alterou por a sua expressão ainda se manter muito contida. A nível da Comunicação Verbal, e apesar de o G11 ainda comunicar esporadicamente, talvez devido à sua baixa autoconfiança, ele já é capaz de o fazer em maior escala em comparação com o início da intervenção, de dar a sua opinião quando considera que algo não está correto, sendo o seu discurso audível e adaptado.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que G11 é atualmente capaz de se expressar verbalmente no momento da simbolização, fazendo-o de forma espontânea e desenvolvida, uma vez que no início da intervenção apenas o faria com encorajamento das terapeutas. O adolescente atualmente adota uma postura de seguidor perante os pares, e não uma postura submissa como inicialmente se observava, sendo considerada uma evolução na sua relação com os pares.</p>
--	--	--	--

<p>S13 (13 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações do comportamento; Irrequietude; Impulsividade; Comportamentos de oposição e desafio; Intolerância à frustração.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 24 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto ligeiramente apático, afasta-se ligeiramente do grupo; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), despreza um pouco as performances dos outros, considera-se capaz de lidar com todas as situações; Atividade: Pontuação +3 (Excessivamente hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação, apresenta dificuldade em permanecer sentado, encontra-se ocupado antes da situação ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), move-se de forma “estranha”; Controlo do Movimento: Pontuação -3 (Movimentos excessivamente descontrolados), movimentos precipitados, realizados de forma desleixada e violenta, agitação motora; Atenção Focalizada: Pontuação -2 (Não envolvido), distrai-se facilmente, fala constantemente durante a atividade ou a explicação da mesma; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente muito expressivo), expressão corporal exagerada; Comunicação Verbal: Pontuação +3 (Excessivamente muito comunicativo), fala constantemente, excessivamente rápido e alto, não consegue manter o silêncio, interrompe os outros; Regulação Social: Pontuação -2 (Falta de regras), desafia as decisões do observador, não cumpre as regras, movimentos impulsivos.</p> <p>O S13 é um adolescente participativo, toma diversas vezes a iniciativa, exprime-se constantemente e muito alto, predominantemente pela palavra, sendo considerado excessivamente muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos, impulsivos, vinculados e arriscados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, ou até mesmo antes desta ser explicada, permanecendo nas atividades do início ao fim, embora com diversas distrações e interrupções, não sendo capaz de se acalmar no final da sessão. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, contudo, não partilha verbalmente com o grupo a mesma por oposição. O S13 partilha os objetos com os seus pares, adotando uma</p>	<p>LOFOPT- Relações emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), interfere com tudo e com toda a gente; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), despreza um pouco as performances dos outros, considera-se capaz de lidar com todas as situações; Atividade: Pontuação +3 (Excessivamente hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação, apresenta dificuldade em permanecer sentado, encontra-se ocupado antes da situação ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), incapacidade de aceder ao estado de passividade; Controlo do Movimento: Pontuação -3 (Movimentos excessivamente descontrolados), movimentos precipitados, realizados de forma desleixada e violenta, agitação motora; Atenção Focalizada: Pontuação -2 (Não envolvido), distrai-se facilmente, fala constantemente durante a atividade ou a explicação da mesma, por vezes não consegue persistir na situação de movimento até ao fim; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente muito expressivo), expressão corporal exagerada; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala excessivamente rápido e alto, interrompe os outros; Regulação Social: Pontuação -2 (Falta de regras), desafia as decisões do observador, não cumpre as regras, movimentos impulsivos.</p> <p>O S13 é um adolescente participativo, toma diversas vezes a iniciativa, exprime-se muito alto, predominantemente pela palavra, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos e impulsivos. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, ou até mesmo antes desta ser explicada, sendo que por vezes não permanece nestas até ao fim, não sendo também capaz de se acalmar no final da sessão. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, mas também recorre à escrita, sendo capaz de partilhar verbalmente com o grupo a mesma. O S13 partilha os objetos com os seus pares, sendo que por vezes os atira, adotando uma postura dominante e ultrapassando os limites dos outros (pares e</p>	<p>A nível das Relações emocionais, o S13 já não se observa apático com os pares, pelo contrário, o S13 apresenta um comportamento intrusivo. No que se refere à Atividade, e apesar da pontuação final se manter igual à pontuação inicial, é importante referir que se observaram mudanças, pois o adolescente já se mantém imóvel por período mais longos sentado, contudo, estas mudanças não se consideraram significativas para alterar a pontuação. Relativamente à relaxação, e mais uma vez apesar da pontuação se manter igual à pontuação inicial, atualmente não se considera que o S13 se movimenta de forma “estranha”, apesar disso, também ainda não é capaz de permanecer passivo. A nível do Controlo do Movimento, o S13 mantém as mesmas características, sendo que atualmente se coloca a possibilidade do desenvolvimento de tiques motores. No que se refere à Atenção Focalizada, e apesar da pontuação se manter igual à pontuação inicial, o adolescente não é atualmente capaz de persistir numa atividade até ao fim, isto por se manter muito distraído com situações externas à atividade e por vezes até por oposição à mesma. Relativamente à Comunicação Verbal, considera-se que ocorreram evoluções significativas, uma vez que o S13 apesar de continuar com um discurso constante e rápido, ele já é capaz de se manter por vezes em silêncio e perceber que não é correto interromper o outro, apesar de o continuar a fazer por impulsividade.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que o S13 apresenta uma evolução sobre a simbolização, uma vez que atualmente já é capaz de recorrer à escrita para as suas representações, e ainda de as partilhar verbalmente com o grupo, sendo que quando não o faz considera-se que seja por oposição e desafio às terapeutas, e não por uma dificuldade. A nível da relação com os pares, o S13 atualmente atira os objetos e apresenta uma postura dominante com estes, contudo, transmite-lhes e pede cooperação, sendo que no início da intervenção se observava uma maior partilha e uma postura mais de iniciador.</p>
--	--	--	--

	<p>postura de iniciador, ultrapassando os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o S13 adota uma postura de oposição, desafio e provocação. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>adultos/terapeutas), apesar disso, é capaz de transmitir e pedir cooperação. Já com os adultos, o S13 adota uma postura de oposição, desafio e provocação. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	
<p>J13 (13 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Agressividade verbal e física com pares; Comportamentos de oposição e desafio com autoridades; Agitação psicomotora; Instabilidade relacional com os pais.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 16 sessões, de 25 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021</p> <p>Data de saída: 24/5/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), “cola-se” aos pares, interfere com tudo e com todos; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), considera-se capaz de lidar com todas as situações; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação, dificuldades em permanecer imóvel; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), incapacidade de aceder ao estado de passividade; Controlo do Movimento: Pontuação -2 (Movimentos descontrolados), movimentos precipitados, e de forma desleixada; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, desinteressantes e não persistentes; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente muito expressivo), expressão corporal exagerada; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala constantemente, rápido e alto; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), desafia decisões do observador.</p> <p>O J13 é um adolescente pouco participativo, pouco envolvido e interessado nas sessões, sendo que se exprime muito e muito alto, predominantemente pela palavra, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos bastante rápidos, impulsivos e vinculados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, ou até mesmo antes desta ser explicada, interrompendo diversas vezes as atividades e não persistindo nestes na maioria das vezes até ao fim. O adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, uma vez que apenas recorre à escrita, e não partilha verbalmente a sua representação com o grupo. O J13 partilha pouco os objetos com os seus pares, acabando por vezes os atirar, adotando uma postura de provocação e por vezes agressiva com estes, e ultrapassando os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o J13 adota uma</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), “cola-se” aos pares, interfere com tudo e com todos; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), considera-se capaz de lidar com todas as situações; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação, dificuldades em permanecer imóvel; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), incapacidade de aceder ao estado de passividade; Controlo do Movimento: Pontuação -2 (Movimentos descontrolados), movimentos precipitados, e de forma desleixada; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, desinteressantes e não persistentes; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente muito expressivo), expressão corporal exagerada; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala constantemente, rápido e alto; Regulação Social: Pontuação -3 (Excessivamente com falta de regras), atinge e empurra os outros, utiliza linguagem profana ou rude, não respeita acordos, não cumpre as regras, desafia decisões do observador.</p> <p>O J13 é um adolescente pouco participativo, pouco envolvido e interessado nas sessões, sendo que se exprime muito e muito alto, predominantemente pela palavra, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos bastante rápidos, impulsivos e vinculados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, ou até mesmo antes desta ser explicada, interrompendo diversas vezes as atividades e não persistindo nestes na maioria das vezes até ao fim. O adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, uma vez que apenas recorre à escrita, e não partilha verbalmente a sua representação com o grupo. O J13 partilha pouco os objetos com os seus pares, acabando por vezes os atirar, adotando uma postura de provocação e por vezes agressiva com estes,</p>	<p>Não ocorreu progressão terapêutica por faltas consecutivas, e posterior desistência da intervenção em grupo, comprometendo assim a sua assiduidade, o estabelecimento da relação terapêutica e conseqüentemente, a integração no grupo, levando à oposição da intervenção.</p>

	<p>postura de oposição, desafio e provocação. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>e ultrapassando os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o J13 adota uma postura de oposição, desafio e provocação. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	
<p>C13 (13 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Desconforto com o corpo; Crises de desregulação emocional; Crises de ansiedade e de fúria; Crises de agressividade a nível verbal; Sintomas depressivos; Pensamentos de morte; Irritabilidade; Agressividade, Retraimento social.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 11 sessões, de 13 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 22/2/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido, imparcial, por vezes afasta-se do grupo; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), pouca iniciativa, movimentos hesitantes, evita confronto; Atividade: Pontuação -2 (Passivo), movimentos pouco dinâmicos e vagarosos, participação esporádica; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -2 (Não comunicativo), discurso pouco audível, responde de forma simples, comunica apenas quando solicitada; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A C13 é uma adolescente inibida, pouco participativa, exprime-se predominantemente pelos gestos, mantendo-se frequentemente em silêncio. A C13 permanece imóvel, sendo que quando se movimenta os seus movimentos são geralmente lentos, inibidos e controlados. A adolescente necessita de alguns instantes de adaptação para iniciar uma atividade, contudo, quando a inicia participa nesta até ao fim, sendo capaz de se acalmar rapidamente no final da sessão. A nível da simbolização, a C13 expressa-se apenas através do desenho, não sendo capaz de utilizar a verbalização para a partilhar com o grupo a sua representação. A C13 partilha pouco com os seus pares por inibição, contudo, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura completamente submissa e recusando a cooperação perante os pares, pois prefere isolar-se do grupo, já com os adultos, a C13 permanece indiferente. A adolescente reage ao toque com evitamento.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), toma iniciativa, mas evita confronto; Atividade: Pontuação -1 (Ligeiramente passivo), movimentos pouco dinâmicos; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), comunica pouco, mas já o faz de forma mais audível, mais elaborada e quando não é solicitada; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>A C13 é uma adolescente inibida, mas participativa, exprime-se predominantemente pela palavra e espontaneamente, apesar de ser de forma simples. A C13 movimenta-se sempre que as situações assim o exigem, sendo os seus movimentos inibidos. A adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, mantendo-se nas mesmas até ao fim, sendo capaz de se acalmar rapidamente no final da sessão. A adolescente é ainda capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, contudo, é capaz de utilizar ainda a escrita, e de partilhar verbalmente com o grupo e refletir sobre a sua representação sem ser solicitada. A C13 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, a C13 agradece e pede ajuda. A adolescente reage ao toque com evitamento.</p>	<p>A C13 encontra-se com um contacto menos inibido perante os colegas e as terapeutas, sendo capaz de se manter perto do grupo e de cooperar com o mesmo, contudo, apresenta ainda alguma dificuldade na interação com os colegas. A adolescente já é capaz de tomar iniciativa para escrever o planeamento, para iniciar as atividades, para sugerir novas atividades, para partilhar o seu fim de semana com o grupo e terapeutas, e ainda de sugerir ideias de modificar as atividades propostas, sendo os seus movimentos mais independentes, com iniciativa e menos hesitantes. Apesar dos seus movimentos permanecerem pouco dinâmicos, nervosos e de pequena amplitude, a adolescente encontra-se mais ativa na participação das atividades. Os movimentos da adolescente permanecem calmos com controlo do próprio corpo, tal como a sua atenção que permanece ajustada à realização da tarefa, a sua expressividade mantém-se em falta, pois, as suas expressões variam pouco, e ainda, permanece capaz de aceder a acordos, regras de comportamento e de jogo. Apesar da adolescente ainda se encontrar pouco comunicativa, já o faz de forma audível perante as terapeutas, sendo capaz de expressar a sua opinião perante estas, contudo, ainda não o faz de forma espontânea com os colegas.</p> <p>Torna-se ainda importante referir que a C13 no início da intervenção necessitava de tempo para se adaptar às atividades, sendo agora capaz de o fazer de imediato, verificando-se assim evoluções sobre a relação com o tempo da sessão. A C13 é também atualmente capaz de se expressar verbalmente no momento da simbolização, fazendo-o de forma espontânea, uma vez que no início da intervenção não o faria. A adolescente atualmente é capaz de partilhar objetos, sendo que no início da intervenção pouco partilhava, contudo, e apesar de permanecer com uma postura submissa perante os pares, já é capaz de transmitir cooperação, podendo estas alterações estarem associadas à sua inibição inicial, considerando-</p>

			<p>se assim uma evolução na sua relação com os pares, assim como acontece com os adultos/terapeutas, onde já é capaz de agradecer e pedir ajuda.</p>
<p>M11 (11 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Comportamentos agressivos a nível escolar com desafio a figuras de autoridade, dificuldades na concentração.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 6 sessões, de 13 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 14/12/2021.</p> <p>Data de saída: 5/4/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), contacto artificial, intrusivo, interfere com tudo e todos, “cola-se” aos outros; Autoconfiança: Pontuação +2 (Excesso de autoconfiança), movimento autoconfiante e dominante, procura atenção indevida, despreza as <i>performances</i> dos outros, pensa que consegue lidar com tudo mas falha frequentemente; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimenta-se de forma violenta, realiza os movimentos de forma desleixada; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento, distrai os colegas e fala com os mesmos no decorrer da atividade e explicação desta; Expressividade do Movimento: Pontuação +2 (Super expressivo), expressões faciais extremas (ri de forma inapropriada), usa movimentos excessivos para exprimir algo (gesticulação), exagera na expressão corporal, age como “palhaço” do grupo; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala constantemente, não consegue manter o silêncio, interrompe os outros, responde por eles, fala excessivamente rápido e alto; Regulação Social: Pontuação -2 (Falta de regras), viola as regras de boa educação, empurra os outros, linguagem inapropriada, não respeita acordos, não cumpre as regras, desafia as decisões do terapeuta.</p> <p>O M11 é um adolescente muito participativo, exprime-se muito e muito alto, predominantemente pela palavra, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos, impulsivos e vincados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, ou até mesmo antes desta ser explicada, permanecendo nas atividades do início ao fim, embora com diversas distrações e interrupções, não sendo capaz de se acalmar no final da</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), contacto artificial, intrusivo, interfere com tudo e todos, “cola-se” aos outros; Autoconfiança: Pontuação +2 (Excesso de autoconfiança), movimento autoconfiante e dominante, procura atenção indevida, despreza as <i>performances</i> dos outros, pensa que consegue lidar com tudo mas falha frequentemente; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimento demasiado intenso para a situação; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimenta-se de forma violenta, realiza os movimentos de forma desleixada; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), distrai-se facilmente por coisas externas à situação de movimento, distrai os colegas e fala com os mesmos no decorrer da atividade e explicação desta; Expressividade do Movimento: Pontuação +2 (Super expressivo), expressões faciais extremas (ri de forma inapropriada), usa movimentos excessivos para exprimir algo (gesticulação), exagera na expressão corporal, age como “palhaço” do grupo; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala constantemente, não consegue manter o silêncio, interrompe os outros, responde por eles, fala excessivamente rápido e alto; Regulação Social: Pontuação -2 (Falta de regras), viola as regras de boa educação, empurra os outros, linguagem inapropriada, não respeita acordos, não cumpre as regras, desafia as decisões do terapeuta.</p> <p>O M11 é um adolescente muito participativo, exprime-se muito e muito alto, predominantemente pela palavra, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos, impulsivos e vincados. O adolescente é capaz de jogar imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, ou até mesmo antes desta ser explicada, permanecendo nas atividades do início ao fim, embora com diversas distrações e</p>	<p>Não ocorreu progressão terapêutica por faltas consecutivas, comprometendo assim a sua assiduidade, o estabelecimento da relação terapêutica e consequentemente, a integração no grupo, levando à oposição da intervenção.</p>

	<p>sessão. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, e de a partilhar verbalmente com o grupo. O M11 utiliza os objetos com os seus pares de forma monopolizadora, adotando uma postura dominante e de provocação com estes, e ultrapassando os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o M11 adota uma postura de oposição, desafio e provocação, sendo considerado o elemento destabilizador do grupo. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>interrupções, não sendo capaz de se acalmar no final da sessão. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, e de a partilhar verbalmente com o grupo. O M11 utiliza os objetos com os seus pares de forma monopolizadora, adotando uma postura dominante e de provocação com estes, e ultrapassando os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o M11 adota uma postura de oposição, desafio e provocação, sendo considerado o elemento destabilizador do grupo. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	
<p>T12 (12 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Atitudes de impulsividade; Comportamento desafiante e de oposição perante figuras de autoridade; Dificuldades de concentração; Dificuldades em cumprir as regras; Heteroagressividade.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 25 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), interfere com os outros, “cola-se” a alguns elementos do grupo; Autoconfiança: Pontuação +2 (Excesso de autoconfiança), comportamento independente e dominante, despreza as <i>performances</i> dos outros; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), movimentos excessivamente intensos, encontra-se ocupado mesmo antes da situação de movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos desajeitados, postura ligeiramente espástica; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos imprudentes, precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados, dificuldades em persistir numa situação até ao fim; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), exagera na expressão corporal, age como “palhaço” do grupo; Comunicação Verbal: Pontuação +1 (Ligeiramente muito comunicativo), comunica excessivamente, com discurso rápido, interrompe os outros; Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia as decisões de figuras de autoridade, atinge o outros verbal e não verbalmente.</p> <p>O T12 é um adolescente participativo, exprime-se constantemente e predominantemente pela palavra com um discurso muito rápido, sendo considerado muito comunicativo. Movimenta-se constantemente sendo os seus movimentos geralmente rápidos,</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (Apropriada); Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), comportamento independente e dominante; Atividade: Pontuação +2 (Hiperativo), movimentos intensos, encontra-se ocupado mesmo antes da situação de movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), incapacidade de aceder ao estado de passividade; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados; Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação -1 (Ligeiramente com falta de regras), movimentos impulsivos, desafia as decisões de figuras de autoridade.</p> <p>O T12 é um adolescente participativo, exprime-se predominantemente pela palavra, sendo considerado comunicativo. Movimenta-se muito, sendo os seus movimentos geralmente impulsivos. O adolescente joga imediatamente após a atividade ser explicada pelas terapeutas, sendo capaz de permanecer e participar nas atividades até ao fim, apesar de se manter muitas vezes distraído e interromper as mesmas. O adolescente consegue também acalmar-se no final da sessão, embora por vezes com alguma dificuldade. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, mas também à escrita, e partilha verbalmente com o</p>	<p>O T12 encontra-se apropriado a nível das relações emocionais, não se considerando atualmente que interfira com o grupo e que se “cole” aos colegas, como se verificava no início da intervenção. No que respeita à Autoconfiança, verificaram-se algumas evoluções significativas, sendo que o adolescente já não despreza as <i>performances</i> dos pares. Os movimentos do T12 apesar de se manterem intensos, já não se consideram excessivamente intensos como se observavam no início da intervenção, não sendo por isso significativo para alterar a pontuação final.</p> <p>Relativamente à relaxação, e mais uma vez apesar da pontuação se manter igual à pontuação inicial, atualmente não se considera que o T12 se encontre com uma postura espástica, apesar disso, também ainda não é capaz de permanecer passivo. O adolescente mantém os movimentos precipitados, contudo, atualmente já se consegue autorregular de forma que estes não sejam imprudentes, tal como se observava inicialmente. A nível da Atenção Focalizada, o T12 apesar de já conseguir permanecer numa atividade até ao fim, distrai-se facilmente no decorrer da mesma, mantendo-se por ligeiras dificuldades neste domínio. O adolescente atualmente mantém-se adequadamente expressivo, sendo que já não exagera na expressão corporal. A nível da Regulação Social, e apesar de existirem mudanças, uma vez que o adolescente já não atinge os pares verbalmente e fisicamente, não se considera que ocorreram evoluções significativas, mantendo-se o T12 desafiador e impulsivo.</p>

	<p>impulsivos e vincados. O adolescente necessita por vezes de algum tempo de adaptação após a atividade ser explicada pelas terapeutas, pois já se encontra em movimento antes desta ser explicada. O T12 não é capaz de permanecer nas atividades até ao fim, uma vez que se distrai e interrompe as mesmas diversas vezes. O adolescente não consegue também acalmar-se no final da sessão. O adolescente é capaz de realizar a simbolização da sessão, recorrendo predominantemente ao desenho, partilha verbalmente com o grupo a mesma. O T12 partilha os objetos com os seus pares, adotando uma postura de seguidor, apesar disso, respeita os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o T12 adota uma postura de oposição, desafio e provocação. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>grupo a mesma. O T12 partilha os objetos com os seus pares, adotando uma postura de iniciador, respeita os limites dos outros (pares e adultos/terapeutas). Já com os adultos, o T12 adota uma postura de oposição e desafio, ao mesmo tempo que agradece. O adolescente reage ao toque com indiferença.</p>	<p>Torna-se ainda importante referir que o T12 atualmente é capaz de participar de imediato nas atividades, sendo que no início da intervenção necessitava sempre de alguns momentos de adaptação por se distrair excessivamente, observando-se assim algumas evoluções sobre a relação com o tempo. A nível da simbolização, é possível verificar que o T12 atualmente recorre também à escrita para exprimir as suas representações, não recorrendo apenas ao desenho como inicialmente se observava, verificando-se assim evoluções sobre a simbolização. Por fim, no que se refere à relação com o outro, o T12 atualmente adota uma postura de iniciador para com os pares, ao contrário do início da intervenção onde mantinha uma postura de seguidor. Já com o adulto, o T12 apesar de se encontrar em constante desafio, é agora capaz de agradecer, considerando-se este comportamento positivo e conseqüentemente, uma progressão a nível da relação com o adulto/terapeuta.</p>
--	---	---	---

O grupo terapêutico integrado no projeto Hospital de Dia denominado de “Grupo III” é constituído por seis elementos, três do sexo feminino e três do sexo masculino, cujos códigos são os seguintes: A13, F13, C11, S15, T17 e M14. Dois elementos deste grupo têm treze anos de idade, um elemento tem onze anos de idade, outro tem quinze anos de idade, outra catorze anos e outra dezassete anos. Todos os elementos deste grupo apresentam dificuldades de socialização, ansiedade, baixa autoestima e dificuldades de concentração. C11 e F13 caracterizam-se também, por dificuldades de autorregulação, impulsividade e heteroagressividade. T17 e M14 caracterizam-se principalmente pela sua personalidade *borderline*, sendo que em T17 são mais evidentes os seus sintomas depressivos, enquanto em M14, os seus sintomas de ansiedade. Realça-se que T17, apesar de ter apenas participado em 5 sessões, não só teve um impacto no grupo, como estabeleceu uma relação terapêutica e demonstrou uma boa evolução terapêutica. Justifica-se assim, a sua presença na tabela seguinte. O presente grupo integrou ainda uma adolescente com 17 anos do sexo feminino, sendo que faltou às primeiras duas sessões e esteve presente em apenas uma, acabando por desistir na terceira sessão. Como tal, não se considera que tenha ocorrido uma integração no grupo, e conseqüentemente, o estabelecimento de uma relação terapêutica. Desta forma, esta adolescente não se encontra incluída na seguinte tabela.

Identificação	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>A13 (13 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Dificuldades em relacionar-se com pares; Suspeita de perturbação invasiva do desenvolvimento; Pouca organização espacial; Dificuldades na coordenação motora; Falta de autoconfiança.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 25 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (Ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), pouca iniciativa, movimentos hesitantes, pede sempre permissão; Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude, move-se de forma “estranha”; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (Ligeiramente apático), pouca expressão facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (Ligeiramente não comunicativo), responde de forma simples, pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O A13 é um adolescente muito ansioso e inibido, mas participativo, que se exprime predominantemente pela palavra sendo que o faz esporadicamente de forma simples e pouco audível. O adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronto para iniciar as atividades, movimentando-se de forma adequada à situação. A13 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente apresenta dificuldades sobre a simbolização, sendo que expressa a sua representação apenas através de desenhos muito simples e pouco elaborados, sendo capaz de a partilhar verbalmente com o grupo, no entanto, com pouca capacidade de reflexão. A13 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, A13 pede ajuda e agradece, demonstrando respeito pelos mesmos. O adolescente é indiferente ao toque.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem autoconfiança), movimentos hesitantes; Atividade: Pontuação 0 (Ativo); Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (Movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (Envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O A13 é um adolescente ansioso, mas participativo, que se exprime predominantemente pela palavra sendo que o faz de forma adequada. O adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronto para iniciar as atividades, movimentando-se de forma adequada à situação. A13 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente demonstra-se capaz de simbolizar, recorrendo principalmente ao desenho e, por vezes, à escrita. Fá-lo de forma elaborada e refletida, sendo capaz de partilhar verbalmente com o grupo. A13 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor e, por vezes, de iniciador, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, A13 pede ajuda e agradece, demonstrando respeito pelos mesmos. O adolescente aceita bem o toque.</p>	<p>A13 demonstra alterações a nível das relações emocionais, sendo inicialmente considerado o seu contacto como inibido e atualmente, considerado adequado. A nível da autoconfiança, observam-se melhorias, sendo capaz de tomar iniciativa e deixando de pedir sempre permissão, mas apresenta ainda movimentos hesitantes. A nível da relaxação observam-se melhorias, sendo que já pede momentos de relaxação e não se considera que se movimenta de “forma estranha” como no momento inicial. Notam-se também, melhorias na expressividade do movimento, já não se considerando com pouca expressão, mas sim, adequadamente expressivo. A nível da comunicação verbal, observam-se também, melhorias, sendo que esta considera-se adequada, tendo em conta que já é mais frequente e audível.</p> <p>É também, importante referir que após intervenção, a ansiedade de A13 torna-se menos evidente. Na simbolização, A13 torna-se capaz de fazer simbolizações mais elaboradas e de refletir sobre as mesmas, partilhando-o verbalmente. Atualmente, recorre por vezes, à escrita, uma forma que não era utilizada anteriormente. A13 adota inicialmente uma postura de seguidor, sendo que atualmente, dependendo dos elementos presentes no grupo, adota por vezes, uma postura de iniciador. Por fim, nota-se também, que A13 já não é indiferente ao toque, contudo, também não o procura, considerando-se assim, que o aceita.</p>
<p>F13 (13 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Baixa tolerância à frustração; Contacto</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +2 (Sobre-relacionado), relações com demasiados elogios, intrusivo, preocupa-se demasiado com os outros, “cola-se” aos elementos do grupo e terapeutas; Autoconfiança: Pontuação -1 (Ligeiramente sem</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (ligeiramente sobre-relacionado), preocupa-se demasiado com os outros, “cola-se” aos elementos do grupo; Autoconfiança: Pontuação 0 (autoconfiança); Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo),</p>	<p>F13 demonstra-se um pouco mais adequado a nível das relações emocionais, já não se considerando intrusivo nem que concretize demasiados elogios, apesar de ainda se “colar” aos outros elementos do grupo e de se preocupar demasiado com os outros.</p>

<p>apelativo; Discurso infantilizado; Humor depressivo; Dificuldades de autorregulação; Elevada impulsividade e agressividade (autoagressividade e heteroagressividade); Dificuldades na socialização e adaptação ao grupo de pares.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 20 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>autoconfiança), pede permissão, evita o confronto; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimentos excessivamente intensos, está ocupado antes da situação de movimento ser explicada; Relaxação: Pontuação +2 (Tenso), movimentos desajeitados e nervosos, postura espástica; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos imprudentes e precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-envolvido), encara as atividades de forma excessivamente séria; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), movimentos artificiais, afetados e eufóricos; Comunicação Verbal: Pontuação +2 (Muito comunicativo), fala constantemente, discurso rápido, interrompe os outros; Regulação Social: Pontuação +1 (Ligeiramente obsessivo com regras sociais), chama a atenção dos outros para pequenos erros, pede desculpa por ligeiros inconvenientes.</p> <p>O F13 é um adolescente apelativo, ansioso, participativo e muito comunicativo, sendo o seu discurso constante e rápido. O adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronto para iniciar as atividades, sendo os seus movimentos rápidos, vincados, repetitivos e impulsivos. F13 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente não apresenta dificuldades sobre a simbolização, expressa-se apenas através da escrita, recorrendo a poemas, sendo capaz de os partilhar verbalmente com o grupo. F13 tem dificuldades em partilhar objetos com os seus pares, apesar de o fazer quando solicitado, respeita os limites dos outros, adota uma postura de iniciador e permite cooperação perante os pares, já com os adultos, F13 pede ajuda e agradece. O adolescente é indiferente ao toque.</p>	<p>movimentos excessivamente intensos; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso), movimentos desajeitados e nervosos; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos imprudentes e precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-envolvido), encara as atividades de forma excessivamente séria; Expressividade do Movimento: Pontuação +1 (Ligeiramente super expressivo), movimentos artificiais; Comunicação Verbal: Pontuação 0 (comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada).</p> <p>O F13 é um adolescente apelativo, ansioso e participativo, que se exprime predominantemente pela palavra. O adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronto para iniciar as atividades, sendo os seus movimentos rápidos, ligeiramente vincados e impulsivos. F13 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente não apresenta dificuldades sobre a simbolização, expressa-se principalmente através da escrita, recorrendo a poemas, e por vezes, através de desenhos, sendo capaz de os partilhar verbalmente com o grupo e refletir sobre os mesmos. F13 tem dificuldades em partilhar objetos com os seus pares, apesar de o fazer quando solicitado, respeita os limites dos outros, adota uma postura de iniciador e permite cooperação perante os pares, apesar de por vezes, a recusar, já com os adultos, F13 pede ajuda e agradece. O adolescente é indiferente ao toque.</p>	<p>Observam-se melhorias na autoconfiança, sendo considerada, atualmente, adequada, por já ser capaz de lidar com o confronto e não pedir constante permissão. Relativamente à atividade, F13 mantém movimentos demasiado intensos para a situação apesar de se notarem ligeiras melhorias. Observam-se melhorias significativas na relaxação, apesar de manter movimentos desajeitados e nervosos. Notam-se melhorias na expressividade do movimento. Apesar desta ainda não se considerar adequada, deixam de se observar movimentos eufóricos e afetados. Na comunicação verbal, verifica-se que o seu discurso já não é constante, demasiado rápido nem leva a que interrompa os outros, desta forma, considera-se adequado. Por fim, a sua regulação também se considera agora adequada, sendo que já não corrige os outros, nem pede desculpas por ligeiros inconvenientes.</p> <p>É também, importante referir que ao longo da intervenção se nota que os poemas de F13 são mais elaborados, sendo ele próprio, capaz de refletir melhor sobre os mesmos. No final da intervenção, F13 é também, capaz de recorrer algumas vezes ao desenho. Notam-se alterações na sua relação com os pares, possivelmente devido à quantidade de faltas consecutivas que F13 apresentou, sendo que no final da intervenção, F13 recusa cooperação dos pares algumas vezes e demonstra mais dificuldades em partilhar. Com os adultos, no entanto, não se verificam mudanças.</p>
<p>C11 (11 anos) Masculino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Alterações do comportamento; Muitos pesadelos; Dificuldades em cumprir regras e aceitar limites; Dificuldades de</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação +1 (Ligeiramente sobre-relacionado), relações com muitos elogios, “cola-se” aos outros e às terapeutas; Autoconfiança: Pontuação +1 (Excesso ligeiro de autoconfiança), comportamento dominante, procura atenção indevida; Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimentos excessivamente</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (relação apropriada); Autoconfiança: Pontuação 0 (autoconfiança); Atividade: Pontuação +1 (Ligeiramente hiperativo), movimentos excessivamente intensos; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos</p>	<p>C11 demonstra alterações nas suas relações emocionais, sendo que já não se considera que se cole aos outros e às terapeutas, nem que realize demasiados elogios. Considera-se assim, que estabelece as suas relações de forma apropriada. Relativamente à autoconfiança, ocorreu também, uma adequação da mesma, sendo que já não</p>

<p>concentração; Comportamentos de heteroagressividade com os pares.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 25 sessões, de 30 sessões totais.</p> <p>Data de entrada: 16/11/2021.</p> <p>Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>intensos; Relaxação: Pontuação +1 (Ligeiramente tenso), movimentos nervosos, de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação -1 (Movimentos ligeiramente descontrolados), movimentos imprudentes e precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados e não persistentes; Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O C11 é um adolescente apelativo, ansioso, participativo e comunicativo, sendo o seu discurso rápido. O adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronto para iniciar as atividades, sendo os seus movimentos rápidos, vinculados e impulsivos. C11 tem dificuldades em permanecer nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente recorre à escrita como forma de simbolização, utilizando o formato de poema. É capaz de o partilhar verbalmente com o grupo, tendo dificuldades em refletir sobre o mesmo. C11 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeita os limites dos outros, adota uma postura de seguidor e transmite cooperação perante os pares, já com os adultos, C11 pede ajuda e agradece, procurando agradá-lo. O adolescente é indiferente ao toque.</p>	<p>ligeiramente descontrolados), movimentos precipitados; Atenção Focalizada: Pontuação -1 (Ligeiramente não envolvido), movimentos desconcentrados e não persistentes; Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (Expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (Comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (Regulação social apropriada).</p> <p>O C11 é um adolescente apelativo, ansioso, participativo e comunicativo, sendo o seu discurso rápido. O adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronto para iniciar as atividades, sendo os seus movimentos rápidos, vinculados e impulsivos. C11 tem dificuldades em permanecer nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. O adolescente recorre à escrita como forma de simbolização, utilizando o formato de poema, e por vezes ao desenho. É capaz de o partilhar verbalmente com o grupo, tendo dificuldades em refletir sobre o mesmo. C11 é capaz de partilhar objetos com os seus pares, respeitando os seus limites, adota uma postura de seguidor e, por vezes, de iniciador e transmite cooperação perante os pares, já com os adultos, C11 pede ajuda e agradece, procurando agradá-lo. O adolescente é indiferente ao toque.</p>	<p>apresenta uma postura dominante, nem procura atenção indevida. Na sua atividade, alterações são muito pequenas, sendo os seus movimentos ligeiramente menos intensos, não sendo significativas para alterar a pontuação. Notam-se também ligeiras melhorias ao nível do controlo dos movimentos apesar de não serem significativas para a alteração da pontuação. O mesmo se sucede com a capacidade de atenção focalizada, pois apesar de C11 ter agora períodos de atenção mais longos, mantém dificuldades em persistir nas atividades até ao fim.</p> <p>É também, importante referir que, na simbolização, recorria apenas à escrita, sendo que atualmente, recorre também, ao desenho. É capaz de os concretizar de forma elaborada e apesar de ainda demonstrar dificuldades em refletir sobre os mesmos, notam-se ligeiras melhorias. Por fim, observa-se também, que dependendo dos elementos do grupo presentes, C11 adota por vezes uma postura de iniciador e não apenas de seguidor.</p>
<p>S15 (15 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Sintomas depressivos; Baixa autoestima; Dificuldades de socialização; Baixo aproveitamento escolar; Ansiedade com somatização; Dificuldades de concentração e hiperatividade; Aspeto investido; Contacto sintónico; Postura colaborante; Discurso coerente e organizado; Humor lábil; Chora quando o pai fala da mãe; Insónia secundária.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (ligeiramente sub-relacionado) pouco contacto, isola-se; Autoconfiança: Pontuação -3 (excessivamente sem autoconfiança) não toma iniciativa, imita os outros, pede sempre permissão, evita confronto; Atividade: Pontuação -2 (passivo) movimenta-se pouco em situações de movimento, precisa de encorajamento; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação +1 (movimentos controlados) controla os movimentos de forma obsessiva, precisando de mais tempo para iniciar uma atividade; Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (ligeiramente apático) pouca expressividade facial e corporal; Comunicação Verbal: Pontuação - 2 (não</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação 0 (relações apropriadas); Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança) pede sempre permissão, evita confronto; Atividade: Pontuação -1 (ligeiramente passivo) movimenta-se pouco em situações de movimento; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação 0 (expressivo); Comunicação Verbal: Pontuação 0 (comunicativo); Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada).</p> <p>A S15 é uma adolescente ligeiramente ansiosa e participativa, que se exprime predominantemente pela</p>	<p>Após intervenção, S15 deixa de se isolar e estabelecer pouco contacto com os outros, considerando-se melhorias a nível das relações emocionais, atualmente adequadas. A nível da autoconfiança, observa-se que S15 torna-se capaz de tomar iniciativa, deixando de imitar os outros, apesar de continuar a evitar confrontos. Relativamente à atividade, S15 apesar de continuar a movimentar-se pouco, deixa de precisar de encorajamento, verificando-se melhorias. Os seus movimentos deixam também de ser controlados de forma medida, considerando-se que ocorreu uma adequação do controlo dos movimentos. Ocorreu também, uma adequação da expressividade facial e corporal de S15, deixando esta, de se considerar pouco presente. Relativamente à comunicação</p>

<p>Número de presenças: Esteve presente em 15 sessões, de 20 sessões totais. Data de entrada: 7/2/2022. Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>comunicativo) responde apenas quando solicitado, de uma forma simples, fala de forma pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada). A S15 é uma adolescente muito ansiosa e inibida, com interesse em participar, que se exprime predominantemente pela palavra sendo que o faz esporadicamente de forma simples e pouco audível. A adolescente, ao chegar à sessão necessita de um tempo de adaptação à mesma, movimentando-se de forma lenta e inibida. S15 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. No momento da simbolização, S15 revela dificuldades de mentalização, sendo que o faz através de palavras soltas, tendo dificuldades em partilhá-lo verbalmente com o grupo e refletir sobre o mesmo. S15 oferece os objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor e até mesmo de submissão, por vezes, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, S15 pede ajuda e agradece. A adolescente evita o toque.</p>	<p>palavra sendo que o faz espontaneamente de forma adequada. A adolescente, ao chegar à sessão encontra-se pronta para iniciar as atividades, movimentando-se pouco, mas com movimentos adequados. S15 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. A adolescente recorre principalmente à escrita como forma de simbolização, sendo também capaz de recorrer ao desenho. É capaz de o partilhar verbalmente com o grupo, tal como de refletir sobre o mesmo. S15 partilha os objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura de seguidor e por vezes, de iniciador, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, S15 pede ajuda e agradece. A adolescente aceita o toque.</p>	<p>verbal, S15 passa a recorrer mais a esta, de forma espontânea, elaborada e audível, ao contrário de uma fase inicial onde apenas recorria a esta forma de comunicação quando solicitado, de forma simples e pouco audível. É também, importante referir que S15 demonstra grandes evoluções na capacidade de mentalização, sendo agora capaz de escrever e refletir sobre a sessão, ao contrário da fase inicial em que apenas escrevia palavras soltas sem refletir sobre as mesmas. Nota-se também, uma alteração na sua postura com os pares, sendo agora capaz de tomar uma postura de iniciador quando o grupo o necessita. Por fim, observa-se que S15 já não é indiferente ao toque, contudo também não o procura, considerando que o aceita.</p>
<p>T17 (17 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Tentativa de suicídio, funcionamento borderline, dificuldades em mentalizar, absentismo escolar, impulsividade.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 5 sessões, de 12 sessões totais. Data de entrada: 11/4/2022. Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -2 (sub-relacionado), afasta-se dos outros, contacto apático, inibido e inacessível; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança), evita confronto e apresenta movimentos hesitantes; Atividade: Pontuação -2 (Passivo) movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos, sem vida, movimenta-se pouco durante as atividades, necessita de encorajamento constante; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -2 (Apático) expressões faciais e corporais permanecem iguais, postura varia pouco; Comunicação Verbal: Pontuação -3 (extremamente não comunicativo) não se expressa verbalmente; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada). A T17 é uma adolescente visivelmente deprimida, ansiosa e inibida, mas participativa, que se exprime predominantemente pelo olhar, recusando comunicar</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação -1 (ligeiramente sub-relacionado), contacto inibido e pouco acessível; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança), apresenta movimentos hesitantes (toma iniciativa nas atividades); Atividade: Pontuação -1 (ligeiramente passivo) movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, lentos, movimenta-se pouco durante as atividades; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente); Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (ligeiramente apático) poucas expressões faciais e corporais, postura varia pouco; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (ligeiramente não comunicativo) fala de forma simples, lenta e pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada). A T17 é uma adolescente visivelmente deprimida, ansiosa e inibida, mas participativa, que se exprime</p>	<p>Após a intervenção, nota-se que T17 já não se afasta dos outros e permite o contacto com os outros, apesar deste ainda ser pouco e inibido. Observa-se também, que inicialmente, apesar de T17 não tomar iniciativa nas atividades é capaz de expressar verbalmente, de forma simples e pouco audível, a sua opinião, mesmo que seja contrária à do grupo. No entanto atualmente, é capaz de tomar iniciativa nas atividades, mantendo apenas alguns movimentos hesitantes. Observam-se também, melhorias na atividade, sendo que T17 já não precisa de encorajamento para se movimentar e os seus movimentos são agora menos lentos e inibidos. Verifica-se também, uma maior expressividade, apesar de ainda não totalmente adequada. Observa-se também, que T17 passa a recorrer de forma espontânea à comunicação verbal, apesar do seu discurso ser simples, lento e pouco audível. É também, importante referir que T17 é agora capaz de escrever sobre a sessão, apesar de ainda o</p>

	<p>verbalmente. A adolescente, ao chegar à sessão necessita de um tempo de adaptação à mesma, movimentando-se muito pouco e quando o faz, é de forma lenta e inibida. T17 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. No momento da simbolização, T17 revela dificuldades de mentalização, sendo que inicialmente recusa e quando solicitado utiliza apenas uma palavra, incoerente com o que demonstra. T17 não é capaz de o partilhar verbalmente. T17 oferece os objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, T17 pede ajuda e agradece, sendo que o faz principalmente com olhar. A adolescente evita o toque.</p>	<p>predominantemente pela palavra. A adolescente, ao chegar à sessão necessita de um tempo de adaptação à mesma, movimentando-se de forma lenta e inibida. T17 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. No momento da simbolização, T17 revela algumas dificuldades recorrendo à escrita. T17 tem também, dificuldades em partilhá-lo verbalmente, fazendo-o de forma simples e pouco refletida. T17 partilha os objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura seguidora, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, T17 pede ajuda e agradece. A adolescente evita o toque.</p>	<p>fazer de forma simples e pouco refletida. Atualmente, já é capaz de o partilhar, apesar de o fazer com poucas palavras e sem reflexão. Por fim, nota-se também que, tendo adquirido alguma capacidade de se impor no grupo, a sua postura perante os pares deixa de ser submissa e passa a ser seguidora.</p>
<p>M14 (14 anos) Feminino</p> <p>Motivo de encaminhamento: Tiques motores, dificuldades em sair da rotina, comportamentos repetitivos, instabilidade psicomotora, tentativa de suicídio, funcionamento limite, dificuldades em mentalizar, comportamentos autolesivos (cortes), passagem ao ato, alterações do humor.</p> <p>Número de presenças: Esteve presente em 10 sessões, de 12 sessões totais. Data de entrada: 11/4/2022. Data de saída: 28/6/2022.</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação - 1 (ligeiramente sub-relacionado) contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -2 (Sem autoconfiança), não toma iniciativa, evita confronto e apresenta movimentos hesitantes e duvidosos; Atividade: Pontuação -1 (ligeiramente passivo) movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, necessita de encorajamento constante; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente) ; Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (ligeiramente apático) pouca expressividade corporal e facial; Comunicação Verbal: Pontuação -3 (extremamente não comunicativo) não se expressa verbalmente; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada).</p> <p>A M14 é uma adolescente muito ansiosa, tímida e inibida, mas participativa, que se exprime predominantemente pelo olhar. A adolescente, ao chegar à sessão necessita de um tempo de adaptação à mesma, movimentando-se muito pouco e quando o faz, é de forma lenta e inibida. M14 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. No momento da simbolização, M14 revela dificuldades de mentalização, sendo que inicialmente recusa e quando solicitado utiliza apenas uma palavra. M14 não é capaz</p>	<p>LOFOPT- Relações Emocionais: Pontuação - 1 (ligeiramente sub-relacionado) contacto inibido; Autoconfiança: Pontuação -1 (ligeiramente sem autoconfiança), evita confronto e apresenta movimentos hesitantes e duvidosos; Atividade: Pontuação -1 (ligeiramente passivo) movimentos pouco dinâmicos, vagarosos, necessita de encorajamento; Relaxação: Pontuação +1 (ligeiramente tenso) movimentos de pequena amplitude; Controlo do Movimento: Pontuação 0 (movimentos apropriados); Atenção Focalizada: Pontuação 0 (envolvido adequadamente) ; Expressividade do Movimento: Pontuação -1 (ligeiramente apático) pouca expressividade corporal e facial; Comunicação Verbal: Pontuação -1 (ligeiramente não comunicativo) discurso simples e pouco audível; Regulação Social: Pontuação 0 (regulação social apropriada).</p> <p>A M14 é uma adolescente ansiosa, tímida e inibida, mas participativa, que se exprime predominantemente pelo olhar, mas também pela palavra, sendo que o faz de forma espontânea simples e pouco audível. A adolescente, ao chegar à sessão necessita de um tempo de adaptação à mesma, movimentando-se de forma lenta e inibida. M14 permanece nas atividades do início ao fim, sendo capaz de autonomamente se acalmar no final da sessão. No momento da simbolização, M14 revela algumas dificuldades, sendo que recorre à escrita. M14 tem dificuldades em partilhar</p>	<p>M14 continua a demonstrar um contacto inibido, no entanto, também apresenta algumas melhorias. Nota-se que, ao contrário da fase inicial de intervenção, em que M14 não era capaz de contrariar o grupo, um elemento e/ou as terapeutas, não verbalizando a sua opinião, agora é capaz de, por vezes, tomar iniciativa e contrariar o grupo, se não estiverem todos os elementos presentes. Contudo, mantém-se movimentos hesitantes e duvidosos e dificuldades em lidar com o confronto, revelando-se ainda uma ligeira falta de autoconfiança. Observam-se também, grandes melhorias na comunicação verbal, sendo que esta, era inicialmente inexistente, recorrendo ao contacto ocular como forma de comunicação, enquanto atualmente é utilizada de forma espontânea apesar do seu discurso ser ainda muito simples e pouco audível.</p> <p>É também, importante referir que M14 é agora capaz de escrever sobre a sessão, apesar de ainda o fazer de forma simples e pouco refletida. Atualmente, já é capaz de o partilhar, apesar de o fazer com poucas palavras e sem reflexão. Por fim, nota-se também que, tendo adquirido alguma capacidade de se impor no grupo, a sua postura perante os pares deixa de ser submissa e passa a ser seguidora.</p>

	<p>de o partilhar verbalmente. M14 oferece os objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura submissa, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, M14 pede proteção, ajuda e agradece, sendo que o faz principalmente com olhar. A adolescente evita o toque.</p>	<p>verbalmente, sendo que o faz de forma muito simples e sem reflexão. M14 partilha os objetos com os seus pares, respeitando os limites dos outros, adotando uma postura seguidora, transmitindo cooperação perante os pares, já com os adultos, M14 pede proteção, ajuda e agradece. A adolescente evita o toque.</p>	
--	---	---	--

7.4 Anexo IV: Exemplos de atividades Estudo de Caso I



Figura.1. Percurso psicomotor



Figura.2. Expressão plástica com simbolização de emoções/sentimentos

7.5 Anexo V: Exemplo de um relatório semanal

28 de março de 2022

O dia de hoje iniciou-se às 8:15 horas na Unidade de Pedopsiquiatria com a sessão da Beatriz. A sessão iniciou-se com a Beatriz e a estagiária a descalçarem os sapatos, seguido de uma conversa sobre almofadas. No decorrer desta conversa, a estagiária questionou à Beatriz como teria corrido o seu fim de semana, ao qual ela não respondeu, sendo necessário questionar se teria sido bom ou não, ao qual ela acenou com a cabeça que sim, que teria sido bom.

A Beatriz encontrava-se inicialmente apreensiva quando entrou na sala e no decorrer da conversa inicial. A estagiária questionou à criança o que gostaria de fazer, contudo, esta permaneceu metade do tempo da sessão em silêncio e sentada sobre a almofada sem reação perante qualquer abordagem por parte da estagiária. A estagiária respeitou o momento da Beatriz, e o silêncio que talvez esta necessitasse hoje, apesar disso, após alguns instantes, a estagiária enumerou todo o material existente na sala, e algumas atividades que se poderia realizar com os mesmos, de forma que a Beatriz acenasse ao material ou atividade que mais lhe agradasse. A Beatriz acenou que sim à atividade de construir uma casa com diversos materiais existentes na sala, mas mesmo após esta escolha por parte da criança, esta permaneceu sentada sobre a almofada e sem reação. Aqui a estagiária acabou por começar a manusear o material existente e referir o que poderia ser feito com ele, de forma que a Beatriz se entusiasmasse e participasse com esta na atividade. Após esta ação por parte da estagiária, a criança levantou-se e participou na atividade com esta. É importante referir que a Beatriz já é capaz de tomar a iniciativa e escolher a atividade a realizar e o material a explorar de forma espontânea e ativa, contudo, hoje, pela primeira vez, não o fez.

No decorrer desta atividade, observou-se uma grande interação com a estagiária, sendo que a Beatriz partilhou o material com a mesma e pediu sempre que participasse e a ajudasse nas tarefas a desempenhar. Dentro da casa construída, a Beatriz deitou-se como se estivesse a dormir, mas logo deixou cair as paredes da mesma e riu-se desadequadamente do sucedido. A Beatriz sugeriu realizar-se jogo faz de conta quando a casa já se encontrasse construída, contudo, quando a casa já se encontrava finalizada esta recusou, apontando para a caixa de expressões plásticas. Ainda dentro da casa, a Beatriz decidiu realizar recortes e colagens (Figura.1), partilhando mais uma vez o material e a atividade com a estagiária, observando-se as mesmas dificuldades referidas na sessão anterior, dificuldades sobre a preensão da tesoura, e em coordenar o movimento exigido pela tesoura com a folha, contudo, esta dificuldade talvez esteja associada à grande rigidez muscular que se observa na Beatriz.



Figura.1. Recorte e colagem Beatriz

Na conversa final, a Beatriz apenas acenou às questões realizadas pela estagiária, permanecendo sem verbalização no decorrer de toda a sessão. Observou-se ainda que a Beatriz se encontrava com uma imagem descuidada.

No primeiro grupo do dia referente à área de dia (Grupo 1), chegaram à Unidade quatro das cinco crianças que foram propostas para o grupo de psicomotricidade, sendo estes: MF8, SO7, T9 e B8. O SO7 chegou atrasado.

Foi solicitado que as crianças fizessem uma fila, sendo que no início desta estaria a terapeuta e no final a coterapeuta. Ao chegar à sala, a terapeuta solicitou que à vez, cada criança desinfetasse as mãos, descalçasse os seus sapatos e calçasse as suas meias. Todas as crianças respeitaram a fila e esperaram pela sua vez, descalçando os sapatos autonomamente.

Conversa inicial: De seguida, cada criança se sentou sobre uma almofada que já se encontrava sobre o chão, fazendo um círculo. Neste círculo, foi questionado como é que as crianças se sentiam e o que fizeram durante o fim de semana. Todos os elementos do grupo participaram. O T9 disponibilizou-se para escrever o nome dos colegas presentes sobre o quadro. O planeamento da sessão foi realizado pela MF8 e pela B8, pois ambas queriam realizar esta tarefa chegando a este acordo.

Preparação para a sessão: No decorrer da atividade “Transporte de balões” as crianças encontravam-se a caminhar pela sala ao ritmo da música sem deixar cair o balão, contudo, quando se solicitou que transportassem o balão com partes específicas do corpo, observou-se que tanto a B8 como o SO7 apresentam dificuldades sobre a lateralidade. Posteriormente, quando foi sugerido que realizassem ou trocassem de pares e que transportassem um balão com o auxílio de um colega, o SO7 era sempre o último a ser escolhido, mostrando-se por vezes reticentes e desagradados por formarem par com este último.

Parte Fundamental: No decorrer da atividade “Chão é lava”, foi possível observar que o grupo utilizou diversas e diferentes estratégias com um adequado planeamento motor, de forma a

realizarem a tarefa em grupo sem caírem dos colchões. O grupo conseguiu realizar o segundo e terceiro desafio onde teriam de realizar a mesma tarefa, mas apenas com três e dois colchões, respetivamente, contudo, foram capazes de cumprir o desafio embora com maior dificuldade, tal como aconteceu no quarto desafio onde teriam apenas dois colchões à sua disposição e ainda teriam o desafio de apanhar as almofadas que se encontravam no caminho para realizar posteriormente a relaxação. No decorrer deste último desafio, a MF8 e a B8 sugeriram perante o SO7 e o T9 que gostariam de permanecer à frente da fila, uma vez que nos restantes desafios estes ficaram em primeiro lugar na fila e elas também gostariam de experienciar este lugar e a tarefa que o mesmo exigia, contudo, o SO7 e o T9 não estavam a acatar esta decisão da B8 e da MF8 sendo necessário as terapeutas reforçarem esta sugestão, apesar disso, o grupo foi capaz de se organizar e cumprir o desafio.

Retorno à calma/Relaxação: Inicialmente foi sugerido que as crianças se deitassem sobre um colchão e permanecessem concentradas e atentas sobre a música que se encontrava a tocar, sendo posteriormente sugerido que colocassem as mãos sobre a barriga e percebessem como a mesma se mantinha com as inspirações e expirações exigidas pela ação de encher um balão imaginário. A MF8 foi a única criança que permaneceu passiva e realizou todas as ações sugeridas pela terapeuta, pois o SO7 mostrou-se muito agitado e inquieto sobre o colchão permanecendo sentado sobre o mesmo enquanto sugeria atividades, mudou-se de local como forma de perceber se estaria mais confortável permanecendo aqui igualmente agitado, já o T9 encontrava-se deitado sobre um colchão debaixo de uma mesa o que o levou a arrastar a mesa, a reproduzir barulho com a mesma, caindo os casacos dos colegas sobre ele, realizando movimentos bruscos e necessitando de retirar a máscara para que os colegas e as terapeutas observassem que ele se encontrava realmente a encher um balão, contudo, fê-lo sem intencionalidade e sem atenção sobre a respiração, por fim, a B8 à semelhança das semanas anteriores, encontrava-se agitada sobre o colchão, muito inquieta sempre a rodar e modificar a sua posição sobre o mesmo, retirando-se da atividade do balão.

Simbolização + Conversa final: No final da sessão, todas as crianças voltaram a sentar-se sobre as almofadas, contudo, não foi possível realizar a simbolização da sessão por falta de tempo, apesar disso, foram todos capazes de partilhar com o grupo que gostaram da sessão. Todas as crianças sugeriram ideias de atividades para a próxima semana, exceto o T9. Por fim, foi solicitado que as crianças arrumassem as almofadas, calçassem os sapatos e só saíssem ordeiramente da sala, com a autorização das terapeutas. Todas as crianças cumpriram esta regra.

Terminada a primeira sessão de grupo da área de dia, a estagiária permaneceu num gabinete onde registou as informações mais importantes e observações feitas durante a sessão.

Seguidamente, iniciou-se a reunião referente à Área de Dia, na qual foram partilhadas a desistência de algumas crianças pertencentes ao grupo 3, a possível alteração de elementos dos

grupos 3 e 4 uma vez que possivelmente apenas permanecerá a LC8 no grupo 3, não sendo benéfico nem fazendo sentido esta permanecer sozinha num grupo, e ainda, foi abordada a possibilidade de se realizar uma festa final quando cessarem as sessões de grupo.

Após o almoço, a estagiária iniciou mais 2 sessões de grupo referentes à Área de dia.

No primeiro grupo da tarde referente à Área de Dia (Grupo 3), chegaram à Unidade duas das três crianças que foram propostas para o grupo de psicomotricidade, sendo estes: T7 e LC8.

Foi solicitado que as crianças fizessem uma fila, sendo que no início desta estaria a terapeuta e no final a coterapeuta. Ao chegar à sala, a terapeuta solicitou que à vez, cada criança desinfetasse as mãos, descalçasse os seus sapatos e calçasse as suas meias. Todas as crianças respeitaram a fila e esperaram pela sua vez, descalçando os sapatos autonomamente.

Conversa inicial: De seguida, cada criança se sentou sobre uma almofada que já se encontrava sobre o chão, fazendo um círculo. Neste círculo, foi questionado como é que as crianças se sentiam e o que fizeram durante o fim de semana, sendo que a LC8 se prontificou para partilhar o seu fim de semana, permanecendo o T7 muito agitado sobre a almofada. Posteriormente, o T7 decidiu partilhar o seu fim de semana, sendo capaz de permanecer agora imobilizado sobre a almofada, contudo, referiu que apenas gostaria de partilhar o seu domingo, recusando explicar o motivo que o leva a não partilhar o seu sábado. Após esta partilha, foi questionado às crianças quais seriam os colegas que hoje se encontravam ausentes, e de seguida, o motivo pela qual estariam em falta (desistência), permanecendo estes muito agitados, irrequietos, com comportamentos aparentemente agressivos sobre as almofadas, contudo, foi possível controlar estes comportamentos sendo que ambas as crianças foram capazes de se autorregular após alguns feedbacks por parte das terapeutas e após um momento de exteriorização. A LC8 disponibilizou-se para escrever o nome dos colegas presentes sobre o quadro. O planeamento da sessão foi realizando também pela LC8 com o auxílio do T7 e das terapeutas, uma vez que o T7 recusou a realização desta tarefa, apesar disso, enquanto a LC8 se encontrava a escrever o planeamento, o T7 acabou por afirmar que afinal gostaria de realizar esta tarefa, contudo, a LC8 não cedeu a sua vez.

Parte Fundamental: No decorrer da atividade “Construção de casas”, ambas as crianças decidiram que gostariam de fazer uma casa em conjunto, sendo capazes de partilhar os materiais e ideias. Após algum tempo de construção, o T7 escorregou sendo necessário retirá-lo da sala de forma a serem prestados cuidados médicos, contudo, este verbalizou que não era necessário pois sentir-se-ia bem, apesar de as terapeutas verificarem que de facto o T7 necessitaria de assistência. Observou-se que talvez o T7 não queria sair da sala porque não queria que a casa fosse contruída sem ele, e talvez tivesse receio de não usufruir da atividade, pois quando cedeu à decisão das terapeutas e antes de se ausentar da sala verbalizou “LC8 espera por mim”. A LC8 foi capaz de aceitar a proposta do T7 e de empatizar com a situação deste, permanecendo a brincar com um

cilindro de esponja até o T7 regressar. Já com o T7 na sala, a construção da casa continuou e os papéis de vilã e de protetor da casa inverteu comparativamente com a semana anterior, sendo agora as terapeutas as protetoras e as crianças as vilãs. No decorrer da atividade, o T7 foi apanhado pelas terapeutas, permanecendo a LC8 sozinha como vilã, o que levou a que esta se encontrasse com escassez de materiais e iniciasse o lançamento de bolas que teríamos selecionado em conjunto no início da sessão e referido que não deveriam ser usadas, assim sendo, as terapeutas contiveram este comportamento e logo a LC8 permaneceu aborrecida. Posteriormente, a LC8 foi também apanhada pelo T7 com o auxílio das terapeutas, reagindo a chorar a este acontecimento e com a emissão de alguns sons, não sendo capaz de verbalizar perante as terapeutas o motivo desta reação. Perante esta reação, as terapeutas tentaram perceber o que teria desencadeado este comportamento, sendo aqui a LC8 capaz de verbalizar que aparentemente o T7 a tinha magoado, pedindo este desculpa após a solicitação das terapeutas.

Retorno à calma/Relaxação: Iniciou-se o retorno à calma com recurso a uma história infantil sobre a casa pelas crianças construída. A história foi escolhida pelo T7, permanecendo este muito atento à leitura da mesma e imobilizado sobre uma almofada, comportamento este que não é habitual nesta criança, contudo, talvez tenha surgido por ter sido este a escolher a história a ler, já a LC8 permaneceu deitada sobre um colchão sem demonstrar interesse sobre a leitura da história, talvez por se encontrar ainda aborrecida com o sucedido da atividade anterior, pois a LC8 mantém-se em todas as sessões sempre muito interessada nesta etapa da sessão.

Simbolização + Conversa final: Não foi possível realizar a simbolização da sessão, contudo, o T7 verbalizou que gostou da sessão, já a LC8 permaneceu sem reação e sem verbalização. Posteriormente, as crianças arrumaram todo o material com o auxílio das terapeutas, sendo necessário estas últimas estabelecerem a tarefa que cada criança deveria cumprir, sendo sugerido que o T7 permanecesse responsável por arrumar os colchões e a LC8 responsável por arrumar os tecidos, apesar disto, o T7 decidiu caminhar e correr pela sala, e ainda, cair sobre o material que já se encontrava no chão, contudo, foi capaz de após alguns instantes permanecer mais calmo, escutar as terapeutas e ajudar a LC8 na tarefa de arrumar o material. Não foram realizadas sugestões de atividades que gostariam de realizar na próxima sessão. Por fim, foi solicitado que as crianças arrumassem as almofadas, calçassem os sapatos e só saíssem ordeiramente da sala, com a autorização das terapeutas. Todas as crianças cumpriram esta regra.

No segundo grupo da tarde referente à Área de dia (Grupo 4), chegaram à Unidade duas das cinco crianças que foram propostas para o grupo de psicomotricidade, sendo estes: L8 e T8.

Ao chegar à sala de psicomotricidade, foram desinfetadas as mãos de todos, distribuídas as suas meias e as crianças trocaram os seus sapatos pelas mesmas.

Conversa inicial: Nesta sessão, nota-se o entusiasmo de L8 por regressar às sessões. T8 e L8 sentam-se nas almofadas, permanecendo sentados durante à conversa inicial. L8 partilha de

forma breve as duas semanas que passaram. Refere o tempo no hospital e em casa, em recuperação, não sendo este tempo recordado como algo bom num momento inicial, no entanto, acaba por concordar que for bom estar em casa a ser cuidada pelos pais. T8 é também breve na sua partilha, volta a referir que quer morrer, com uma expressão teatral e diz não estar feliz, no entanto não é capaz de explorar o porquê. Na construção do plano, propõe-se a construção de casas e pergunta-se se querem construir uma casa para os dois ou uma para cada um. L8 opta pela construção de uma casa em conjunto, contudo T8 pede que cada um construa a sua, podendo depois, receber visitas na sua casa. Assim, concorda-se na construção de duas casas. Questiona-se também o grupo sobre a possibilidade de realizar a massagem habitual ou de ler uma história e ambos pedem que se leia a história. Após L8 escrever o plano no quadro, arrumam-se as almofadas e dá-se início à construção das casas.

Parte Fundamental: Ao se aproximarem do material, ambos querem utilizar a esponja em forma de “U”, no entanto são rápidos na solução do problema, T8 diz que L8 tem usado sempre este material e por isso não tem tido a possibilidade de o utilizar e L8 concorda em utilizá-lo na próxima sessão. Carminho ajuda L8 na construção da sua casa e Inês ajuda T8. A casa de L8 é pequena, permitindo apenas a entrada de uma pessoa de cada vez, enquanto a casa de T8 é muito grande, não sendo possível a construção de um telhado para o mesmo, e desarrumada, tendo T8 trazido todos os materiais que encontrou disponíveis para a sua casa. L8 foi mais rápida e ficou muito feliz com a sua casa e Carminho brincou com ele, fazendo-lhe cócegas nas pernas. L8, colocando a sua cabeça fora de casa, perde à terapeuta que ataque a sua casa e procure ficar com ela. A terapeuta afasta-se da casa de L8 e fala com T8 dizendo-lhe que está a pensar assaltar a casa pequenina no canto. De seguida, vai até a casa de L8 e procura tirá-la de casa, dando assim início a uma brincadeira. Fazendo cócegas uma à outra, ambas procuram ficar com a casa só para si. Ao compreender que T8 terminou a construção da sua casa, L8 propõe atacarem a casa dele e assim o fazem. Desta forma, há uma brincadeira de assaltantes de casas, cujo ataque são às cócegas e os abraços. Rapidamente, T8 e L8 criam uma aliança e ajudam-se um ao outro, procurando ficar com a casa grande para os dois. Após algum tempo, a terapeuta, encontrando-se desalojada, pois L8 destruiu a casa pequena para juntar à casa grande e deixar a terapeuta sozinha. Inês ajuda-a, dando continuidade à brincadeira. Esta brincadeira decorre durante muito tempo, permitindo que as crianças aproveitem sentir-se procuradas e desejadas e o prazer de ser apanhado por um abraço. Ao chegar o momento de ler a história, as terapeutas apoderam-se da casa e, reduzindo-lhe o tamanho, constroem-lhe um telhado para que se torne um elemento mais contentor. De seguida, trazem as crianças para dentro de casa que, a rir, fingem estar contrariadas.

Retorno à calma: Ao estarem todos dentro da casa, as crianças escolhem a história, L8 aceita o pedido de T8: “O Pedro e o lobo”. No momento da história, ficaram muito calmos e atentos ao desenho. Existindo tempo suficiente, L8 escolheu uma segunda história “João sem

medo” que decorreu da mesma forma, permanecendo ambos calmos e atentos.

Simbolização: A simbolização é realizada ainda dentro da casa. T8 é muito rápido na realização do desenho e tem de esperar por L8 que, gostando muito de desenhar, demora mais tempo. T8 fica impaciente com a espera e precisa de ser contido pelas terapeutas.

Conversa Final: Neste momento, T8 partilha o seu desenho de um lobo e refere que o desenhou por ele ter matado as ovelhas na história. As terapeutas procuraram não confrontar novamente o tema da morte, dizendo-lhe que as ovelhas fugiram, contudo T8 não o aceita. Refere também, como que um pensamento solto “Adoro morrer, o amor está sempre a morrer”. L8 fez um desenho mais completo sobre a outra história, a que a própria escolheu, dizendo ter sido a sua história favorita. Terminam a conversa pedindo às terapeutas que façam as mesmas atividades para a semana. Todos arrumam a sala, L8 é muito prestável e organizada, enquanto T8 se opõe à arrumação, sendo necessário atribuir-lhe tarefas específicas e pequenas e insistir bastante. Ao terminarem, arrumam as almofadas, calçam-se e saem da sala com as terapeutas.

Após terminarem as sessões de grupo da Área de dia, foi possível realizada a reunião de equipa da tarde, aqui foi debatido de forma muito geral como os dois grupos se encontravam em ambos os ateliers.

No final do dia na Unidade, a estagiária arrumou a sala de Psicomotricidade, e organizou os desenhos realizados pelas crianças sobre o dossier da Unidade.

29 de março de 2022

A estagiária iniciou o dia na Unidade às 8:15h, com a sessão do Tiago. A sessão iniciou-se com uma conversa inicial com o Tiago. No decorrer da conversa inicial, a estagiária questionou o Tiago de como correu o seu fim de semana, e as semanas anteriores em que não foi possível realizar as sessões, ao qual este apesar de não desenvolver o assunto, foi capaz de utilizar a verbalização conforme o que lhe seria questionado.

O Tiago entrou na sala novamente de rompante, sem esperar pela estagiária e hoje antes de se sentar de imediato como fez em todas as sessões anteriores, puxou ambas as cadeiras que se encontravam na sala e afastou-as. Este comportamento poderá estar associado ao Tiago querer controlar a distância a que nos encontramos, pois costuma ser a estagiária que realiza esta ação, ou simplesmente por gentileza, ou por qualquer outro motivo alheio à sessão.

Seguidamente, questionou-se o que o adolescente gostaria de fazer, ao qual este verbalizou que gostaria de experimentar o Mikado. A estagiária não esperava que o Tiago escolhesse esta atividade, uma vez que ainda não a tínhamos realizado nas sessões, e o mesmo não a conhecia, acabando sempre por não aderir, por recusar e permanecer muito ansioso nestas situações. O Tiago foi capaz de questionar a estagiária sobre as regras do jogo e como o mesmo se jogava, algo que não foi capaz de fazer até então, pois permanece sempre à espera de que a

estagiária tome a iniciativa de explicar as regras ou inicie o jogo. No decorrer desta atividade, verificou-se que o Tiago apresenta um adequado planeamento motor, sendo que antes de retirar qualquer peça pensava no que se poderia suceder. Permaneceu a atividade toda com a mão esquerda sobre os bolsos.

Posteriormente, o Tiago sugeriu a realização do UNO. Foi necessário a estagiária ir buscar o baralho uma vez que o Tiago não tomou esta iniciativa, apesar de já a demonstrar noutra sessão. O Tiago separou o baralho em dois, baralhou um permanecendo o outro sobre a mesa, como tal, a estagiária questionou se queria ajuda, à qual ele não respondeu, acabando esta por baralhar. Nas restantes jogadas, o adolescente teve o mesmo comportamento, contudo, já foi capaz de verbalizar perante a estagiária que gostaria que esta baralhasse as cartas que se encontravam sobre a mesa. No geral o jogo do UNO correu bem, observando-se a utilização da verbalização e interação com a estagiária.

Por fim, a estagiária sugeriu que se realizasse uma jogada do jogo de matraquilhos por eles construído, contudo, o Tiago mostrou-se muito reticente, talvez por achar que teria de pintar as molas do jogo, uma vez que a estagiária já teria na sessão anterior sugerido isto e o Tiago não respondeu à sugestão. Hoje, questionou-se novamente, não respondendo mais uma vez à questão, sendo necessário a estagiária se gostava de pintar, à qual ele acenou com a cabeça que não, sendo então combinado que não o iríamos fazer, permanecendo mais calmo e interessado no início da jogada. No decorrer da atividade, o Tomás verbalizou que por vezes joga matraquilhos, que o gosta de fazer e que por essa razão talvez tenha jeito para lançar adequadamente a bola. Observou-se a existência de alguma rigidez muscular no decorrer desta atividade, o que poderá ter dificultado alguns movimentos exigidos pela atividade.

No decorrer da conversa final, e após a questão da estagiária, o adolescente referiu que teria gostado de realizar a atividade Mikado e que não teria havido nenhuma atividade que não tivesse gostado de realizar, sentindo-se assim bem na sessão.

No restante tempo da manhã até iniciar o primeiro grupo do Hospital de dia, a estagiária permaneceu na Unidade a realizar os relatórios das sessões.

O dia de hoje foi marcado por 3 sessões de grupo referentes ao Hospital de dia.

Na primeira sessão do dia referente ao Hospital de Dia (Grupo III), chegaram à Unidade quatro dos quatro adolescentes que foram propostos para o grupo de psicomotricidade, sendo estes: F13, A13, C11 e S15.

Conversa inicial: Para dar início à sessão, todos se sentaram nas almofadas previamente dispostas para a conversa inicial e F13 escreveu os nomes no quadro. De seguida, falam um pouco sobre a sua semana. S15 refere que passou muito tempo em casa, F13 fala da sua família, com quem passou o seu fim de semana e A13 fala da escola. Falam um pouco sobre as férias de cada, até que chega C11. C11 realiza uma partilha longa sobre os seus irmãos que voltaram para

Inglaterra, ficando ele com saudades. C11 procura atenção do grupo prolongando a sua partilha. Posteriormente, é escrito o plano no quadro, tendo o grupo aceite as propostas das terapeutas. Terminando-o, dirigem-se para o outro lado da sala, a pedido do próprio grupo, formando um círculo semelhante.

Preparação para a sessão: Esta atividade foi selecionada como continuação da sessão anterior, sendo implícito que S15 iria dar início ao jogo, por não ter tido essa oportunidade anteriormente, o grupo todo compreende esta situação e S15 inicia rapidamente a atividade com uma regra que diz ter pensado ao longo da semana. A primeira ronda corre bem, todos acabam por adivinhar a regra. C11 insiste incessantemente em criar uma regra também, contudo A13, tendo pedido mais cedo segue-se. A13 cria uma regra de tal forma complexa que se engana várias vezes no raciocínio, tornando impossível que o grupo descubra a regra. Esta ronda do jogo acaba por demorar demasiado tempo, por insistência de F13 e A13 que queriam descobrir sozinhos, principalmente devido à postura de A13 que desprezava os outros nesta ronda. O jogo termina apenas quando A13 compreende que se enganou e revela a regra, contudo apenas admite o seu erro após insistência por partes de Joana. F13 e C11, neste momento, adotam uma postura semelhante à de A13 nesta ronda, o que Joana consegue terminar. Estando na hora de trocar de atividade e tendo em conta a insistência do grupo para fazer mais uma ronda desta atividade, sendo que S15 não se pronuncia nestes momentos de forma espontâneo, apenas quando solicitado, Joana permite mais uma ronda sendo a própria a realizar a regra, de modo a ter controlo da sua simplicidade e aumentar as possibilidades de ser rápida. Esta última ronda acaba por não ser rápida. As terapeutas e S15 compreendem a regra rapidamente, no entanto, os rapazes demonstram várias dificuldades. A13 diz ter percebido a regra, contudo, é visível com as suas repostas que não é verdade e as terapeutas confrontam-no com isso. Quando a atividade acaba, já a sessão está perto do fim e segue-se para o desenho. Este momento deixa F13 muito triste por querer jogar ao Sr. Doutor, prometendo as terapeutas que se jogava na próxima sessão. F13 refere que, em princípio terá de faltar na próxima semana e combina-se que esta atividade ficará guardada para a próxima sessão e, que F13 esteja presente.

Simbolização: Retornando ao mesmo espaço da conversa inicial todos realizam um desenho. S15 permanece imóvel neste momento e nota-se a grande ansiedade que lhe surge, sendo necessário a intervenção de uma terapeuta para a ajudar a colocar algo no papel. S15 é assim, o único elemento que escreve desta vez. F13 e C11 procuram preencher o silêncio falando constantemente e contrariando as terapeutas.

Conversa Final: Neste momento, falam sobre o que realizaram. S15 opta por não mostrar o que escreveu, mas refere que gostou muito da atividade que realizaram. Nos restantes elementos do grupo, nota-se uma grande evolução da simbolização. A13 não desenha nem refere o “barbicha”, elemento do grupo anterior, e F13 e C11 não só são capazes de representar a sessão

O'numa imagem, como esta imagem não era da sala ou como habitual, mas sim, de um lugar imaginado, simbolizando a ilha para onde "levavam" as coisas na atividade e a permissão ou não de levar estes objetos. Terminando de uma forma positiva, todos arrumam as almofadas, despedem-se e saem da sala de psicomotricidade.

No que respeita ao primeiro grupo da tarde referente ao Hospital de Dia (Grupo I), chegaram à Unidade quatro dos seis adolescentes que foram propostos para o grupo de psicomotricidade, sendo estes: D15, G17, C16 e A17.

Conversa inicial: Todos os adolescentes se sentaram sobre uma almofada que já se encontrava sobre o chão, fazendo um círculo, após se descalçarem. Neste círculo, foi questionado o que os adolescentes fizeram durante o fim de semana e como se sentiam. Todos os adolescentes partilharam um pouco do que fizeram no fim de semana, sendo que aqui o D15 referiu que teria visto um filme da Marvel, questionando às terapeutas a sua preferência pela Marvel ou DC, surgindo o tema "Podemos ser ou não amigos de pessoas que não gostam do mesmo que nós". O D15 expressou a sua opinião referindo que apenas se interessava por pessoas com os mesmos gostos que ele, já o G17 e a A17 referiram que podemos conhecer e ser amigos de pessoas com gostos diferentes aos nossos, concordando a C16 com esta afirmação. De seguida, o D15 prontificou-se para escrever os nomes dos presentes sobre o quadro. Posteriormente, a terapeuta escreveu o planeamento da sessão com a ajuda dos elementos do grupo, uma vez que nenhum adolescente se prontificou para desempenhar esta tarefa. No decorrer da construção do planeamento, apesar de todos os adolescentes aceitarem as atividades delineadas, o D15 permaneceu reticente perante a realização da atividade "Casinhas", uma vez que a considerava muito "parada", contudo, aceitou, aderiu e participou na mesma.

Preparação para a sessão: Nesta atividade "Casinhas", inicialmente os adolescentes encontravam-se um pouco inibidos e sem perceber como é que a atividade se iria desenrolar, contudo, acabaram por aderir e por demonstrar gostarem da mesma, sendo necessário parar a meio desta por se encontrarem muito cansados, pois houve uma participação intensa de todos. O D15 fez diversas vezes por não mudar de lugar, contudo, tal como a C16, G17 e A17 encontravam-se super empenhados, risonhos e divertidos, observando-se uma boa dinâmica entre o grupo.

Parte Fundamental: Seguidamente, foi realizada a atividade "Jogo das prioridades", onde apenas foi possível ter tempo para participar o D15 e o G17, sendo que ambos tomaram a iniciativa de iniciar a atividade. Inicialmente, a C16 e a A17 evitaram a verbalização, contudo, no decorrer da atividade a A17 foi capaz de dar a sua opinião mesmo sendo esta contrária à dos restantes elementos do grupo, tal comportamento ainda não se teria observado até então. As palavras que calharam ao D15 foram as seguintes: Céu, noite, viajar e calma, sendo as mesmas colocadas por esta ordem pelo próprio. Segundo o D15, esta escolha ocorreu uma vez que permanece muito relaxado ao olhar para o céu, prefere a noite porque nesta encontra silêncio, viajar porque gostaria

de sair de Portugal, e calma em último lugar porque não se considera uma pessoa calma, apesar de o querer muito ser. Já ao G17 calharam as seguintes palavras: Companhia, ansiedade, perdoar e arriscar, sendo as mesmas colocadas por esta ordem pelo próprio. Segundo o G17, ele adora estar na companhia dos outros, a ansiedade foi colocada em segundo lugar uma vez que gostaria de controlar a sua ansiedade, mas não consegue estando esta sempre presente no seu dia a dia, perdoar permaneceu em terceiro porque gosta de perdoar os outros, apesar de considerar que existem pessoas que não merecem, por fim, colocou a palavra arriscar considerando que não o gosta de fazer. No final da atividade, as terapeutas perceberam que a mesma foi interpretada como ordenar as palavras conforme o que mais gostavam ou conforme o que eram, e não as que preferiam ou dariam maior valor, como seria o objetivo. Observou-se que o grupo já conhecia muitos fatores e gostos do G17, acertando em mais de metade das palavras ordenadas por este, já com o D15 houve uma maior dificuldade em desvendar a ordem por ele escolhida.

Retorno à calma/Relaxação: Não foi possível realizar a relaxação por falta de tempo.

Simbolização + Conversa final: Não foi possível realizar a simbolização da sessão por falta de tempo, contudo, no decorrer da conversa final o D15 partilhou que apesar de ter gostado da sessão, preferia atividades realizadas com bola, semelhante a esta opinião, o G17 partilhou que prefere atividades mais “movimentadas”, mas que aceita qualquer atividade desde que o grupo também a aceite e se interesse pela mesma, A17 e C16 não expressaram opinião sobre este assunto, apenas acenaram que concordavam com o G17. Não foram realizadas sugestões de atividades que gostariam de realizar na próxima sessão. Seguidamente, todos arrumaram as almofadas e calçaram-se.

No segundo grupo da tarde referente ao Hospital de Dia (Grupo II), chegaram à Unidade quatro dos sete adolescentes que foram propostos para o grupo de psicomotricidade, sendo estes: B13, J13, S13 e T12.

Conversa inicial: Todos os adolescentes se sentaram sobre uma almofada que já se encontrava sobre o chão, fazendo um círculo, após se descalçarem. Neste círculo, foi questionado o que os adolescentes fizeram durante o fim de semana e como se sentiam. Todos os adolescentes partilharam um pouco do que fizeram no fim de semana, sendo que aqui o B13 referiu que para o próximo ano iria sair do lar onde se encontrava e que por essa razão deixaria de frequentar o grupo, ao qual o J13 aproveitou para referir que este seria o seu último dia no grupo, pois iria desistir, contudo, esta afirmação poderá estar associada a uma agressividade perante as terapeutas. No decorrer desta partilha, tanto o T12 como o S13 permaneceram muito curiosos sobre a permanência do B13 no lar, como tal, surgiram diversas dúvidas e um pequeno debate sobre os prós e contras de viver com a família ou num lar. De seguida, o S13 prontificou-se para escrever os nomes dos presentes sobre o quadro, e o planeamento da sessão com a ajuda das terapeutas e dos restantes elementos do grupo. No decorrer da construção do planeamento, foi

necessário explicar ao B13 em que consistia a atividade, uma vez que ele não estava na sessão na semana anterior. O T12 começou por explicar a atividade ao B13, contudo, o grupo começou a falar em simultâneo à explicação do T12, dificultando esta tarefa, assim sendo, optou-se por simbolizar sobre o quadro a atividade com o auxílio do T12 e do J13. No decorrer desta explicação, tanto o J13, como o B13 e o S13 desviaram diversas vezes a sua atenção, permanecendo a caminhar pela sala e a manusear o material existente nesta, sendo necessário solicitar que o T12 o fizesse sem o auxílio das terapeutas. O T12 foi capaz de assumir este papel e de organizar o grupo.

Parte Fundamental: Seguidamente, foi realizada a atividade “Desafio e enigmas de regras”, onde o T12 formou de imediato par com o S13 de forma a adquirirem pistas, e o B13 e J13 a adquirirem desafios. No decorrer de toda a atividade, o J13 apresentou comportamentos de oposição e desafio, não esperou pelo seu par para realizar a atividade, não transportou apenas um objeto mesmo sendo-lhe referido que esta seria uma das regras da atividade, e ainda, manuseou o material de forma inapropriada. O T12 e o S13 foram capazes de cooperar um com o outro e entreajudarem-se. No decorrer da atividade, houve a necessidade de solicitar que os adolescentes alterassem os pares, como forma de todos passarem por todas as estações, vivenciassem cada uma delas, e ainda, formassem par com todos os colegas. Com a mudança de pares, o S13 permaneceu com alguns comportamentos de oposição, pois queria apenas formar par com o T12, apesar disso, foi capaz de aceitar a decisão das terapeutas e de continuar a sua tarefa na atividade. No final da atividade e quando já teriam adquirido todas as pistas e desafios, o grupo juntou-se como forma de completar os enigmas e construir as frases existentes nestes, contudo, o S13 não quis participar nesta tarefa referindo que já estava muita gente a fazê-lo.

Retorno à calma/Relaxação: Não foi possível realizar a relaxação por falta de tempo.

Simbolização + Conversa final: Não foi possível realizar a simbolização da sessão por falta de tempo. No decorrer da conversa final, sentiu-se a necessidade de ler e rever as regras da sessão decifradas com a realização da atividade anterior, sendo o T12 a tomar a iniciativa de realizar esta tarefa. Enquanto isto, o S13 e o B13 permaneceram a manusear o material que se encontrava na sala, o que acabou por perturbar a atenção dos restantes elementos do grupo, como tal, foi necessário interromper este comportamento e solicitar que os adolescentes arrumassem o material, e ainda, que o B13 realizasse novamente a leitura das regras, seguido de um debate sobre o tema das regras das nossas sessões. Após isto, foi solicitado que os adolescentes arrumassem as almofadas e se calçassem. Não foram realizadas sugestões de atividades que gostariam de realizar na próxima sessão.

No final das sessões de grupo, a estagiária arrumou a sala de Psicomotricidade, permanecendo esta arrumada e preparada para a reunião de equipa do dia seguinte, e organizou os desenhos realizados pelos adolescentes sobre o dossier da Unidade.

30 de março de 2022

O dia iniciou-se às 9 horas, sendo que a reunião de equipa se realizou apenas às 9:30 horas.

Inicialmente, foi apresentado e debatido a importância da enfermagem na Pedopsiquiatria, e ainda, as suas diferentes áreas de intervenção neste serviço.

Relativamente à reunião do Hospital de Dia, foi realizada a apresentação por parte do atelier “psicomotricidade”. No decorrer desta reunião, foram apresentados os três grupos que se encontram em acompanhamento, e a evolução dos adolescentes que se encontram integrados no mesmo, sendo este um momento muito enriquecedor de partilha e debates com a equipa.

Após as duas reuniões clínicas, a estagiária foi almoçar e de seguida iniciou a sessão com o Rafael.

A sessão iniciou-se com a Rafael e a estagiária a descalçarem os sapatos, seguido de uma conversa sobre almofadas. No decorrer desta conversa, a estagiária questionou ao Rafael como teria corrido o seu fim de semana, mas logo este iniciou um assunto que o fez entrar na sessão um pouco perturbado, pois uma colega de turma teria hoje roubado o seu cartão da escola. Aqui o Rafael desabafou o sucedido com a estagiária sendo aqui questionando como o adolescente se teria sentido nos diversos momentos desta situação, observando-se uma aparente dificuldade sobre a consciência emocional, pois não foi capaz de associar nenhuma emoção às situações vivenciadas, referindo apenas que não precisava de se preocupar por o pai iria resolver a situação. O Rafael apenas conseguiu referir que o único sentimento que experienciou foi a desilusão, continuando sem associar emoções à situação. Após esta partilha, o Rafael referiu ainda de forma espontânea que não tem ido ao teatro uma vez que a professora se encontra em isolamento, referindo ainda que a colega nova refugiada se encontra a faltar.

Seguidamente, a estagiária questionou o que o Rafael gostaria de fazer hoje, e de imediato este referiu muito indignado por considerar que a estagiária já não se recordava que seria uma atividade com recurso a tintas, como foi sugerido na sessão anterior. O Rafael começou por explorar a caixa de expressões plásticas, e logo encontrou diversos cartões com situações que poderão acontecer no nosso dia a dia (Figura.2), acabando por sugerir utilizar os mesmos para a atividade de hoje, sendo que a estagiária apenas referiu que poderíamos simbolizar com recurso a tintas e/ou lápis de cera a emoção ou sentimento que a situação descrita no cartão nos despoletaria.

O Rafael aderiu à atividade e no decorrer da mesma explorou tanto as tintas como os lápis de cera. Foram escolhidas um total de quatro cartões, dois pela estagiária e outros dois pelo adolescente de forma aleatória e com os mesmos virados para baixo, de forma a não influenciar a nossa escolha. A atividade escolhida acabou por estar muito adequada à situação que o Rafael contou na conversa inicial, contudo, a mesma não estava planeada, sendo esta coincidência bastante interessante e pertinente. No decorrer desta atividade, e à semelhança do que aconteceu

na situação referida na conversa inicial, o Rafael apresentou bastantes dificuldades sobre a consciencialização emocional, e até mesmo sobre o conhecimento das diferentes emoções e sentimentos, simbolizando apenas as emoções básicas (alegria e tristeza). No primeiro cartão escolhido a situação foi “Acontece algo que não estavas à espera”, à qual o Rafael simboliza uma cara triste, referindo sentir tristeza (Figura.3), o segundo cartão escolhido refere-se à situação “Vais passear”, à qual o Rafael simboliza uma cara contente (Figura.4), referindo que se sente feliz, já o terceiro cartão que corresponde à situação “Encontras um amigo”, o Rafael decidiu simbolizar duas emoções (Figura.4), uma feliz e outra triste, pois referiu que depende do amigo, há amigos em que ele se sente feliz por encontrar e outros que apenas não quer encontrar, no último cartão escolhido que corresponde à situação “Não consegues fazer alguma coisa que querias muito” o Rafael simbolizou uma emoção que este referiu ser criada por si (Figura.4), sendo esta apelidada como “emoção interrogativa”, que refere sentir quando ocorre algo que não estaria à espera e realiza diversas questões a si próprio, não sendo capaz de corresponder este sentimento a uma emoção realmente existente.



Figura.2. Cartões com situações do quotidiano

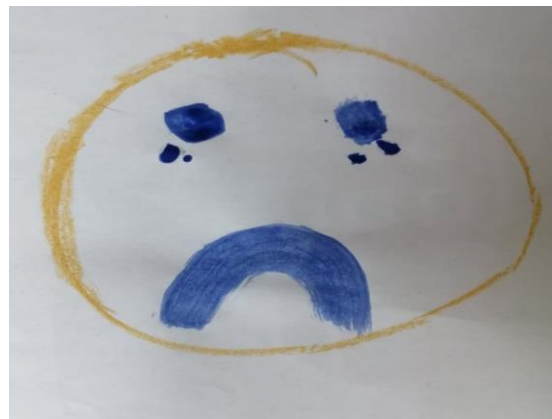


Figura.3. Emoção tristeza Rafael



Figura.4. Emoção felicidade, tristeza e interrogativa Rafael

Observou-se ainda que os rostos realizados se encontravam com pouca diversidade de detalhes anatômicos, realizando sobre a emoção final um nariz, talvez por o Rafael ter aqui observado as emoções que a estagiária também se encontrava a simbolizar em simultâneo ao Rafael.

Posteriormente realizou-se a relaxação baseada no método Eutonia e Relaxamento de Brieghel-Müller (1987) (movimentos ativo-passivos) como realizado na sessão anterior, mas hoje direcionada aos membros inferiores. Inicialmente observou-se a presença de muitas resistências ao movimento, insensibilidade ao peso dos membros não os descontraindo nem realizando movimentos passivos, e ainda, bastante rigidez muscular, contudo, no decorrer da relaxação o Rafael foi capaz de minimizar esta rigidez.

No final da simbolização da sessão realizada com recurso à escrita (Figura.5), o Rafael partilhou que gostou da atividade das emoções, sem grande desenvolvimento na partilha. O Rafael tem demonstrado aparentes dificuldades sobre a simbolização, uma vez que apenas o tem feito com recurso à escrita, escrevendo apenas um resumo do que realizou na sessão.

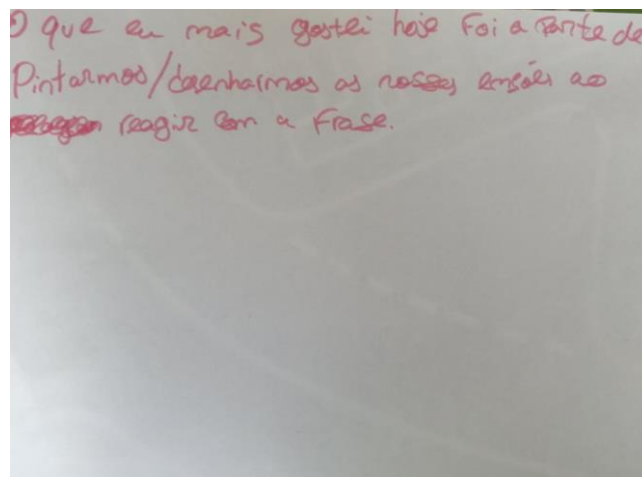


Figura.5. Simbolização Rafael

No decorrer da conversa final, o Rafael referiu que quase adormeceu na relaxação, sentiu-se bem na mesma, e até agora as suas preferências estariam na relaxação com bola e no método Eutonia e Relaxamento de Brieghel-Müller (1987).

7.6 Anexo VI: Desenhos realizados no DAP pelo Estudo de Caso I

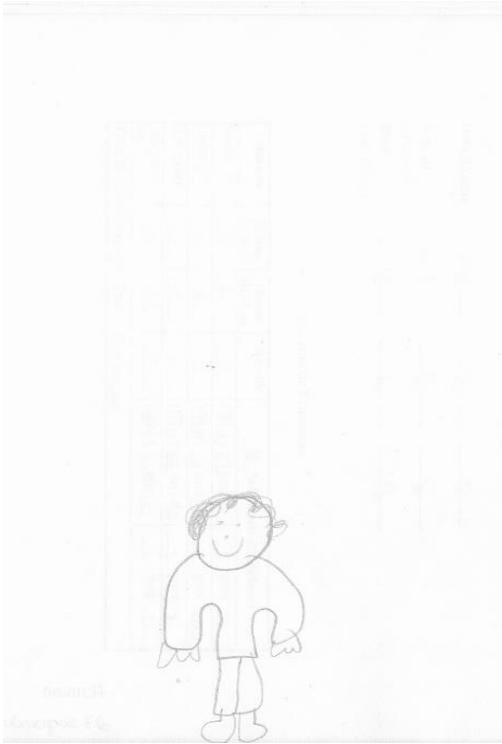


Figura.1. Desenho do Homem referente à avaliação inicial

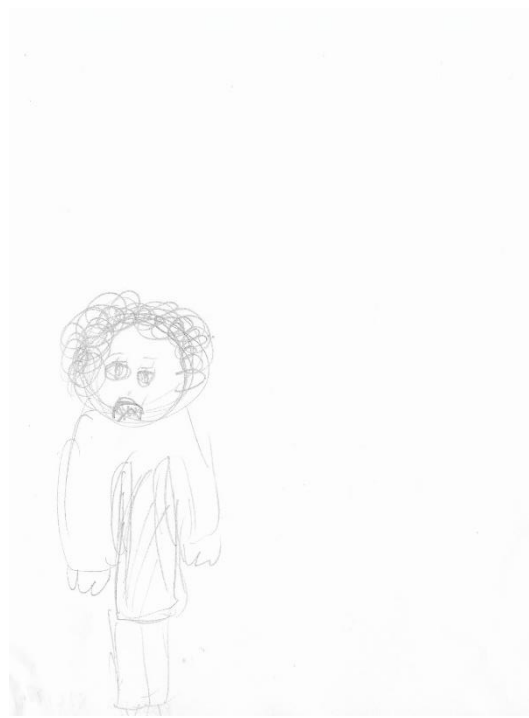


Figura.2. Desenho do Homem referente à avaliação final

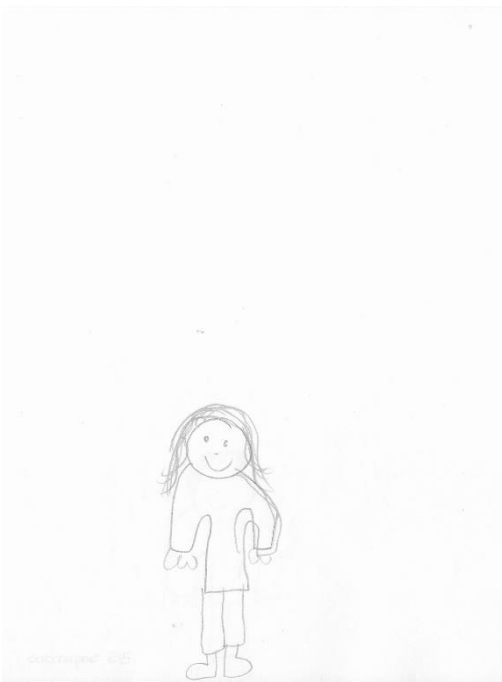


Figura.3. Desenho da Mulher referente à avaliação inicial



Figura.4. Desenho da Mulher referente à avaliação final

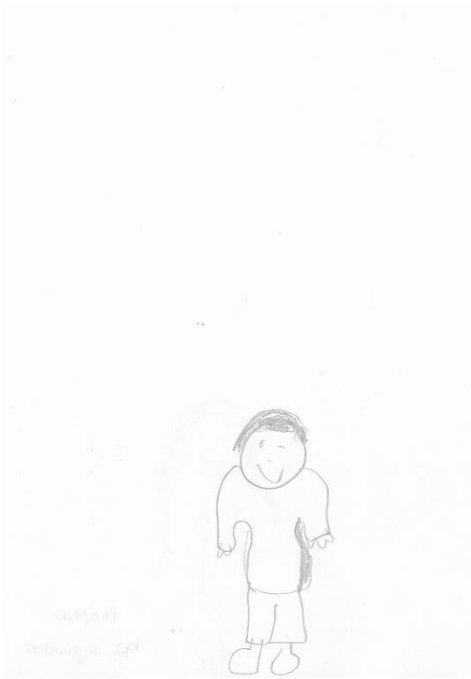


Figura.5. Desenho do Próprio referente à avaliação inicial



Figura.6. Desenho do Próprio referente à avaliação final

7.7 Anexo VII: Desenhos realizados no DAP pelo Estudo de Caso II

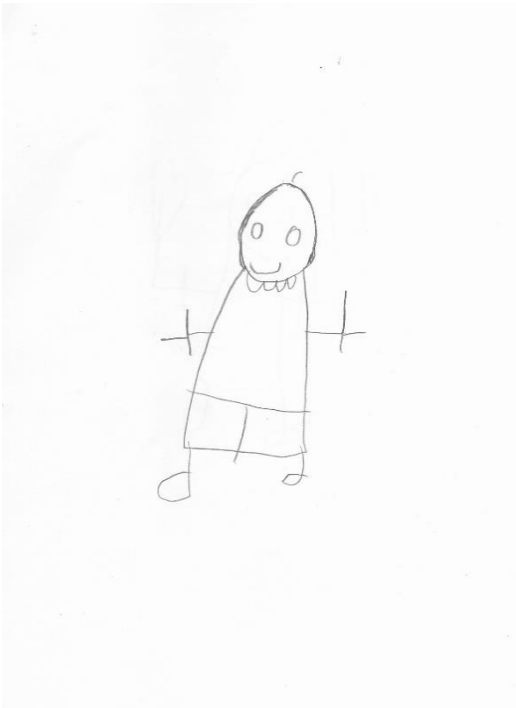


Figura.1. Desenho do Homem referente à avaliação inicial



Figura.2. Desenho do Homem referente à avaliação final

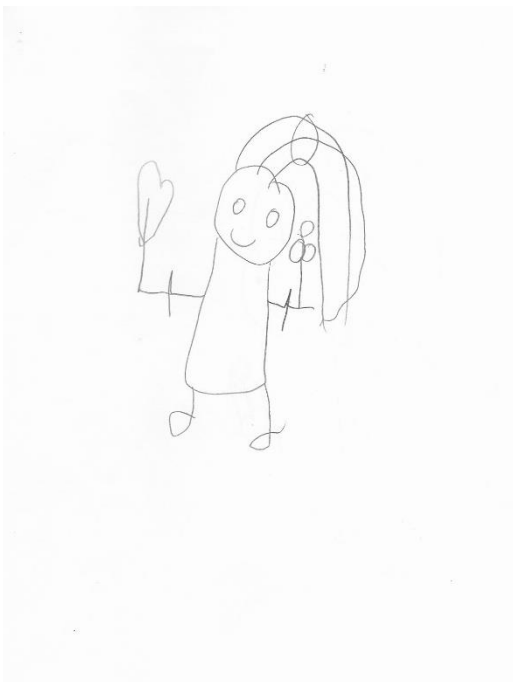


Figura.3. Desenho da Mulher referente à avaliação inicial



Figura.4. Desenho da Mulher referente à avaliação final



Figura.5. Desenho do Próprio referente à avaliação inicial



Figura.6. Desenho do Próprio referente à avaliação final

7.8 Anexo VIII: Exemplos de atividades Estudo de Caso II

Tendo em conta as técnicas e métodos utilizados no decorrer da intervenção com a Beatriz, no início da intervenção, mais especificamente entre o mês de novembro e janeiro, a criança trazia para todas as sessões um jogo do qual gostava muito e que fazia questão de o partilhar com a terapeuta. Este momento de partilha inicial permitiu que a criança sentisse que seria o espaço e o tempo dela, que era aceite pela terapeuta, contribuindo assim para a adesão e empenho da criança sobre o plano terapêutico e para o estabelecimento da relação terapêutica.

Outro exemplo de atividade desenvolvido no decorrer da intervenção onde apela ao jogo espontâneo, e com a finalidade de promover os fatores psicomotores, nomeadamente, o equilíbrio e a motricidade global, diz respeito à elaboração de um percurso psicomotor (Figura.1). Inicialmente foram escolhidos todos os materiais necessários à realização desta atividade e atribuída uma função a cada um destes. De seguida, os materiais foram dispostos na sala. O percurso iniciou-se sobre um pino que marcava o início do mesmo, seguidamente, encontrava-se um arco no qual se teria de realizar uma figura de equilíbrio à escolha do jogador, de seguida, este passaria para uma base sensorial/equilíbrio onde teria de permanecer durante 10 segundos em equilíbrio unipedal, passando para a próxima estação com recurso a andas, e por fim, sugeria-se que lançasse cinco argolas de esponja sobre um pino.



Figura.1. Percurso de equilíbrio e coordenação óculo-manual

Já no que se refere à promoção da motricidade fina e da noção do corpo, foram realizadas diversas atividades que consistiam em moldar plasticina em forma de figura humana (Figura.2), e ainda, representar a criança e a terapeuta através do desenho e da pintura (Figura.3).



Figura.2. Figura humana em plasticina



Figura. 3. Pintura realizada pela Beatriz com recurso a tintas

Com a finalidade de promover a estruturação espaço-temporal, nomeadamente, a estruturação e integração rítmica, foram desenvolvidas diversas estruturas rítmicas inicialmente pela criança e posteriormente pela terapeuta, sendo que cada estrutura deveria ser seguidamente reproduzida pela outra pessoa. As estruturas rítmicas compreenderam diferentes instrumentos musicais e a emissão de sons com recurso às mãos e pernas. Com a finalidade de promover a regulação tónica e a noção do corpo, recorreu-se ao momento da relaxação.

Relativamente aos mediadores artístico-expressivos, a nível da expressão plástica, e com a finalidade de promover as competências socioemocionais, nomeadamente, a consciência e regulação emocional, realizou-se uma atividade que diz respeito à simbolização de emoções ou sentimentos que uma situação do nosso quotidiano nos despoletaria, com recurso a tintas ou lápis de cera. O nome de cada situação encontrava-se inscrita em cartões, sendo escolhidos aleatoriamente quatro cartões. De seguida, à vez, cada cartão seria visualizado e as emoções/sentimentos seriam simbolizadas numa folha branca (Figura.4). Outra atividade semelhante, consistiu em associar a imagem representativa de uma emoção à própria palavra referente a esta (Figura.5).



Figura.4. Atividade simbolização de emoções



Figura.5. Atividade associar imagem de emoções à palavra

7.9 Anexo IX: Perfil Intra-Individual Estudo de Caso II

Áreas/comportamentos fortes (integridade)	Áreas intermédias (consolidadas)	Áreas/comportamentos fracas/os (necessidade)
Lateralidade	Controlo tónico (Diadocinésias, sincinésias, controlo dos movimentos – tónus de ação)	Controlo tónico (Extensibilidade, passividade e paratonia – tónus de fundo)
Competências socio-emocionais (Motivação, contacto visual, colaboração, cooperação, disponibilidade relacional, disponibilidade na realização de tarefas propostas, comunicação não-verbal, expressividade do movimento)	Estruturação Espaço-temporal (Organização)	Equilíbrio
	Competências socio-emocionais (Relações emocionais, regulação social)	Noção do corpo (Autoimagem/controlo bilateral, imagem e esquema corporal)
	Competências cognitivas (Atenção focalizada, Planeamento motor, capacidade de resolução de problemas)	Estruturação Espaço-temporal (Estruturação dinâmica, estruturação rítmica, representação topográfica, sequencialização visuoespacial, perceção auditiva, integração rítmica, interiorização espacial)
		Motricidade global (Coordenação dos membros superiores, coordenação óculo-manual, coordenação óculo-pedal)
		Motricidade fina (Proficiência motora fina, destreza manual)
		Competências cognitivas (Memória visual, capacidade simbólica)
		Competências socio-emocionais (Tolerância à frustração, regulação emocional, comunicação verbal, hipervigilância, autocontrolo da impulsividade e agitação psicomotora)

7.10 Anexo X: Objetivos Terapêuticos Estudo de Caso II

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Normalizar o tônus muscular	Aumentar o grau de descontração voluntária, sem apresentar tensões musculares e sincinésias
	Aceder e permanecer num estado de passividade e de abandono
	Conscienciar os estados de tensão e descontração, ao nível dos membros superiores e inferiores
	Estimular a capacidade de inibição do movimento
Estimular o equilíbrio	Promover o controlo do equilíbrio estático
	Promover o controlo do equilíbrio dinâmico
Promover a noção do corpo	Melhorar o desenho da figura humana, a imagem/esquema corporal
	Promover a consciencialização corporal
	Conscienciar-se sobre os seus limites corporais
Melhorar a estruturação espaço-temporal	Promover a organização espacial e sequencialização visuoespacial
	Promover a organização temporal
	Promover a perceção auditiva
	Promover a estruturação e integração rítmica
Melhorar a motricidade global	Promover a agilidade e coordenação entre membros
	Promover a coordenação óculo-pedal
	Promover a coordenação óculo-manual
Melhorar a motricidade fina	Promover a apreensão e manipulação de objetos de pequenas dimensões
	Promover a destreza manual
Promover as competências cognitivas	Promover a memória visual
	Promover a simbolização
Promover as competências socio-emocionais	Promover a consciencialização e exteriorização de sentimentos e emoções
	Promover a regulação emocional
	Promover a comunicação verbal e maximizar as competências linguísticas
	Adequar o comportamento
	Promover a reflexão e sentido crítico