

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

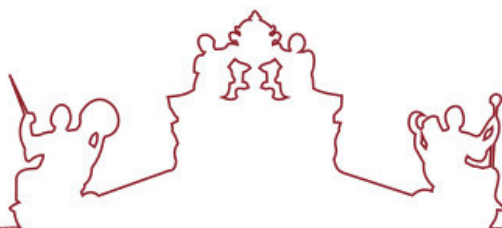
Relatório de Estágio

**Prática Psicomotora em Contexto Hospitalar: integração no
Serviço de Pedopsiquiatria**

Laura Marina Portela Andrade

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria da Graça Santos

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Prática Psicomotora em Contexto Hospitalar: integração no
Serviço de Pedopsiquiatria**

Laura Marina Portela Andrade

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria da Graça Santos

Évora 2023



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

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

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

Resumo

“Prática Psicomotora em Contexto Hospitalar: Integração no Serviço de Pedopsiquiatria”

A intervenção psicomotora, no contexto de saúde mental infanto-juvenil, é valorizada pela sua abordagem corporal, que envolve o movimento e a psique, e compreende a linguagem tônico-emocional. Esta prática possibilita a vivência de experiências num ambiente seguro, favorece a simbolização e atribuição de significados, e incentiva o estabelecimento de relações, com o próprio e com o outro. O presente documento tem como foco a descrição das práticas dinamizadas no estágio curricular em contexto hospitalar, num serviço de pedopsiquiatria. Os objetivos centram-se no enquadramento teórico da prática psicomotora, na descrição das atividades realizadas e na análise detalhada de dois estudos de caso, um em contexto individual e outro em grupo. Em ambos os casos acompanhados, foram observadas melhorias, que permitiram realçar a importância do psicomotricista numa equipa multidisciplinar. No final do relatório, é apresentada uma reflexão sobre a experiência de estágio, a nível pessoal e profissional.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Hospital de Dia, Pedopsiquiatria, Infância, Adolescência, Psicopatologia

Abstract

“Psychomotor Practice in a Hospital Context: Integration into the Pedopsychiatry Service”

In the context of child and adolescent mental health, psychomotor intervention is valued for its bodily approach, which involves movement and the psyche, and it understands tonic-emotional language. This practice makes it possible to live experiences in a safe environment, favouring symbolization and attribution of meaning and encouraging the establishment of relationships with oneself and others. This document describes the practices promoted during the curricular internship in a hospital context, in a pedopsychiatry service. The objectives are centred on the theoretical framework of psychomotor practice, the description of the activities carried out and the detailed analysis of two case studies, one in an individual context and the other in a group. In both cases presented, improvements were observed, highlighting the importance of the psychomotricist in a multidisciplinary team. At the end of the report, a reflection is presented on the internship experience on a personal and professional level.

Keywords: Psychomotricity; Day Hospital; Pedopsychiatry; Infancy; Adolescence; Psychopathology.

Agradecimentos

Será sempre difícil definir uma fase de vida em poucas palavras, e ainda mais difícil será agradecer a todas as pessoas que contribuíram para que esta fase fosse tão bonita.

Às minhas orientadoras de estágio, Prof.^a Dr.^a Gabriela Almeida e Prof.^a Dr.^a Graça Santos, pela excelente orientação, pelos ensinamentos, pela exigência e por todas as reflexões que fizemos em conjunto. Um enorme obrigada.

À Universidade de Évora e a todos os seus docentes que comigo partilharam dos seus conhecimentos, essenciais para a realização deste estágio.

Agradeço aos meus pais, que sempre me incentivaram a lutar pelos meus objetivos e que de tanto abdicaram para que eu pudesse aqui chegar. Pelas lágrimas no aeroporto e pelas saudades de casa.

À minha irmã, ao meu cunhado e aos meus sobrinhos, Francisco e Boris, por terem sido casa e por se terem certificado que, junto deles, nunca estava aborrecida.

Ao meu namorado, por ter acreditado em mim quando duvidei. Pelas manhãs no trânsito e pelas noites de estudo. Obrigada por teres aparecido quando eu não sabia que precisava e por me teres motivado nos momentos mais frágeis.

À minha amiga, Maria Inês Costa, com quem partilhei tantas angústias e que foi tantas vezes colo. Obrigada pelo companheirismo e pela amizade sincera.

Às minhas amigas Carolina Sousa e Catarina Varela, que, embora não tenhamos partilhado a experiência de estágio, sempre mostraram o seu apoio e tão bem me desejaram.

Agradeço em seguida, e com grande destaque, à “Sr.^ª” Orientadora Cláudia Almeida, pelos inúmeros ensinamentos e por ter partilhado comigo a sua tão acertada visão sobre cada caso acompanhado. Pela calma que transmite, pela paciência que teve e por todo o apoio que deu, um enorme obrigada.

Às “senhoras” enfermeiras, Luiza e Cláudia, pela disponibilidade e partilha, e pelos momentos de reflexão.

Ao Pedopsiquiatra, Dr. José, que prontamente me recebeu no seu serviço e que esteve sempre disponível para esclarecimento de dúvidas, permitindo a minha participação em diversas atividades e momentos do Hospital.

A toda a equipa do Hospital de Dia, que foi o melhor exemplo do que deve ser uma equipa multidisciplinar. Por lutarem pelos direitos dos jovens e colocarem sempre o seu bem estar como prioridade.

Às minhas colegas de estágio, Catarina e Patrícia, que tão bem me acolheram e que viveram comigo toda esta experiência.

Por fim, um gigante obrigada às crianças que acompanhei ao longo do estágio e que me fizeram adotar um olhar distinto e um ritmo diferente do meu. Pelas bolas atiradas e pelas guerras realizadas, um enorme obrigada. Agradeço também aos adolescentes que tive o privilégio de acompanhar e que me fizeram crescer com eles. Pelo exemplo de força e superação e pelos momentos bonitos, obrigada.

Índice

<i>Resumo</i>	<i>I</i>
<i>Abstract</i>	<i>I</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>II</i>
<i>Lista de Abreviaturas</i>	<i>VIII</i>
1. Introdução	1
II. Enquadramento Teórico da Prática Psicomotora em contexto Profissional	2
1. Psicomotricidade na Saúde Mental Infanto-juvenil.....	2
1.1. Metodologias de intervenção.....	3
2. Caracterização da instituição.....	5
3. Descrição da População Atendida.....	7
III. Descrição das atividades de estágio	10
1. Organização das atividades de estágio.....	10
1.1. Calendarização e Horário das atividades.....	10
1.2. Experiências complementares de estágio.....	11
2. Intervenção psicomotora no local de estágio.....	13
2.1. Etapas de intervenção.....	14
2.1.1. Entrevista.....	14
2.1.2. Avaliação Informal.....	15
2.1.3. Avaliação Formal.....	15
2.1.4. Projeto Terapêutico.....	15
2.1.5. Avaliação Final.....	15
2.2. Descrição dos instrumentos de avaliação.....	15
3. Caracterização geral dos casos acompanhados.....	19
3.1. Descrição breve dos casos acompanhados.....	19
3.2. Casos acompanhados individualmente.....	20
3.2.1. Acompanhamento Individual - SP.....	20
3.3. Acompanhamentos em contexto de Grupo.....	22

3.4. Descrição dos casos acompanhados nos grupos do Hospital de Dia	23
<i>IV. Dois Estudos de Caso</i>	45
<i>Caso I</i>	45
1. Fundamentação Teórica de suporte ao caso	45
2. História Pessoal e Clínica.....	46
3. Plano de avaliação	47
4. Resultados da Avaliação Inicial.....	48
5. Compreensão e hipóteses explicativas	50
6. Perfil Intra-individual	54
8. Projeto Terapêutico	56
8.1. Principais diretrizes e Fundamentação da Intervenção.....	56
8.2. Estratégias Específicas	58
8.3. Exemplos de Atividades	59
9. Progressão Terapêutica.....	59
10. Abordagem compreensiva do caso e progressão terapêutica	63
Resumo	64
1. Introdução	65
2. História pessoal e clínica	67
i. João	67
3. Procedimentos de avaliação.....	68
4. Avaliação Inicial	69
5. Hipóteses Explicativas.....	72
6. Perfil Intraindividual	73
7. Objetivos Terapêuticos.....	73
8. Projeto Terapêutico	74
8.1. Diretrizes e Fundamentação da Intervenção	74
8.2. Estratégias Específicas	75
8.3. Exemplos de atividades	76

9. Avaliação inicial com a Avaliação final e a Progressão Terapêutica.....	77
Draw a Person Test – DAP	77
Escala de Autoconceito de Piers Harris.....	77
Estátua de Nepsy – II.....	78
Questionário de Capacidades e Dificuldades	78
LOFOPT.....	80
10. Progressão Terapêutica.....	81
11. Discussão dos Resultados	83
12. Conclusões sobre o estudo de caso	84
Referências Bibliográficas	84
<i>V. Conclusão.....</i>	<i>86</i>
<i>VI. Referências Bibliográficas</i>	<i>87</i>
Anexo 1 – Exemplo de Plano de Sessão de grupo	91
Anexo 2 – Exemplo de Relatório de Sessão Individual	92
Anexo 3 – Exemplo de Relatório de Sessão de Grupo.....	94

Índice de Tabelas

Tabela 1- Calendarização das atividades de estágio.....	10
Tabela 2- Horário semanal das atividades realizadas em estágio.....	11
Tabela 3 - Significado da pontuação do instrumento de avaliação LOFOPT	18
Tabela 4 - Descrição dos casos acompanhados	19
Tabela 5 - Caracterização Geral dos Grupos de Psicomotricidade	23
Tabela 6 - Objetivos terapêuticos, mediadores e técnicas para o Grupo I.....	24
Tabela 7- Avaliações iniciais, finais e progressão dos participantes do Grupo I.....	25
Tabela 8 - Objetivos terapêuticos, mediadores e técnicas para o Grupo II	30
Tabela 9- Avaliações iniciais, finais e progressão dos participantes do Grupo II.....	30
Tabela 10 - Perfil intraindividual do Diogo - Estudo de Caso I.....	55
Tabela 11 - Objetivos terapêuticos para o acompanhamento do Diogo	55
Tabela 12 - Cotação da avaliação inicial DAP do João.....	69
Tabela 13- Pontuação da Escala de Autoconceito Piers-Harris do João	70
Tabela 14 - Resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – João, Pai e Mãe	70
Tabela 15 - Pontuação da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT) do João	71
Tabela 16 - Perfil Intraindividual do João	73
Tabela 17 – Objetivos terapêuticos para acompanhamento do João	74
Tabela 18 - Resultados da avaliação inicial e final do DAP - João.....	77
Tabela 19 - Resultados da avaliação inicial e final da EAC - João	78
Tabela 20 - Preenchimento QCD da avaliação inicial e da avaliação final do João	79
Tabela 21 - Avaliação inicial vs. Final - LOFOPT.....	80

Índice de Quadros

Quadro 1 - BPM avaliação inicial	49
Quadro 2 - BPM avaliação inicial vs. final	63

Lista de Abreviaturas

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
- BPM- Bateria Psicomotora
- DAP – Draw a Person Test/ Desenho da pessoa
- DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5
- EAC – Escala de Autoconceito Piers-Harris
- EBN – Estátua da Bateria de Nepsy – II
- GOP – Grelha de Observação Psicomotora
- HD – Hospital de Dia
- LOFOPT – The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy /
Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora
- PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- QCD – Questionário de Capacidades e Dificuldades

1. Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito do estágio curricular que se integra no plano curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. O estágio decorreu no núcleo de pedopsiquiatria do Hospital e como tal foi possível a participação no Projeto do Hospital de Dia.

Os principais objetivos do estágio focam-se na contextualização da prática psicomotora num núcleo de pedopsiquiatria, na descrição e análise dos casos que são encaminhados para a Psicomotricidade, com a respetiva contextualização sobre a intervenção psicomotora, na verificação dos resultados da intervenção em dois estudos de caso, que se enquadram nas perturbações de saúde mental da criança e do adolescente, na descrição das atividades realizadas no âmbito da psicomotricidade em contexto hospitalar e na reflexão sobre a pertinência da prática psicomotora em contexto hospitalar.

A Psicomotricidade pressupõe um dispositivo de ajuda ao desenvolvimento e pretende enquadrar o corpo num espaço e tempo, enquanto compreende que este corpo não existe sem psiquismo (Ballouard, 2008). Assim, o corpo é utilizado na (re)construção da estrutura psicocorporal. Para Potel (2019), a importância do corpo, para a prática psicomotora, reside na linguagem corporal, que dará informações ao/a psicomotricista e fará com que a utilize, associada à expressão corporal e à componente sensorial, de forma a que este profissional consiga compreender além daquilo que o utente verbaliza.

O trabalho do/da psicomotricista engloba uma abordagem diferente em relação ao corpo, pois não se limita a observar os seus movimentos mas procura compreender a sua relação com o espaço, com o outro e com o próprio (Ballouard, 2008). Por esta razão, torna-se importante frisar o papel deste profissional nos diferentes contextos em que se pode inserir, tais como nas escolas, nos lares, nas clínicas e nos hospitais (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

Em contexto hospitalar, segundo Santos (2021) existem diversas situações que devem ser encaminhadas para serviços de pedopsiquiatria, como casos de comportamentos autolesivos, comportamentos ou ideias suicidárias, perturbações obsessivas, psicoses, depressão grave, perturbações do comportamento alimentar e crises familiares com repercussões preocupantes no utente. A psicomotricidade pode atuar junto destas problemáticas no sentido de possibilitar a vivência de diversas experiências num ambiente seguro, favorecer a simbolização e a atribuição de significados, incentivar a valorização do próprio e promover as relações sociais (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

A estrutura do presente relatório de estágio consiste inicialmente no enquadramento da prática psicomotora em contexto profissional, seguindo-se a descrição das atividades de estágio e, posteriormente, na apresentação de dois estudos de caso. No enquadramento da prática psicomotora em contexto profissional é realizada uma breve descrição da psicomotricidade na

saúde mental junto da população infanto-juvenil, assim como, são expostas as metodologias utilizadas neste contexto. Nesta primeira parte, é feita a caracterização da instituição, por meio da explicação sobre o seu funcionamento e da enumeração dos serviços disponíveis num Hospital de Dia. De seguida, realiza-se uma breve descrição da população atendida e das diversas psicopatologias que apresentam. Na descrição das atividades de estágio, que se subdivide em três partes, é demonstrada a organização das atividades, onde se inserem o horário e as experiências complementares durante todo o período de estágio. Segue-se a descrição da intervenção psicomotora no local de estágio, de forma a compreender a psicomotricidade na instituição e as diversas etapas de intervenção, acompanhadas dos instrumentos de avaliação utilizados. Por último é feita a caracterização geral dos casos acompanhados, tanto em contexto individual como grupal, o que permite salientar algumas características e dificuldades de cada utente, a respetiva avaliação e a sucessiva progressão terapêutica.

Quanto à descrição dos dois estudos de caso, escolhidos de entre todos os acompanhados, estes serão analisados ao pormenor, atendendo aos dados clínicos e anamnésicos, acompanhados de uma revisão teórica de suporte ao caso e da exposição dos resultados das avaliações realizadas ao longo do acompanhamento. Serão ainda colocadas hipóteses explicativas, para uma maior compreensão de cada caso, permitindo a formulação do respetivo projeto terapêutico, que contará com a fundamentação, abordagem compreensiva do caso e a progressão terapêutica.

No fim deste relatório, é realizada uma reflexão, em forma de conclusão, sobre toda a experiência de estágio e a prática psicomotora no contexto hospitalar, onde se procura também evidenciar a importância do/da psicomotricista numa equipa multidisciplinar e da sua prática junto de diferentes patologias, através do seu olhar holístico.

II. Enquadramento Teórico da Prática Psicomotora em contexto Profissional

1. Psicomotricidade na Saúde Mental Infanto-juvenil

A Psicomotricidade não pode ser interpretada como uma teoria em si, sendo uma práxis que tem como principal referência o corpo em toda a sua extensão (Fernandes, Gutierrez Filho & Rezende, 2018). Esta prática é estruturada através de um conjunto de saberes transdisciplinares que permitem ir de encontro às necessidades de cada pessoa, considerando a sua estrutura multidimensional, psíquica e motora, cognitiva e afetiva, individual e social (Fernandes, Veiga & Gutierrez Filho, 2021). É por isso evidente a inseparabilidade entre a componente psíquica e a dimensão motora, realçando-se que o movimento não se realiza sem a intencionalidade psíquica.

No contexto de saúde mental infantil e juvenil, a Psicomotricidade procura compreender as dificuldades de cada utente e possibilita uma experiência sensorial prazerosa através da mediação corporal, da utilização do movimento e da regulação tónico-emocional com vista à promoção das capacidades relacionais, emocionais e expressivas, que estão muitas vezes comprometidas junto de crianças e jovens com dificuldades a nível de saúde mental (Figueira &

Freitas, 2017). A sua especificidade reside nos seus saberes transdisciplinares e no recurso a diferentes métodos e mediadores, de forma a contribuir para o desenvolvimento da autonomia e independência destes jovens.

Para Almeida (2005) a prática psicomotora em saúde mental, junto de crianças, implica a utilização de princípios e instrumentos que envolvem o corpo, a relação corporal e o jogo, de forma a que, a história inscrita na criança a nível corporal seja por ela vivida num contexto seguro e numa atmosfera permissiva, onde há contenção e escuta.

Ainda que haja a implicação de uma certa complexidade, ao considerarmos a estrutura teórico-prática da psicomotricidade, através da integração e interação de conhecimentos científicos de diversas áreas, esta prática, em saúde mental, pretende estruturar e desenvolver ações terapêuticas de forma a diminuir as dificuldades sentidas pelo utente, com recurso à consciencialização e considerando o corpo em toda a sua identidade (Fernandes, Veiga, & Gutierrez Filho, 2022).

O espaço do/da psicomotricista numa equipa de saúde mental é valorizado devido à sua abordagem corporal que envolve o movimento e a psique e que compreende a linguagem tónico-emocional do corpo (Almeida, 2005).

A componente psíquica, para Joly (2021), é formada pela integração contínua de experiências e do sentimento contínuo de existir, o que é um processo longo que envolve obrigatoriamente o corpo-em-relação. Por esta razão, a psicomotricidade articula conhecimentos de diversas áreas e associa-as ao corpo que se relaciona e age. Para o autor, a psicomotricidade irá promover junto de jovens e crianças com psicopatologia o sentimento de habitar o próprio corpo, irá incentivar a criatividade e promover a consciencialização corporal. Na saúde mental, a psicomotricidade reforça a impossível dissociação entre corpo e psique, e considera as capacidades da/do criança/jovem, associadas à sua história e experiência, para que consiga atribuir significado e ultrapassar as dificuldades sentidas (Joly, 2021).

1.1. Metodologias de intervenção

Tendo em conta a especificidade da Psicomotricidade na Saúde Mental e o seu olhar holístico sobre cada criança e cada jovem, podem ser nomeados alguns métodos utilizados junto desta população. Ao considerarmos a linha de pensamento complexa de Julian de Ajuriaguerra, Rodriguez (2012) afirma que independentemente da abordagem utilizada na prática, direcionada para o jogo livre e para a expressão ou focada nas gnósias, a psicomotricidade refere-se sempre à vivência do corpo, corpo este que está em relação, não apenas afetiva, mas também histórica, não apenas com o outro, mas também com o próprio.

Ao longo do estágio, foram utilizadas várias metodologias, tais como o jogo espontâneo, as terapias expressivas e as técnicas de relaxação. Dadas as características da população atendida, estas metodologias permitiram incentivar a criatividade, promover o movimento espontâneo,

incentivar a expressão corporal e a consciência e regulação emocional, e, conseqüentemente, promover os fatores psicomotores, o autoconhecimento e a socialização (Costa, 2008).

A metodologia de intervenção psicomotora assenta na relação e na sua qualidade para que seja possível promover a iniciativa da criança, com acesso ao gesto e movimento espontâneos (Costa, 2008). Para o autor, todas as ações e jogos baseiam-se nas motivações da/do criança/jovem e por isso esta/e irá sentir as suas capacidades maximizadas, resultando num aumento da sua autoestima (Costa, 2008). Na intervenção é necessária a disponibilidade do terapeuta para a relação e o investimento na mesma, considerando sempre as alterações inerentes ao desenvolvimento (APP, 2017). Tudo isto é possível devido à construção de um espaço securizante por parte do terapeuta, que permita a partilha de emoções e pulsões, com respeito a tudo o que o utente traz para a sessão.

O recurso ao jogo e às atividades lúdicas destaca-se devido à sua potencialidade de exploração do meio e da relação, pelo que existem jogos com diversas finalidades que vão permitir à criança explorar situações subjetivas, descobrir novas formas de se relacionar, com o próprio e com o outro, e adquirir a consciência de si (Fernandes et al., 2018). O jogo permite a expressão da criança através de metáforas corporais e a demonstração da suas necessidades psicoafectivas e emocionais (Fernandes et al., 2018). O jogo-em-relação contribui para a exploração do corpo real, ou seja, do movimento e da funcionalidade, e do corpo imaginário, que engloba as vontades e os desejos da criança, supondo em todos os momentos uma relação com o próprio, com o outro, com o espaço e com o tempo (Fernandes et al., 2018).

No que se refere a técnicas expressivas, o recurso a mediadores artísticos permite a expressão, promovendo a motricidade fina e global, contribuindo também para o enriquecimento a nível das capacidades simbólicas, criativas e da imaginação. A partilha inerente às técnicas expressivas é essencial para a compreensão do mundo da criança que, muitas vezes, não é expresso verbalmente. Estas técnicas permitem ainda promover a relação entre a criança e os materiais, assim como com o próprio e com o terapeuta. As técnicas expressivas possibilitam a expressão e comunicação através de uma perspectiva dinâmica, uma vez que utilizam todas as funções psicomotoras, englobando a regulação tónica, a precisão dos gestos, a liberdade do movimento, o equilíbrio, a consciência e representação do corpo, a autodescoberta e a perceção das emoções (Giromini, Pavot-Lemoine, Robert-Ouvray, S. & Vachez-Gatecel, 2022).

Dado que o corpo é fundamental na intervenção psicomotora, as técnicas de relaxação junto de problemáticas de saúde mental permitem a reflexão sobre o corpo e o (re)investimento no mesmo. Vale referir que as técnicas de relaxação são utilizadas na intervenção psicomotora de forma flexível, com a combinação de conceitos inerentes a cada técnica e com uma reflexão no momento final, que contribui para o aumento da capacidade de expressão (Maximiano, 2004). Deste modo, a relaxação permite o estabelecimento de uma ligação entre o que é sentido e o que é vivido na experiência do corpo, resultando numa maior diferenciação entre a função tónica e a

função motora, entre a atividade e a passividade, entre a ação e a representação (Duarte, 2015). O recurso à relaxação considera a gestão do toque e da proxémia com base nas capacidades e na disponibilidade de cada utente, o que faz com que este espaço e momento sejam vivenciados como experiências que colaboram para a construção da identidade do sujeito e para a melhoria da sua relação consigo próprio.

Um aumento da consciência corporal, derivado da atuação do profissional de psicomotricidade, permite melhorias a nível adaptativo nos diferentes contextos em que o individuo se insere, uma vez que há uma maior reflexão sobre a ação, deixando o corpo de ser agido para ser um corpo pensado (Duarte, 2015).

Para Veiga e Marmeleira (2018), o recurso a técnicas de relaxação é também benéfico no sentido em que promovem o controlo da atenção, ao redirecioná-la, sendo por isso, junto de uma população com quadros ansiogénicos, fundamental a alteração do foco atencional negativo e somático e a promoção da autorregulação.

Durante toda a intervenção psicomotora são utilizados mediadores terapêuticos que consistem num meio de suporte para favorecer a relação e comunicação com o outro e tem uma função de espelho, no sentido em que permite a expressão e a devolução, bem como, a comunicação e a representação (Giromini, 2017). Ao considerar as especificidades da psicomotricidade, o autor assume o corpo do/da psicomotricista como mediador que espelha através da sua corporeidade e que assume o papel de instrumento da relação (Giromini, 2017). Posteriormente, em 2022, Giromini e colegas reforçam este pensamento e referem que o corpo em relação permite a utilização de técnicas permissoras da simbolização.

Ao pensarmos em mediadores, é crucial atentar em técnicas múltiplas que permitem a simbolização e a transformação relacionados com o corpo, a motricidade e a relação (Joly, Boutinaud & Rodriguez, 2022). Existem então elementos próprios da mediação corporal que se organizam e ganham sentido através da compreensão do jogo e dos processos lúdicos, isto é, o jogo como mediador, promotor de processos de desenvolvimento. Antes do estudo específico do jogo como mediador, torna-se relevante olhar para este como um ato que proporciona experiências de exploração, motoras e interativas, que estão na base da psicomotricidade e da relação.

2. Caracterização da instituição

O Centro Hospitalar onde o estágio foi realizado tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, pretendendo ser um hospital de excelência para a comunidade e com foco na humanização do serviço de saúde e no respeito pela dignidade de cada utente.

O estágio inseriu-se no departamento de psiquiatria e saúde mental, mais concretamente no núcleo de pedopsiquiatria, compreendendo como população-alvo crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 21 anos.

Assim sendo, o núcleo de pedopsiquiatria é constituído por profissionais de diferentes áreas, contando a equipa com 3 pedopsiquiatras, 3 psicólogas, 1 psicomotricista, 3 enfermeiras de saúde mental e 1 musicoterapeuta. Destes profissionais, apenas integram o projeto do Hospital de Dia (HD) 1 pedopsiquiatra, 1 psicomotricista, 1 psicóloga, 2 enfermeiras de saúde mental e 1 musicoterapeuta.

Os acompanhamentos podem ser em grupo ou individuais, onde podemos contar com o seguimento individual na consulta de pedopsiquiatria, de psicologia, de psicomotricidade e de musicoterapia, havendo ainda acompanhamento com os pais, em estratégias parentais.

Os grupos do Hospital de Dia (HD) destinam-se a jovens com idades entre os 13 e os 18 anos, que apresentem sintomas psicopatológicos, tais como dificuldades na interação social, absentismo escolar, sintomas referentes a perturbações depressivas, perturbações de ansiedade ou perturbações da personalidade. Estes grupos podem ser diferenciados em dois tipos, os de acompanhamento regular durante o período letivo, constituídos por participantes fixos, e os grupos de acompanhamento durante o período de Verão, que se caracterizam pela possibilidade dada aos jovens de se inscreverem para nele participarem após uma breve triagem anterior à sessão. Os seus objetivos são promover a autonomia, a capacidade de resolução de problemas, o desenvolvimento das competências sociais e a reintegração do adolescente nos diferentes contextos do quotidiano, para além de permitirem a resolução de conflitos internos e a vivência de experiências gratificantes que possibilitam a valorização narcísica.

São assim consideradas as dificuldades singulares de cada adolescente e é possível um acompanhamento regular, onde este pode expressar-se livremente, num contexto seguro.

Segue-se a descrição dos serviços do HD:

- Psicomotricidade: dinamização de atividades psicomotoras, com recurso a jogos lúdicos e atividades expressivas, e utilização de diversos mediadores e de técnicas de relaxação e consciencialização corporal. Permite a livre expressão corporal que fará com que o adolescente conheça o seu corpo e se reconheça como único, através de processos de identificação e diferenciação. Tem como objetivo a promoção da comunicação e expressão, assim como a reflexão e o autoconhecimento. Possibilita a melhoria de competências sociais e a promoção dos fatores psicomotores, com o conseqüente aumento da autoestima.

- Atelier Criativo: Realização de atividades criativas, com recurso ao desenho, à pintura e à escultura, com o objetivo de promover a comunicação e a expressão dos afetos, permitindo a reflexão sobre eles e respetiva materialização. Pretende abrir espaço para a capacidade de pensar em vez de agir.

- Musicoterapia: utilização da música como mediador e facilitador da expressão e comunicação. Permite a partilha e livre expressão através dos elementos da música, mais especificamente do ritmo, do som, da melodia e da harmonia (Federação Mundial da Musicoterapia, 1996).

- **Psicodrama:** terapia individual realizada em contexto de grupo, através da vivência de experiências e exploração das mesmas. Permite o tratamento de conflitos individuais através de cenas reais ou imaginárias, onde cada participante promove a sua espontaneidade e pode colocar-se no lugar do outro.

- **Grupo de Pais:** Proporciona aos pais dos adolescentes acompanhados a oportunidade de reflexão sobre o próprio percurso e desenvolvimento, permitindo a compreensão sobre certas atitudes e reações, de forma a aumentar a melhorar a dinâmica familiar. Trata-se de um espaço de partilha de perspetivas e estratégias entre pais, discussão sobre mitos relacionados com a adolescência e a transgeracionalidade, permitindo a compreensão do desenvolvimento do adolescente.

3. Descrição da População Atendida

Desde o nascimento da criança há, por parte dos pais, dos familiares e de todos os intervenientes na sua vida, a curiosidade sobre o desenvolvimento, não apenas após o parto mas ao longo de toda a vida (Barros Bandeira & Rodrigues, 2021). Torna-se essencial compreender como o seu corpo se desenvolve e se expressa, até porque este corpo que se expressa irá interpretar também a expressão do outro, irá reproduzir situações e compreendê-las, imitar ações e movimentos e explorar todo o meio em seu redor.

O desenvolvimento da criança é lógico e progressivo, e é por isso que é necessário ter em conta a sua complexidade a nível psicomotor (Gueniche, 2005). Importante será evidenciar que a criança não é um adulto em miniatura e, por isso, apresenta necessidades distintas e especificidades ao nível do desenvolvimento físico e psíquico. No seu desenvolvimento, a criança depende do meio envolvente e das relações que estabelece, com o meio, com ela própria e com os outros, pelo que se torna fundamental a compreensão relativa à sua organização afetiva e relacional.

No início da vida, os principais modelos e figuras de referência da criança são os pais, ainda que todas as pessoas com quem a criança interage acabem por ter um impacto em si (Barros Bandeira & Rodrigues, 2021). Visto isto, o desenvolvimento da criança trata-se de uma vivência de elementos psicomotores, com influências dos contextos históricos da família, culturais e sociais.

É urgente o olhar para a infância como um aspeto fundamental que torna possível o desenvolvimento, e é muito mais do que uma faixa etária, cronologia ou apenas uma etapa (Ferraz, 2021). A infância é o período que permite a ocorrência de mudanças e aquisições cruciais para o crescimento, e é quando a criança ultrapassa desafios que irão marcar a sua história, muitas vezes através do jogo, onde se expressa e aprende a agir.

Importante será compreender também a adolescência, palavra esta que vem da palavra “*adolescere*”, e significa crescer em latim, remetendo para a passagem da infância para a vida adulta (Marcelli, Braconnier, Fonseca, Rocha & Ferreira, 2007). É errado pensar que o

adolescente é simultaneamente uma criança e um adulto, pelo que, neste período transitório, não é uma criança e ainda não é um adulto, ocorrendo um duplo movimento em que, por um lado, ocorre a negação da infância e, por outro, a procura pela segurança e estabilidade (Marcelli et al., 2007). Em concordância, Coimbra de Matos (2007) olha para a adolescência como um crescimento necessário, referindo-se a esta como “uma das épocas mais admiráveis e fecundas da vida” (p.111, in Coimbra de Matos, 2007).

Pode-se considerar difícil delimitar uma idade que defina o período da adolescência, e, por isso mesmo, Vachez-Gatecel e Valentin-Lefranc (2019) guiam-se pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao referirem que a adolescência se situa entre os 10 e os 19 anos.

Durante o percurso de vida de cada indivíduo, ocorrem situações que podem proteger ou afetar a sua saúde mental, atribuindo um especial enfoque ao ambiente e às relações interpessoais, em especial na infância (WHO, 2022). Com isto, admite-se que, atualmente, uma das grandes preocupações mundiais junto desta população são os problemas de saúde mental (Figueira & Freitas, 2017).

Dado que parte dos jovens acompanhados no HD não foram diagnosticados, destacam-se dificuldades/sintomas a nível da lentificação psicomotora, dificuldades na tomada de iniciativa e dificuldades no estabelecimento de relações sociais. Para mais, vemos um comprometimento a nível atencional e a nível de investimento na tarefa e na relação, com uma diminuída atividade corporal. Pelo contrário, podemos observar alguma instabilidade psicomotora, notória através da agitação e da dificuldade na conclusão de uma tarefa, acompanhados de uma baixa tolerância à frustração e dificuldades na regulação emocional. Pode mencionar-se que a população atendida pertence a uma classe económica média a baixa, pelo que se trata de utentes com diminuídos recursos.

Junto das populações supracitadas, acompanhadas no centro hospitalar onde decorreu o estágio, podemos evidenciar a prevalência de problemáticas como a Depressão, Perturbações de Ansiedade, Fobia Social, Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento, Perturbações da Personalidade, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, e Perturbações do Espectro do Autismo.

As Perturbações Depressivas, embora existam diversas, mantêm a presença do sentimento de vazio, tristeza ou humor irritável, com um forte impacto no quotidiano do indivíduo (APA, 2014; Gueniche, 2005). Numa fase anterior à puberdade, Gueniche (2005) aponta como principais manifestações a tristeza e dor moral, perturbações do comportamento, agitação ou inibição acentuadas e atitudes de introversão. Alves e Antunes (2022) reforçam que, ainda que existam semelhanças nos sintomas entre crianças, adolescentes e adultos, a diferença de maturidade irá regular as manifestações da patologia e, por isso, torna-se essencial a observação e o conhecimento sobre o desenvolvimento humano.

Na infância e na adolescência, as Perturbações de Ansiedade são muito frequentes, e o sofrimento inerente acaba por afetar toda a vida do indivíduo (Silva, 2022). A ansiedade trata-se de uma antecipação face a uma ameaça futura, enquanto que o medo é a resposta a uma ameaça iminente (APA, 2014; Silva, 2022). Esta patologia consiste na existência de medo e ansiedade excessivos ou que perduram no desenvolvimento para além do período adequado. Pode-se também fazer uma breve alusão aos ataques de pânico, que são uma resposta particular ao medo ou desconforto que atinge um pico em minutos e engloba sintomas físicos e cognitivos.

Inserida nas Perturbações de Ansiedade está a Fobia Social, em que o medo/ansiedade se referem a situações sociais em que o indivíduo está exposto ao escrutínio dos outros, ao sentir-se observado, a ter que interagir com o outro ou a falar perante outros (APA, 2014).

Em relação às Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento, estas envolvem problemas de autocontrolo das emoções e dos comportamentos e surgem normalmente na infância (APA, 2014). Esta perturbação implica dificuldades na regulação e no controlo de impulsos e, por norma, os seus comportamentos podem violar os direitos dos outros ou as normas da sociedade e, por isso, o impacto destas dificuldades é sentido nos diversos contextos em que o indivíduo está inserido.

Ainda que existam 10 Perturbações da Personalidade específicas, existe uma definição geral que se aplica em parte a cada uma delas (APA, 2014). Esta definição passa pelo “padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo” (pp.771, APA, 2014).

Na DSM-5, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem como característica essencial o padrão persistente de desatenção e/ou impulsividade/hiperatividade, que se manifesta comportamentalmente (APA, 2014). Esta perturbação implica que, neste caso, a criança ou o adolescente aja antes de pensar, apresente uma marcada impulsividade, tenha dificuldades em permanecer sossegada/o e em aguardar pela sua vez (Silva, 2021). Esta perturbação será melhor definida aquando da exposição do Estudo de Caso I.

Por fim, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), inserida nas perturbações do neurodesenvolvimento da DSM-5, tem como principal característica o défice na interação social, com padrões restritos e repetitivos de interesses ou comportamentos (APA, 2014). Algumas manifestações da PEA são a rejeição ao toque, ecolália, fraca regulação emocional, pouca flexibilidade e acesso ao jogo simbólico e imaginário, contacto ocular escasso, dificuldades na imitação e sorriso social limitado (Silva, 2021).

III. Descrição das atividades de estágio

1. Organização das atividades de estágio

Uma vez que o estágio curricular foi desenvolvido num núcleo de pedopsiquiatria, os principais objetivos da integração no serviço foram a contextualização da prática psicomotora no serviço, a descrição e análise dos diversos casos encaminhados para a Psicomotricidade, a contextualização da intervenção psicomotora em casos individuais e em grupo, a averiguação dos resultados das intervenções, a descrição das atividades realizadas no âmbito da psicomotricidade em contexto hospitalar e ainda a reflexão sobre a pertinência da prática psicomotora neste contexto.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio passam pela avaliação psicomotora, pela intervenção em contexto individual e em grupo, pela realização do perfil intraindividual de cada caso acompanhado e pela elaboração de projetos terapêuticos. Assim, conta-se com a participação em atividades no âmbito escolar, com o objetivo de aproximar esta comunidade do hospital, de esclarecer dúvidas sobre a saúde mental, e de dinamizar atividades de forma a promover competências sociais. Acrescem as atividades de envolvimento na vida institucional, por meio da participação em reuniões de equipa e observação dos diferentes grupos que formam o HD.

1.1. Calendarização e Horário das atividades

O estágio curricular teve a duração aproximada de 7 meses, iniciando-se em novembro de 2022 e terminando em junho de 2023, ainda que tenham sido realizadas duas atividades complementares de estágio após o seu término.

Tabela 1- Calendarização das atividades de estágio

Tarefas	2022		2023									
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out
Integração na equipa												
Avaliações iniciais												
Intervenção psicomotora												
Avaliações Finais												
Reuniões Clínicas												
Projetos nas escolas												
Redação do relatório de estágio												
Entrega do Relatório de Estágio												

De forma a que haja uma melhor organização e compreensão das atividades desempenhadas no estágio curricular, foi elaborada uma tabela (tabela 2), evitando a sobreposição de horários e permitindo uma melhor gestão de tempo.

Tabela 2- Horário semanal das atividades realizadas em estágio

Segunda-Feira	Terça-feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira
	Grupo de Pais 9h00- 10h30	Sessão Individual 9h00-9h50	
Reunião com a Comunidade/Formação 10h00-11h30	Sessão individual Diogo 10h30-11h20	Sessão de Grupo Psicomotricidade 10h00-11h15	Projetos nas Escolas – RESCUR, e +Contigo 10h00- 13h00
Reunião Clínica 11h30-12h30	Atividades Complementares de Estágio	Sessão individual 11h30-12h20	
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Reunião de Equipa (Hospital de Dia) 14h30 – 16h30	Atividades Complementares de Estágio	Sessão de grupo Psicomotricidade 15h00-16h15	Atividades Complementares de Estágio
	Sessão Individual Simão 16h00-16h50		

A participação no Grupo de Psicomotricidade foi iniciada em novembro de 2022, no entanto o grupo teve início em outubro do mesmo ano. O acompanhamento individual do caso Diogo (nome fictício) teve início em dezembro de 2022 e o acompanhamento individual SP foi iniciado em janeiro de 2023.

1.2. Experiências complementares de estágio

Ao longo do período de estágio curricular, foi possível a observação e participação da estagiária em diferentes momentos e grupos que compõem o núcleo de pedopsiquiatria e o Hospital de Dia. Todos estes momentos permitiram a compreensão em relação ao funcionamento do serviço e contribuíram para o conhecimento sobre as distintas intervenções de cada profissional.

- **Reunião Clínica** – Realizada todas as segundas-feiras, com todos os elementos do núcleo de pedopsiquiatria, nomeadamente, os pedopsiquiatras, as enfermeiras, a psicomotricista, a assistente social e as psicólogas. O seu objetivo é a discussão de casos de maior preocupação, de forma a compreender de que maneira pode o serviço ajudar o utente em questão.

- **Reunião Comunitária**– Realizada uma segunda-feira por mês, com duração de 1h30, durante todo o período letivo. Cada reunião conta com a participação de uma instituição diferente, de entre a CPCJ, Instituições de Acolhimento e escolas, com vista à discussão e esclarecimento de dúvidas relativas aos casos em acompanhamento conjunto, bem como, a necessidade ou não de acompanhamento em pedopsiquiatria e o eventual encaminhamento para a especialidade mais indicada.
- **Reunião de Equipa do Hospital de Dia** – Semanalmente realizada com o intuito de discutir o funcionamento do Hospital de Dia e fazer um balanço dos grupos acompanhados na semana anterior, por forma a que cada profissional partilhe as suas preocupações.
- **Grupo de Pais** – Sessão dinamizada duas vezes por mês, pelo pedopsiquiatra, dirigida aos pais dos adolescentes acompanhados no HD, onde se procurou compreender a história de cada um. A estagiária teve a oportunidade de assistir a 6 sessões, correspondentes aos últimos dois meses de estágio.
- **Formação do Núcleo de Pedopsiquiatria** – Na última segunda-feira de cada mês ocorreu uma sessão de formação para os profissionais do núcleo de pedopsiquiatria. Foi dada a possibilidade à estagiária de dinamizar uma sessão onde apresentou dois estudos de caso à equipa, fazendo também um breve esclarecimento sobre a intervenção psicomotora em contexto hospitalar.
- **Reunião de intervisão** – Sessão dinamizada por um enfermeiro de outro Hospital de Dia. Consistiu na discussão sobre a organização de cada um dos serviços e contextualização sobre a atuação em contexto de HD. Teve como objetivo o desenvolvimento pessoal e a introspeção de cada profissional em relação à sua prática e ao cuidado necessário assim como a empatia.
- **Projetos nas escolas** – Participação em dois projetos realizados em contexto escolar: RESCUR e +Contigo. O projeto RESCUR, Currículo Europeu para a Resiliência, destinou-se a crianças de 3º e 4º ano e teve como objetivo a promoção de competências para ultrapassagem de desafios que ocorrem ao longo do desenvolvimento, relacionados com a exclusão social, a entreajuda, o bullying, dificuldades familiares entre outros. O projeto +Contigo foi dinamizado junto de turmas de 7º ano, com o objetivo de promoção da saúde mental, prevenção de comportamentos suicidários, combater o estigma em relação à saúde mental, promover habilidades sociais, desenvolver a capacidade de resolução de problemas e detetar precocemente situações de dificuldade a nível de saúde mental.
- **Musicoterapia** – Sessão dinamizada pelo musicoterapeuta do HD, em que a estagiária teve a oportunidade de assistir uma vez. Durante esta sessão os participantes tiveram

contacto com diversos instrumentos, que foram mediadores na intervenção, e permitiram o estabelecimento de relações e a partilha no grupo.

- **Atelier Criativo** – Atelier dinamizado pelas enfermeiras de saúde mental, semanalmente, podendo a estagiária assistir e participar duas vezes. Estas sessões permitiram aos adolescentes a promoção de competências pessoais e a reflexão sobre o próprio, promovendo o autoconceito e a criatividade, com foco na experiência vivenciada e não no produto artístico final.
- **Triagens** – Sessões prévias ao início do acompanhamento, realizadas pela equipa multidisciplinar, através das quais ocorre a recolha de dados para posterior discussão em equipa sobre os critérios de elegibilidade para participação no HD. Participação da estagiária em 2 sessões pré-acompanhamento e 1 sessão pós-acompanhamento.

2. Intervenção psicomotora no local de estágio

No serviço de pedopsiquiatria, as referenciações são realizadas aquando da demonstração de dificuldades por parte de um utente junto do seu médico de família ou através da psicologia escolar, e como tal, são acompanhados diversos utentes com patologias como, por exemplo, Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Fobia Social, entre outras. O encaminhamento pode ser feito por profissionais que acompanham estes utentes, seja em pedopsiquiatria, em psicologia, em contexto escolar ou em consultas privadas.

Os acompanhamentos em psicomotricidade realizam-se após o encaminhamento e discussão em equipa, onde se verificam as características e as necessidades do utente. Feito o encaminhamento, realiza-se uma avaliação psicomotora e um projeto de intervenção, onde se procura a articulação com a escola e com os diferentes contextos onde o utente está inserido. De igual forma, os encaminhamentos para o Hospital de Dia são realizados pelos pedopsiquiatras do serviço e posteriormente, em reunião de equipa, são discutidas as características de cada caso e é definido o grupo terapêutico que o adolescente deve integrar.

No que se refere ao espaço, cada especialidade tem um gabinete próprio, a psicomotricidade tem 1 gabinete e 1 sala de psicomotricidade, para além de uma outra sala, a sala dos grupos, que se destina somente à realização das sessões de grupo. Todos os espaços são amplos e os materiais necessários para as sessões são colocados numa arrecadação. Os materiais existentes no hospital são vários, tais como bolas de diversos tamanhos, colchões, almofadas, rolos de espuma, tecidos, materiais de pintura, arcos, etc.

As sessões individuais de Psicomotricidade tem início no momento em que o/a psicomotricista se encontra com o utente na sala de espera e se dirigem para a sala designada para a sessão. Nas sessões de grupo há uma ligeira diferença, antes da sessão os adolescentes são encaminhados para uma outra sala de espera, onde podem interagir enquanto aguardam pela sessão, com acesso a jogos de matraquilhos, pingue-pongue, jogos de cartas e música. Ambas as

sessões terminam quando o terapeuta retorna à sala de espera com a criança ou com os adolescentes.

A duração estimada das sessões individuais é de 50 minutos, ocorrendo estas na sala de Psicomotricidade, e as sessões de grupo tem uma duração de 75 minutos, sendo realizadas na sala de grupos. Deste modo, cada acompanhamento, individual ou em grupo, é realizado e planeado tendo em conta as necessidades dos jovens. No geral, as sessões podem ser divididas em 5 momentos: um diálogo inicial, que se trata de um momento de partilha e reflexão sobre a semana vivenciada; uma ativação corporal, com o objetivo de ativar o corpo através do movimento; uma parte fundamental, em que são promovidos os objetivos propostos para a sessão; um retorno à calma, para promover o estado de calma e potenciar um momento de consciencialização corporal; e um diálogo final, no qual acontece uma reflexão sobre todos os momentos vivenciados em sessão, comparando individualmente as sensações e dificuldades, sendo este também um espaço de partilha.

2.1. Etapas de intervenção

As etapas de intervenção em psicomotricidade englobam diferentes fases, desde a anamnese, que se trata de uma entrevista realizada aos cuidadores, até à observação e avaliação, formal e informal, elaborando por fim um projeto terapêutico.

2.1.1. Entrevista

No início da intervenção psicomotora, ocorre um momento para a recolha de dados relativos à história do utente e para a compreensão dos motivos de encaminhamento. Com essa finalidade, para além da leitura dos dados do processo, é realizada uma entrevista aos cuidadores das crianças e dos jovens, para que estas informações sejam complementadas, conduzindo a uma maior fiabilidade à apreciação diagnóstica (Costa, 2008). Esta entrevista, extremamente útil para a recolha de dados sobre o desenvolvimento psicomotor, permite compreender as expectativas dos cuidadores em relação à intervenção psicomotora.

Para Almeida (2008) a entrevista não tem como objetivo a procura exaustiva por razões que justifiquem as dificuldades e os sintomas da criança, mas procura a compreensão do caso clínico. A anamnese privilegia a recolha de dados desde o período pré-natal até ao momento da entrevista e estabelece uma linha cronológica de acontecimentos que podem ter conduzido até à problemática e às dificuldades atuais. Esta entrevista não deve ser feita de forma rígida e diretiva, mas deve ser um diálogo no qual estes cuidadores poderão partilhar momentos e características que consideraram decisivos para a criança. Nesta recolha, a observação informal é também iniciada e o/a psicomotricista está desde logo atento a diversas manifestações. São necessárias várias competências por parte do profissional, nomeadamente o respeito, a empatia e a neutralidade. Em concordância com a autora, Costa (2008) reforça as mesmas competências e acrescenta a compreensão mútua e a simpatia, que serão também importantes para o início da avaliação formal e informal.

Após a recolha de dados, segue-se a avaliação psicomotora, que tem uma componente formal, com recurso a instrumentos de avaliação, e uma componente informal, baseada na observação do jogo espontâneo e que implica um posterior preenchimento de uma grelha de observação, onde se podem registar dados referentes ao comportamento/atitude/postura/desempenho do caso.

2.1.2. Avaliação Informal

A componente informal e qualitativa da avaliação é deveras importante, dado que, através do jogo, a criança se manifesta livremente e não tem o sentimento de estar a ser avaliada, o que faz com que o seu movimento e a sua expressão sejam genuínos (Costa, 2008). Esta observação, através do olhar do/da psicomotricista, é o que distingue o seu trabalho e a sua avaliação, ao afastar-se de inquéritos e de momentos de avaliação formal extensos que podem, por vezes, não corresponder à realidade. A observação, identificada por Costa (2008) como o modo de avaliação privilegiado, procura focar-se na personalidade psicomotora e relaciona o produto final da ação com a sua intencionalidade.

2.1.3. Avaliação Formal

Utilizam-se os instrumentos formais e quantitativos para a compreensão em relação ao desenvolvimento da criança, onde pode ser feita uma comparação à norma, e esta implica sempre uma observação informal aquando da aplicação formal, alargando as tarefas e comportamentos observados, num contexto distinto e de maior exigência.

2.1.4. Projeto Terapêutico

Uma vez feita a avaliação, consideram-se todos os dados recolhidos e é traçado um Projeto Terapêutico, que deve ser reavaliado ao longo da intervenção. Este Projeto Terapêutico deve integrar um perfil intraindividual, objetivos específicos, estratégias específicas, exemplos de atividades para promoção de áreas a desenvolver, calendarização da intervenção e fundamentação teórica sobre a mesma.

2.1.5. Avaliação Final

No final da intervenção psicomotora é feita a avaliação final, onde se podem aplicar os mesmos instrumentos que na avaliação inicial, para que seja feita uma comparação entre resultados e uma consequente análise sobre as diferenças no comportamento e na postura da criança/adolescente. Ainda assim, é priorizada a observação ao longo do acompanhamento e apenas devem ser aplicados os instrumentos necessários, sem repetição obrigatória de todos os instrumentos aplicados inicialmente. Esta avaliação final permite verificar a evolução do utente, considerando as estratégias e os objetivos definidos.

2.2. Descrição dos instrumentos de avaliação

Como descrito anteriormente, os instrumentos de avaliação utilizados foram definidos de acordo com as características de cada criança, assim como, se tiveram em consideração os

protocolos de avaliação do Hospital em questão. Estes instrumentos foram essenciais para a compreensão da criança e, por essa razão, foram cruciais para delinear cada projeto terapêutico.

Os instrumentos de avaliação formal selecionados para a recolha de informação são os seguintes: *Draw a Person Test* (Naglieri, 1988), Escala de Autoconceito de Piers (Veiga, 2006), Bateria Nepsy-II – Subteste Estátua de Nepsy (Korkman, Kemp & Kirk, 2001) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997). Para a avaliação informal são utilizadas a Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008) e a Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT) (Van Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Draw a Person Test: A Quantitative Scoring System (DAP)

Este instrumento, desenvolvido por Naglieri (1988), tem como objetivo avaliar o esquema corporal da criança e/ou do adolescente, o conhecimento do seu próprio corpo, dos movimentos, das posturas e das atitudes, assim como a noção que tem da figura humana e do distanciamento progressivo do Eu e do Outro, refletindo-se nas diferenças entre desenhos e nos seus pormenores (Naglieri, 1988). Embora tenha sido inicialmente realizado com foco no desenho do homem, denominado como *Draw-A-Man* por Florence Goodenough, atualmente avaliam-se três desenhos: o feminino, o masculino e o próprio. Deve-se realçar que este é um instrumento não verbal e de fácil aplicação, permitindo a avaliação junto de crianças com as mais diversas dificuldades.

Torna-se fundamental recolher informação sobre a integração da imagem, esquema corporal, lateralidade, prensão e noção espacial, e por isso este instrumento consiste na realização dos três desenhos, nas respetivas folhas, com a duração máxima de 5 minutos para cada um deles. A sua cotação, para cada desenho, tem em conta 14 parâmetros, que definem a presença, ou não, do elemento pretendido, dos quais 12 são referentes às partes do corpo, 1 à ligação entre estas e 1 ao vestuário. Em cada parâmetro a pontuação é dividida em 4 ou menos categorias, que são os seguintes: presença, detalhe, proporção e bônus. O *score* máximo para cada desenho é de 64 pontos, sendo a pontuação total máxima de 192 pontos (Naglieri, 1988).

Pode ser efetuada uma avaliação quantitativa (tendo em conta os resultados numéricos acumulados) e uma avaliação qualitativa (realizada com recurso à observação enquanto a criança desenha, com o foco direcionado para a atenção da criança, o perfil psicomotor e o empenho).

Escala de Autoconceito de Piers-Harris

A escala foi originalmente desenvolvida Piers e Harris em 1964, traduzida por Veiga (2006), e, para os autores da escala, o autoconceito trata-se de um constructo multidimensional, cuja importância tem vindo a ser elevada ao longo do tempo. Para Albuquerque e Oliveira (2002), baseados no pensamento de Burns (1986, cit. por Albuquerque & Oliveira, 2002), o autoconceito é composto por imagens e ideias do próprio, criadas por si mesmo, que englobam aquilo que é, o que gostaria de ser e o que os outros pensam que é, e por isso permite compreender alguns comportamentos e atitudes.

Tanto na sua versão completa como na reduzida, engloba seis fatores: aspeto comportamental, estatuto intelectual e escolar, aparência e atributos físicos, ansiedade, popularidade e satisfação e felicidade. A versão portuguesa foi adaptada por Veiga, em 2006, quando a aplicou junto de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. Esta escala consiste num questionário de resposta sim/não, e a sua pontuação é atribuída consoante a atitude positiva (1 ponto) ou negativa (0 pontos) da resposta. Quanto maior a pontuação, mais elevada a autoestima da/o criança/adolescente que a preenche.

Estátua de Nepsy-II

Este instrumento está inserido no domínio atenção/funções executivas da Bateria de Nepsy-II e permite avaliar a capacidade de inibição motora da criança (Korkman et al. 2001). A prova consiste na aquisição de uma posição de olhos fechados, durante setenta e cinco segundos, inibindo os impulsos de abrir os olhos, falar ou mover-se, ainda que existam distrações induzidas pelo avaliador. A sua pontuação total é de 30 pontos e quanto maior for a pontuação adquirida, melhor a capacidade de controlo e inibição de impulsos. Assim, com o decorrer da prova, são colocados os estímulos sonoros e deve ser registada a presença ou ausência de ação. Na folha de preenchimento dividem-se as ações em: nenhum; movimento corporal; abrir os olhos; e vocalização. O número de ações define a pontuação a atribuir, entre 0 e 2 pontos, pelo que um maior número de ações implica uma menor pontuação.

Questionário de Capacidades e Dificuldades (QCD)

O QCD é constituído por um questionário e um suplemento de impacto, e deve ser preenchido pela/o criança/adolescente, pelos pais e pelos professores (Saur & Loureiro, 2012). Este instrumento foi desenvolvido por Goodman (1997). É composto por 25 itens, 10 deles sobre capacidades, 14 sobre dificuldades e 1 neutro, pelo que cada um destes está inserido numa de 5 subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com os pares e comportamento pró-social. As respostas são classificadas como não verdade (0 pontos), um pouco verdade (1 ponto) e muito verdade (2 pontos). A pontuação máxima é de 40 pontos e a mínima de 0. O suplemento de impacto permite a compreensão sobre o impacto das dificuldades da/o criança/adolescente no seu contexto e nas atividades diárias.

Grelha de Observação Psicomotora

A Grelha de Observação Psicomotora foi desenvolvida por João Costa (2008) e a sua utilização tem como objetivo a avaliação da criança em sessão, no contexto de jogo espontâneo, onde se podem anotar vários aspetos relativos ao desenvolvimento, e, como tal, observam-se os fatores psicomotores e aspetos emocionais e cognitivos. Esta grelha deve ser preenchida após a sessão, evitando que a criança sinta a pressão de estar a ser avaliada, sem prejuízo no seu desempenho (Costa, 2008). Engloba o contacto estabelecido pela criança, o seu desenvolvimento estado-ponderal, a aparência física, os interesses, a noção do esquema corporal, a impressão da

imagem corporal, a qualidade do gesto espontâneo, a atividade espontânea, a linguagem, a expressão de afetos e o pensamento simbólico.

Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT)

Esta escala foi desenvolvida por Van Coppenolle et al. (1989) e traduzida exclusivamente para fins académicos por Bruna Isabelinha e Gabriela Almeida. Tem como objetivo a recolha de informações sobre características da personalidade durante o movimento, evidenciadas em diversas atividades que devem ser trabalhadas em terapia. É composta por 9 categorias, sendo essas: melhoria da relação emocional, autoconfiança, atividade, relaxação, controlo de movimento, focalização, expressão corporal, comunicação verbal e capacidade de regulação social. Em cada item, pode ser dada uma pontuação, de -3 a +3, o que representa, nos seus extremos, um comportamento excessivamente perturbado ou um comportamento oposto, ainda perturbado, dado que um doente psiquiátrico pode manifestar-se através de um excesso ou de uma ausência. Uma pontuação de 0 representa um comportamento não perturbado. São expostos na seguinte tabela (tabela 3) os significados das diferentes pontuações em cada categoria.

Tabela 3 - Significado da pontuação do instrumento de avaliação LOFOPT

Categoria	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Relações pessoais	Sobrerelacionado fortemente	Sobrerelaciona-se	Sobrerelaciona-se ligeiramente	Relação apropriada	Subrelaciona-se ligeiramente	Subrelaciona-se	Subrelaciona-se fortemente
Autoconfiança	Grande excesso de confiança	Excesso de autoconfiança	Ligeiro excesso de autoconfiança	Autoconfiante	Ligeiramente não autoconfiante	Não é autoconfiante	Excessivamente não autoconfiante
Tipo de atividade	Excessivamente hiperativo	Hiperativo	Ligeiramente hiperativo	Ativo	Ligeiramente passivo	Passivo	Excessivamente passivo
Relaxação	Muito tenso	Tenso	Ligeiramente tenso	Relaxado	Ligeiramente sobre relaxado	Sobre relaxado	Muito sobre relaxado
Controlo dos movimentos	Movimenta-se com demasiada precaução	Movimenta-se com precaução	Movimenta-se de forma controlada	Movimenta-se Apropriadamente	Movimenta-se numa forma ligeiramente descontrolada	Movimenta-se sem controlo	Movimenta-se excessivamente sem controlo
Capacidade de atenção	Demasiado sobre envolvido	Muito sobre envolvido	Ligeiramente sobre envolvido	Envolvido adequadamente	Ligeiramente não envolvido	Não envolvido	Extremamente envolvido
Expressão corporal	Excessivamente super expressivo	Super expressivo	Ligeiramente super expressivo	Expressivo	Ligeiramente sobre expressivo	Sobre expressivo	Excessivamente sobre expressivo
Comunicação verbal	Excessivamente super comunicativo	Super comunicativo	Ligeiramente super comunicativo	Comunicação apropriada	Ligeiramente não comunicativo	Não comunicativo	Excessivamente não comunicativo
Regras sociais	Excessivamente obsessivo por regras sociais	Obsessivo por regras sociais	Ligeiramente obsessivo por regras sociais	Regulação social apropriada	Ligeira falta de regras sociais	Falta de regras sociais	Extrema falta de regras sociais

3. Caracterização geral dos casos acompanhados

3.1. Descrição breve dos casos acompanhados

Ao longo do estágio, foram acompanhados 12 casos, dos quais 2 foram em contexto individual e 10 em grupo. Estes casos foram encaminhados pelos pedopsiquiatras do serviço e todos os jovens foram acompanhados regularmente em pedopsiquiatria durante a participação no HD. Fora estes casos, a estagiária teve a oportunidade de observar sessões individuais de 3 crianças, mas como não foram acompanhadas regularmente, não serão consideradas. Na tabela 4 estão descritos os casos acompanhados.

Tabela 4 - Descrição dos casos acompanhados

Nome Fictício	Idade	Motivo de Encaminhamento	Diagnóstico	Acompanhamento	Número de sessões
SP	10	Dificuldades a nível social, em especial com os colegas da escola. Lentificação psicomotora e dificuldades na regulação emocional.	Perturbação do Espectro do Autismo;	Individual	21
Diogo	10	Dificuldade na gestão dos processos de atenção e do pensamento; problemas emocionais, pouca tolerância à frustração, problemas de comportamento, dificuldades na socialização e na aceitação do corpo.	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbação do Comportamento de Oposição;	Individual	21
BM	17	Dificuldade na expressão corporal e Inibição.	Perturbação de Pânico e Fobia Social;	Grupo	26
TV	17	Dificuldades de regulação emocional, dificuldade na inibição de impulsos e comportamentos agressivos para com os pares.	Perturbação disruptiva do controlo dos impulsos e do comportamento;	Grupo	11
João	16	Lentificação psicomotora. Apresenta muitos rituais. Isolamento social.	Perturbação da Personalidade esquizoide;	Grupo	27
SG	16	Ideação Suicida e comportamentos auto-lesivos nos membros superiores. Relato de pseudo-alucinações e episódios de ingestão medicamentosa voluntária.	Em definição	Grupo	17
MIL	15	Comportamentos auto-lesivos, episódios de ingestão medicamentosa voluntária, comentários depreciativos em relação à	Em definição	Grupo	18

Nome Fictício	Idade	Motivo de Encaminhamento	Diagnóstico	Acompanhamento	Número de sessões
		própria e comportamentos de restrição alimentar.			
EO	14	Alterações do comportamento alimentar; Comportamento pouco social; Relata pensamentos sobre autolesão.	Em definição	Grupo	13
LM	15	Sentimento constante de tristeza e presença de anedonia; Episódios de comportamentos autolesivos e dificuldade a nível da comunicação.	Perturbação depressiva com características de perturbação de stress pós-traumático;	Grupo	9
RO	13	Ocorrência de episódios de comportamentos autolesivos; Labilidade emocional; Crises de ansiedade; Humor depressivo.	Em definição	Grupo	17
AM	16	Depressividade; Comportamentos de restrição alimentar; Comportamentos autolesivos; Ingestão medicamentosa voluntária.	Em definição	Grupo	10
LR	16	Ansiedade extrema; Comportamentos autolesivos; Dificuldade no acesso às emoções; Dificuldades de memória e atenção; Ataques de raiva; Dificuldade em lidar com a pressão exterior; Dificuldade de abstração.	Em definição	Grupo	9

3.2. Casos acompanhados individualmente

Durante o período de estágio, foi realizada uma intervenção psicomotora semanal com duas crianças com características distintas, ambas de sexo masculino. Descreve-se em seguida o caso do SP e, posteriormente, o caso do Diogo (estudo de caso I).

3.2.1. Acompanhamento Individual - SP

O SP é um menino que iniciou o acompanhamento em psicomotricidade com 10 anos. O encaminhamento para a consulta em Psicomotricidade deveu-se às dificuldades a nível social, em especial com os colegas da escola, à sua lentificação psicomotora e à dificuldade na regulação emocional.

Este menino vive com os seus pais e com o seu irmão mais novo, com quem estabelece uma relação de conflito, não apenas em contexto de jogo, mas também durante os diálogos, dado que o irmão mais novo não tem interesse nos temas de eleição do SP. Com o irmão, o SP é

extremamente reativo aquando dos momentos de discordância e reconhece que inicia conflito por ser menos paciente, pelo que, sempre que existem opiniões opostas, segue-se uma luta. Com os pares, o menino é igualmente agressivo e reativo, de forma que agrediu um colega da sua equipa de futebol.

Para esta avaliação foi utilizada a Grelha de Observação Psicomotora (GOP) (Costa, 2008). Durante a observação, referente à avaliação inicial, a nível do desenvolvimento estato-ponderal não foram observadas alterações e o menino apresenta uma aparência física cuidada. O SP estabeleceu um contacto desadequado com a estagiária, uma vez que foi indiferenciado, com pouca intenção comunicativa e interativa.

Os interesses do SP são restritos, mas de acordo com os contextos factuais lógicos. Apresentou uma noção do esquema corporal adequada, assim como uma impressão da imagem corporal apropriada.

A sua qualidade do gesto é desadequada no sentido em que é retraído e apresenta um gesto lentificado, mas, em momentos de discordância, é impulsivo e até mesmo brusco. De igual forma, ainda que o SP compreendesse as instruções, hesitava para iniciar a tarefa e por isso notou-se uma dispraxia. A resposta ao estímulo motor é desadequada, novamente devido à sua lentificação, e a regulação do esforço também. Durante toda a observação notou-se uma postura hipertónica por parte da criança e não foram observadas sincinesias ou paratonias, senão as naturais.

O SP reconhece com dificuldade a direita e esquerda no outro, mas em si demonstrou facilidade. Notaram-se algumas dificuldades a nível do equilíbrio estático e dinâmico, visíveis através de oscilações e dificuldades no controlo corporal respetivamente, que fazem com que não tenha iniciativa para a ação e demonstre insegurança.

Ao avaliar a deslocação no espaço, a nível da orientação na folha, o SP escreve com uma letra muito pequena e desenha num canto, realizando os diferentes riscos sem espaçamento. Em jogos de imitação de gestos e ritmos, a estruturação rítmica foi imatura e apresentou acentuadas dificuldades nas coordenações motoras segmentares, mais especificamente a nível da coordenação óculo-pedal.

Na sua atividade espontânea, reconhece a hierarquia com os adultos e em sessão adotou uma participação passiva. Teve marcadas preferências por jogos de futebol ou jogos relacionados com o mesmo tema e aceitou a cooperação do terapeuta, mas assim que iniciaram a interação, afastou-se. Foi capaz de observar e fazer réplica, e não se mostrou competitivo. Foi assertivo com os materiais, no entanto demonstrou grandes dificuldades na atribuição de um valor simbólico aos mesmos. No jogo, acomodou-se ao ritmo do outro e não manifestou voluntariamente as suas intenções. A planificação do jogo foi semiestruturada, ao não ser capaz de realizar o planeamento total da tarefa.

Por fim, o menino apresentou uma linguagem receptiva adequada, com compreensão e uma linguagem expressiva adequada, ainda que a sua intenção na interação e comunicação fosse baixa. O SP sorriu com facilidade e intencionalidade, assim como o seu olhar foi intencional e direto. Respondia maioritariamente de forma positiva a todas as questões e respondia “sim” até quando a questão não era de resposta sim/não.

Foram definidos como objetivos gerais de intervenção: (i) Promover a praxia global; (ii) Aumentar capacidade de expressão emocional; (iii) Adequar a tonicidade; (iv) Melhorar a regulação emocional; (v) Promover a tomada de escolhas na sessão; (vi) Aumentar a participação na sessão; (vii) Promover o acesso ao pensamento simbólico.

Uma vez que a intervenção deve uma duração de 5 meses, com sessões de 45 a 50 minutos cada, não foi possível atingir todos os objetivos delineados, no entanto foram visíveis melhorias.

Com isto, e com base na observação, foram visíveis melhorias a nível da expressão emocional e da exposição de necessidades, assim como melhorias ligeiras a nível do interesse pelos jogos e pela relação com a estagiária, o que fez com que o menino fosse mais ativo durante as tarefas e na resposta verbal. No que se refere à relação do SP com a estagiária, pode-se considerar que foi estabelecida uma boa relação, através da colocação de questões por parte do SP e pela sua postura e motivação para o jogo durante as sessões. Observaram-se melhorias a nível da tomada de iniciativa, e o SP realizou propostas de atividades e jogos, alterando a sua postura passiva. Numa fase final da intervenção, foram visíveis melhorias ligeiras a nível da comunicação e na regulação emocional, no entanto o menino demonstrou dificuldades ao ser contrariado, mas não recorreu à agressão para resolução do conflito e foi capaz de verbalizar e justificar a sua reação tendo em conta a dificuldade. Para mais, a qualidade do seu gesto melhorou e, em vários momentos, o SP conseguiu realizar o planeamento das tarefas. Foi também capaz de representar situações e objetos.

Posto isto, será necessário ajustar do projeto terapêutico e incluir o SP em sessões de grupo, de forma a promover as relações com pares e melhorar as suas capacidades de regulação emocional, dado que esta é uma das suas maiores dificuldades.

3.3. Acompanhamentos em contexto de Grupo

No HD existiram dois grupos de psicomotricidade cujos participantes tem idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Estes adolescentes foram encaminhados pelos profissionais do HD ou por referências da escola, seguindo-se a realização de uma entrevista/triagem com o adolescente e os encarregados de educação, analisada e discutida em equipa, para a posterior entrada no grupo, em caso de verificação de dificuldades.

Foram formados 2 grupos de intervenção psicomotora, que tiveram a duração de 7 meses. O Grupo I foi constituído por 2 adolescentes, que já haviam sido acompanhados no passado ano letivo, de modo que, por indisponibilidade horária, não foi possível o aumento do número de participantes. Nos últimos 4 meses de intervenção foi necessário o acompanhamento individual

de cada adolescente, visto que 1 dos participantes foi internado e, por não reunir as condições para o regresso ao grupo, foi impossível a reintegração no mesmo. O Grupo II foi constituído inicialmente por 8 adolescentes, ainda que ao longo da intervenção 2 destes o tenham abandonado por motivos de alta e de institucionalização.

Cada sessão de grupo teve a duração de 75 minutos e foram realizadas 32 sessões. Cada sessão de grupo tinha por base um planeamento, cujo exemplo se encontra em anexo, que podia ser alterado em sessão devido às sugestões dos participantes. O término dos grupos aconteceu em junho de 2023, coincidindo com o término do ano letivo. Em seguida, é realizada uma breve caracterização geral de cada grupo (Tabela 5) e de cada participante (Tabelas 7 e 9).

Tabela 5 - Caracterização Geral dos Grupos de Psicomotricidade

Grupo	Caracterização
Grupo 1 (2 participantes)	O grupo é caracterizado por Perturbações de Pânico e Fobia Social assim como por agitação psicomotora e dificuldades na inibição de impulsos com recurso à agressividade.
Grupo 2 (8 participantes)	Jovens com problemáticas depressivas e ansiosas, com um nível de tensão elevado. Adolescentes pouco relacionados entre si, capazes de colaborar quando requisitado. As características do grupo passam pela presença de angústia, anedonia, comportamentos autolesivos e ideações/tentativas suicidas.

3.4. Descrição dos casos acompanhados nos grupos do Hospital de Dia

Durante o estágio curricular, e como mencionado anteriormente, foram criados dois grupos de Psicomotricidade, com a mesma frequência semanal e duração. Os casos acompanhados nos grupos são expostos nas tabelas 7 e 9, assim como os objetivos para cada grupo são apresentados, nas tabelas 6 e 8. Todos os nomes e siglas utilizados ao longo do documento são fictícios.

Grupo 1

O Grupo 1 foi composto inicialmente por 2 participantes. Durante a intervenção foi colocada a possibilidade de outros jovens integrarem o grupo, no entanto, não foi possível devido ao horário dos mesmos e a situações de internamento.

Os dois participantes estavam no mesmo grupo no passado ano letivo e estabeleceram uma boa relação, como de irmandade, baseada na provocação mas também na compreensão mútua. A dinâmica estabelecida no grupo permitiu a melhoria no estabelecimento de relações dos adolescentes, dado que estes tinham características muito opostas. Por um lado, a jovem era reservada e adotava inicialmente uma postura passiva, ao priorizar as atividades de que o TV gostava, e por outro, o jovem era desinibido e apresentava uma atitude provocatória e impositiva.

Este grupo/dupla, foi interrompido no fim do mês de fevereiro, passando o caso da BM a ser acompanhado individualmente, dado que o TV foi internado. Após este internamento, o TV demonstrou uma elevada agitação, o que fez com que não fosse possível voltar ao grupo. Ainda assim, são expostos os resultados das avaliações realizadas e a progressão de cada caso.

Depois da análise sobre as necessidades de cada adolescente, colocam-se os objetivos terapêuticos para o grupo (Tabelas 6). Todos estes objetivos foram estabelecidos tendo em conta a avaliação inicial.

Tabela 6 - Objetivos terapêuticos, mediadores e técnicas para o Grupo 1

	Objetivos Gerais Terapêuticos
Grupo I	Adequar a tonicidade Promover a autoestima Promover competências sociais Promover a regulação emocional
Tipologia, frequência e duração da sessão	Sessões em grupo, semanais, com a duração de 75 minutos.
Mediadores	Toque, jogo, relação terapêutica
Técnicas utilizadas	Jogo, relaxação

Para definição dos objetivos, teve-se em consideração a avaliação inicial, que levou à intervenção psicomotora e culminou na avaliação final (tabela 7). Consequentemente, apresenta-se a progressão terapêutica de cada adolescente, para a compreensão da sua evolução ao longo do acompanhamento.

Tabela 7- Avaliações iniciais, finais e progressão dos participantes do Grupo I

Identificação do caso	Avaliação Inicial	Avaliação Final
<p>BM 17 anos – gênero feminino</p> <p>Perturbação de Pânico e Fobia Social. Dificuldade na expressão corporal; Inibição;</p>	<p>LOFOPT – A jovem é capaz de estabelecer relações adequadas, ainda que apenas de forma a responder a questões. Foi capaz de manter a sua atenção durante as tarefas e seguir as normas impostas. Notou-se falta de autoconfiança, através de comentários diversos e dificuldades na expressão do movimento devido à inibição, sendo esse ligeiramente apático. Pode-se realçar que a sua comunicação foi reduzida e demonstrou uma baixa a nula iniciativa para iniciar o diálogo. DAP- Classificação total correspondente a 156 pontos. Em cada um dos desenhos a pontuação foi de 52 pontos. Notou-se a falta de interesse na realização do desenho e uma marcada desmotivação no desenho do próprio. Não se observaram dificuldades estando os resultados dentro da média para a idade. Para mais foi feita uma distribuição adequada na folha com presença de detalhes anatómicos. QCD– Questionário preenchido pelo pai e pela própria. No preenchimento do pai foram categorizadas como anormais as seguintes escalas: sintomas emocionais e hiperatividade. No preenchimento da própria, apenas foi categorizada como anormal a escala de sintomas emocionais. Em ambos os questionários o total de dificuldades foi limítrofe e o impacto foi anormal, o que significa que estas dificuldades tem um grande impacto no quotidiano. EAC- Autoconceito global correspondente a 15 pontos, sendo esta uma pontuação abaixo da média. Os itens que evidenciaram maior dificuldade foram a aparência física, a ansiedade e a popularidade. A felicidade-satisfação foi também um item de baixa pontuação, pelo que no geral, a jovem</p>	<p>LOFOPT – A BM foi capaz de estabelecer relações ao longo do acompanhamento, em especial com a estagiária, ao revelar que se identificava com esta e admitindo que foi uma figura com quem se relacionou muito facilmente. Apresentou melhorias notórias a nível expressivo e de comunicação, estando agora ligeiramente muito comunicativa. A sua atenção manteve-se adequada e os seus movimentos também, pelo que a sua inibição diminuiu de forma marcada. A nível de autoconfiança, não se notaram alterações. DAP – Pontuação total de 186 pontos (valores standard), onde 102 correspondem ao desenho do homem, 100 da mulher e 97 do próprio. Menor investimento na tarefa pois referiu que já havia feito a tarefa algumas vezes e repetiu que não gosta de desenhar. Ainda assim procurou colocar detalhes anatómicos, mas realizou os desenhos muito rápido. QCD- Pontuação total de 24 pontos, o que corresponde à categoria anormal. Dessa forma, atribuiu uma pontuação considerada anormal aos sintomas emocionais, hiperatividade e problemas com colegas. Considerou ainda a pontuação Impacto de 2 pontos, que corresponde a um marcado impacto no quotidiano. EAC- Melhorias a nível do autoconceito, no sentido em que obteve 30 pontos, em 60. EBN – 26 pontos em 30, devido a ligeiros movimentos no primeiro estímulo sonoro. Observação informal – A BM</p>

Identificação do caso Avaliação Inicial**Avaliação Final**

	<p>demonstrou um baixo autoconceito. EBN – Neste subteste, a pontuação foi de 25 pontos em 30 pontos devido á demonstração de alguns sorrisos. Observação informal- A BM era muito reservada no início da intervenção e comunicava com uma postura de desinteresse. Como já conhecia o outro elemento do grupo, estabeleceram uma relação de fratria, até porque a jovem era provocada pelo TV. Foi cuidadosa com a entrada da estagiária no grupo, e nas primeiras sessões adquiriu a postura de observadora. Com isto, apresentava movimentos pouco expressivos e era muito diretiva nas suas partilhas.</p>	<p>mostrou-se muito confortável com as terapeutas e afirmou que a sua relação com a estagiária era especial, identificando-se com ela em diferentes momentos. Notou-se que a adolescente estava muito mais expressiva, chegando a participar em momentos de expressão corporal. A sua comunicação aumentou significativamente e trouxe para o grupo diversos temas do seu interesse e de possível debate, demonstrando a sua visão sobre o mundo.</p>
Progressão	<p>No início da intervenção, a BM adotou uma postura de observadora, sem realizar propostas ou formular opiniões em relação a diversos temas e às atividades realizadas. Embora comunicasse com as terapeutas, esta comunicação era apenas de forma a responder às questões colocadas e não era capaz de iniciar uma conversa. Nas primeiras duas sessões, a BM esteve reticente em relação à presença da estagiária, mas mostrou uma ótima relação com o TV e com a psicomotricista, dado que já os conhecia do grupo do ano passado. Na relação com o TV foi constante a provocação, mas passado 1 mês do início da intervenção, a provocação vinha também por parte da BM, o que revelou desde logo melhorias no que se trata da inibição. No segundo mês de intervenção, quando o objetivo de promover a coesão no grupo já estava alcançado, dada a disponibilidade e o aumento na comunicação com a jovem, esta começou a partilhar a sua opinião e a fazer sugestões para alterações ligeiras das atividades, no entanto era ainda retraída, muito ponderada e notava-se a sua baixa autoconfiança durante a execução das tarefas. Em fevereiro, as sessões com a BM passaram a ser de caráter individual, devido ao internamento do outro membro do grupo, e por isso, neste mês esteve distante, ao adaptar-se à nova dinâmica. Inicialmente observava as terapeutas e, com um certo distanciamento, tanto no espaço como na relação, realizava as tarefas. Com isto, foi decidido dar início a uma componente expressiva nas sessões, e por isso houve recurso à arte, ao desenho e à expressão corporal com a utilização de música. Inicialmente, a BM realizava desenhos muito pequenos e muitos comentários depreciativos em relação ao seu desempenho, e no fim de uma das atividades realizadas, delineada para 4 sessões, foi notório o aumento da confiança e autoestima da jovem, dado que queria inicialmente esconder o seu desenho e nesta fase final já propunha expô-lo no espaço comum do HD. Foi possível corresponder às necessidades da jovem, adaptando as atividades e tendo em conta as suas propostas. Foi também durante a realização destas atividades de caráter expressivo que a BM partilhou as razões pelas quais desenhava determinadas figuras, atribuindo-lhes significados relacionados com a sua vida e a sua história. O momento de exposição da atividade expressiva no espaço</p>	

Identificação do caso Avaliação Inicial**Avaliação Final**

	<p>comum foi crucial na intervenção, porque a BM ficou muito feliz e sentiu-se valorizada, o que pode ter contribuído para as melhorias no EAC. Com o decorrer das sessões e com o aumento da confiança, a jovem foi capaz de propor atividades que gostava de fazer e partilhou com as terapeutas sempre que se sentia menos disponível. No último mês de intervenção, a BM trouxe para as sessões materiais e temas do seu interesse e, devido à boa relação estabelecida com a estagiária, referiu várias vezes que não queria que as sessões terminassem e que esta a esquecesse, pois sentia que neste espaço com as terapeutas podia ser ela própria. Verificou-se por esta altura uma maior expressividade, a nível facial e corporal, através da participação em momentos de dança e movimento livre. Tudo isto fez com que a BM propusesse que a última sessão fosse uma festa de disfarces. No término do acompanhamento, a adolescente tornou a participar em momentos de canto e dança, que admitiu que nunca iria realizar no passado, sendo esta uma das razões pelas quais se verificaram melhorias marcadas no preenchimento da LOFOPT.</p>	
<p>TV 17 anos – género masculino Perturbação disruptiva do controlo dos impulsos e do comportamento;</p>	<p>LOFOPT– Contacto inadequado com sobre-relação e excesso de confiança. Demonstração de hiperatividade e agitação, adotando uma postura tensa. Dificuldade na inibição de impulsos com movimentos pouco controlados. Apresenta dificuldades a nível atencional sem envolvimento na tarefa proposta. Regulação social apropriada com momentos de provocação para com o adulto. DAP- Classificação final abaixo da média esperada para a idade. Os valores standard alcançados no total foram de 77 pontos, com pontuação do desenho do homem de 83, no desenho da mulher de 81 e no do próprio de 79. O seu desenho pode ser caracterizado pelo tronco quadrado e com falta de detalhes anatómicos, no entanto apresentou as ligações nos locais corretos. QCD- Questionário apenas respondido pelo próprio. Resultados indicativos de dificuldades a nível da hiperatividade, com total de dificuldades de 23 (anormal). Pontuação de impacto de 4 pontos, o que significa que as dificuldades têm um grande impacto no seu quotidiano. EAC- Pontuação total de 39 pontos, correspondente a um autoconceito dentro da média. EBN – Pontuação de 21 pontos, evidenciando movimentos corporais marcados e sorrisos durante a realização, o que revela</p>	<p>O TV ficou um período de 3 meses sem acompanhamento uma vez que foi internado. LOFOPT – Não realizado devido ao curto tempo de intervenção e baixa assiduidade. DAP – Pontuação total, em valores standard, de 68 pontos, abaixo da média para a sua idade. No desenho do homem teve 76 pontos, no da mulher 74 e no do próprio 70. Desinvestimento total na tarefa e pouca atenção durante a realização. O seu desenho é ainda caracterizado pelo tronco quadrado e a falta de detalhes anatómicos. QCD – total de dificuldades normal (14 pontos). Como limítrofes apontam-se os problemas com colegas. A pontuação de Impacto atribuída pelo jovem foi de 8 pontos. No que se refere ao seu feedback relativo à intervenção, o jovem aponta que as suas dificuldades melhoraram, no entanto compreende ainda que tem grandes dificuldades. EAC – O jovem acumulou um total de 43 pontos. As escalas de menor pontuação foram Popularidade e Ansiedade. EBN – O jovem obteve 21 pontos, uma vez que realizou vocalizações, risos, sorrisos e moveu as</p>

Identificação do caso **Avaliação Inicial****Avaliação Final**

	<p>dificuldades na inibição de movimentos. Observação informal – O TV estabeleceu relações no grupo de forma a provocar os outros participantes, em especial a psicomotricista e a BM. Tinha uma clara preferência pelo jogo do mata, e procurava interagir com os outros membros através desse. A nível de comunicação, era impulsivo, falava quando as outras pessoas o estavam a fazer e não respeitava a vez do outro nas atividades. No espaço, entrava rapidamente para a sala de psicomotricidade e dirigia-se ao armário das bolas ainda que sem permissão para tal.</p>	<p>mãos muitas vezes, revelando dificuldades na inibição de movimentos. Observação informal- O TV demonstrou uma elevada agitação psicomotora e o seu movimento seguiu impulsivo assim como as suas respostas. A sua relação com a estagiária melhorou, ao procurar falar com ela e provocá-la. No espaço, preferia ficar junto à sala de espera e afastava-se da sala de grupos.</p>
Progressão	<p>No início da intervenção, o TV era comunicativo de forma a provocar os restantes participantes. As suas expressões e movimentos eram pouco controlados e as suas respostas perante as situações eram pouco ponderadas e impulsivas. Em Dezembro, o TV era assíduo e pontual, e mostrou sentir-se confortável com o grupo. Afastou-se inicialmente da estagiária e investiu nas relações que já conhecia do anterior ano letivo, com a psicomotricista e a BM. Durante os seguintes dois meses, o TV procurou impor as suas preferências a nível de atividades, no entanto foi capaz de aceitar as propostas do outro e participar em momentos que recusava inicialmente, de forma que se viu uma ligeira melhoria. No terceiro mês de acompanhamento o TV foi internado devido a um episódio de agressão a um membro da sua família, e por isso ficou 1 mês no internamento e depois, por recomendação da sua pedopsiquiatra, passou por um mês de observações e acompanhamento antes do seu regresso ao HD. Devido à sua agitação e dificuldade na inibição de impulsos, o TV apenas regressou ao HD no mês de Abril, para acompanhamento individual em psicomotricidade antes do regresso ao grupo, mas não era assíduo. Neste acompanhamento, o TV evitou inicialmente a participação e tentou usar o telemóvel para diminuir os momentos de comunicação. Ao reconhecer que a utilização do telemóvel não era adequada, o jovem começou a participar nas sessões, mas adquiriu uma postura provocadora para com a psicomotricista e seguia distante da estagiária. Foram realizadas atividades de carácter físico e de competição, uma vez que o TV passava os seus dias no computador ou telemóvel a ver vídeos e jogos com temáticas agressivas. Neste regresso às sessões de psicomotricidade, o TV estava mais agitado e desconcentrado, retomando a sua postura impositiva. Ao longo deste mês após regressar ao HD, a sua agitação foi marcada e por isso, faltando 1 mês para o término da intervenção em grupo, não foi possível o seu regresso. Ocorreram ainda dois episódios que impossibilitaram que comparecesse nas sessões, e um deles ocorreu na sala de espera, em que se sentiu mal e foi acompanhado para o serviço de urgências e na semana seguinte foi a uma consulta de cardiologia. No último mês, o TV demonstrou melhorias ligeiras na relação com a estagiária, pois procurava também provocá-la e comunicar, aceitando momentos de jogo apenas com a estagiária. Dado que o seu acompanhamento foi alterado, de contexto de grupo para</p>	

individual, não foi possível promover os objetivos definidos, e por isso, todos os instrumentos aplicados tiveram pontuações muito próximas da avaliação inicial. Ainda assim, com o regresso após o internamento, os objetivos do acompanhamento individual focaram-se na promoção da inibição de impulsos e autorregulação, sendo visíveis melhorias ligeiras que possibilitaram a inscrição do jovem para os grupos de verão.

Grupo II

O Grupo II é composto por 8 elementos com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos. Parte destes adolescentes já pertenciam ao Grupo de Psicomotricidade no passado ano letivo, nomeadamente o João, a MIL e a LR, e outros dois participantes, o EO e a RO entraram no grupo apenas em janeiro. Acrescenta-se que a jovem LM abandonou o grupo em março, dada a necessidade de institucionalização, que, por ser muito longe da zona do HD, impossibilitou a sua continuidade no grupo. Quando comunicado no grupo, os adolescentes referiram o sentimento de tristeza pois começavam a estabelecer relação. A LR teve no mês seguinte alta do grupo, sendo pouco assídua antes dessa data, e como tal esta saída não causou impacto no grupo. Para mais, a adolescente AM teve uma baixa assiduidade no grupo e, aquando da sua participação, recusava-se a realizar as atividades propostas.

Inicialmente foi muito difícil o estabelecimento de relações entre pares, sendo este um grupo com características muito parecidas e, na sua grande maioria, os participantes evitavam o contacto uns com os outros. Neste momento o SG teve um papel fundamental, sendo ele o elemento mais comunicativo que procurou provocar a participação dos pares em todas as atividades, o que veio posteriormente promover a coesão de grupo.

No momento de entrada da RO notou-se uma melhoria significativa na coesão de grupo dado que, embora inicialmente tenha adotado uma postura tímida, a jovem comunicava com todos os elementos e realizava propostas de atividades que motivaram os restantes participantes. Estabeleceu relações rapidamente e em especial com o João, chegando até a ser cúmplices em algumas atividades.

A entrada do EO veio também aumentar o espírito de competição no grupo, nomeadamente com o João, e assim foi possível a realização de desafios e propostas, que permitiram o desenvolvimento de capacidades sociais e de autorregulação.

Ao longo de toda a intervenção, a MIL desempenhou um papel de observadora no grupo, estabelecendo relações superficiais e preferindo não participar em algumas dinâmicas. Tendo em conta as necessidades de cada adolescente, são em seguida expostos os objetivos terapêuticos para cada um (Tabela 8). Todos estes objetivos foram estabelecidos tendo em conta a avaliação inicial.

Tabela 8 - Objetivos terapêuticos, mediadores e técnicas para o Grupo II

	Objetivos Gerais Terapêuticos
Grupo II	Adequar a tonicidade Promover a noção do corpo Promover a consciencialização e regulação emocional Promover a autoestima Promover a regulação emocional Promover competências sociais
Tipologia, frequência e duração da sessão	Sessões em grupo, semanais, com a duração de 75 minutos.
Mediadores	Toque, jogo, relação terapêutica
Técnicas utilizadas	Jogo, técnicas de relaxação, técnicas expressivas

Na tabela 9, cuja avaliação inicial exposta contribuiu para a definição dos objetivos terapêuticos acima mencionados, apresentam-se os resultados das avaliações e a progressão terapêutica de cada adolescente.

Tabela 9- Avaliações iniciais, finais e progressão dos participantes do Grupo II

Identificação do caso	Avaliação Inicial	Avaliação Final
João 16 anos – género masculino Personalidade esquizoide. Lentidão psicomotora. Apresenta muitos	LOFOPT – Dificuldade no estabelecimento de relações com os pares, havendo sub-relação com postura ligeiramente passiva. Autoconfiança adequada e respeito pelas normas sociais. Nível de tensão elevado e forte envolvimento em momentos de jogo. DAP - Classificação final (97 – valor standard) abaixo do esperado para a idade. Os valores standard correspondentes ao desenho do homem foram de 97, da mulher de 91 e do próprio de 105 pontos. Cada desenho foi realizado durante mais de 5 minutos, com extrema atenção ao detalhe. Ausência de partes corporais referentes à cara (olhos, boca e nariz). QCD – Questionário preenchido	LOFOPT – Melhorias a nível do estabelecimento de relações sociais, uma vez que o João foi capaz de estabelecer relações apropriadas com os pares. Autoconfiança adequada e postura ligeiramente passiva. A nível tónico, mostrou-se ligeiramente tenso. Os seus movimentos foram adequados ao longo de toda a intervenção e a nível atencional esteve ligeiramente sobre-envolvido. Notaram-se melhorias acentuadas a nível da expressividade, sendo agora adequada. Embora tenha aumentado a comunicação, é ainda ligeiramente não comunicativo, com pouca iniciativa para o diálogo. DAP - Classificação total de 136 pontos, corresponde a valores standard de 130 pontos no desenho do homem e a 133

Identificação do caso

Avaliação Inicial

rituais. Isolamento social.

pela mãe, pelo pai e pelo próprio. O total de dificuldades do próprio enquadra-se na categoria normal, assim como no questionário da mãe. Pelo contrário, o total de dificuldades observado pelo pai está inserido na categoria anormal. O jovem aponta como anormal a hiperatividade e o seu pai aponta os sintomas emocionais e os problemas com colegas. As restantes categorias corresponderam a normal. Em todos os preenchimentos, exceto no da mãe, o impacto foi anormal. **EAC**- Autoconceito global correspondente a 49 pontos, ou seja, pontuação acima da média. A dimensão com pontuação mais baixa foi a aparência física. **EBN**- Pontuação de 19 em 30 pontos, devido a reequilibrações e movimentos corporais. Dificuldades da inibição de movimentos. **Observação informal**- preferência pelos espaços da sala em que estivesse distante dos pares, nomeadamente o canto esquerdo junto à porta da sala. Diminuída comunicação, tanto com os pares como com as terapeutas, e apenas era capaz de comunicar para esclarecer as dúvidas de forma a ter um bom desempenho nas atividades. O João demorava muito tempo a responder quando lhe eram colocadas questões e ficava a olhar fixamente para os participantes. Manteve um nível de alerta elevado ao fazer uma constante exploração da sala com o olhar. O jovem mostrou-se reativo ao toque e procurava lavar as mãos rapidamente, de forma impulsiva caso sentisse necessidade.

Avaliação Final

pontos no desenho da mulher e do próprio. Cada desenho teve uma duração inferior a 5 minutos, com extrema atenção ao detalhe. Presença de todos os membros do corpo, com adequada distribuição no espaço da folha e proporção. Para mais, o João desenhó todos os constituintes da face, que não tinha desenhado na avaliação inicial. **QCD** – Questionário preenchido pelo próprio. Total de dificuldades categorizado como normal, sendo este correspondente a 9 pontos. A única escala categorizada como limítrofe foi de problemas com colegas. A pontuação de impacto foi de 0 pontos. Neste preenchimento de follow-up o jovem assinalou que os seus problemas melhoraram muito, foram muitíssimo úteis a nível de proporcionar informação e tornar os problemas suportáveis e admite ainda sentir pequenas dificuldades a nível emocional, social e comportamental. **EAC** – Autoconceito global correspondente a 51 pontos. Melhorias nas dimensões aparência Física e Ansiedade. **EBN** – Pontuação total de 27 em 30 pontos, uma vez que o adolescente sorriu no momento em que ouviu cair o lápis, em seguida cruzou os braços e depois tornou a sorrir no momento do som da tosse. Melhoria na inibição de impulsos. **Observação informal** – O João estabeleceu relações com os pares, em especial com a RO e o SG. Mais que isto, o João estabeleceu uma ótima relação com as terapeutas, em especial com a estagiária, e partilhava com ela brincadeiras que eram inicialmente impensáveis. Foi capaz de realizar sugestões para as atividades e partilhar opiniões com o grupo, ainda que preservando o seu espaço pessoal. Houve uma diminuição significativa da impulsividade nas lavagens. O jovem diminuiu o seu nível de

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

		<p>alerta assim como os momentos em que olhava fixamente para os restantes membros do grupo. A sua resposta, ainda que demorada, teve melhorias ligeiras, verificadas através da diminuição dos momentos de silêncio no grupo ao aguardarem pela resposta.</p>
<p>Progressão</p>	<p>Exposta no Estudo de Caso II.</p>	
<p>SG 16 anos – género masculino Ideação Suicida e comportamentos auto-lesivos nos membros superiores. Pseudo-alucinações. Ingestão medicamentosa voluntária.</p>	<p>LOFOPT – O jovem demonstrou-se sobre-relacionado, com uma baixa autoconfiança. Assume o papel de líder do grupo e notou-se um jovem agitado, ligeiramente hiperativo e notoriamente tenso. Apresentou um controlo dos movimentos adequado e atenção focalizada apropriada, com facilidade na comunicação e partilha assim como respeito pelas normas. Em momentos de descrição sobre o corpo, o jovem referia-se sempre ao corpo no geral, e era incapaz de detalhar o que sentia. DAP- Pontuação total de 105 pontos em valor standard. Desenho do homem correspondente a 90 pontos, da mulher a 102 pontos e do próprio a 123 pontos. Esta pontuação, encontra-se abaixo do que é esperado para a idade. O desenho em que se notou uma maior resistência e hesitação foi o desenho do próprio, no entanto, todos os desenhos foram ricos a nível de detalhe anatómico. QCD- Preenchimento realizado pelo próprio e pela sua mãe. O total de dificuldades evidenciado pela mãe é categorizado como normal. Para esta figura, apenas as escalas de hiperatividade e problemas com colegas são correspondentes à categoria limítrofe. Para o jovem, o total de dificuldades é limítrofe, com especiais dificuldades na hiperatividade.</p>	<p>LOFOPT – A nível de relações, o jovem mostrou-se sobre-relacionado, interagiu com todos os participantes e foi o líder do grupo, que motivou os restantes participantes e fez diversas sugestões. No que se refere à autoconfiança, seguiu ligeiramente sem autoconfiança, e conseguiu regular a sua agitação, sendo ativo nas sessões. Ainda assim, notou-se um ligeiro nível de tensão durante o acompanhamento. Para mais, o jovem comunica com muita facilidade e apresentou movimentos adequados, para além de que respeitou sempre a normas impostas e apresentou uma atenção focalizada apropriada. DAP – Pontuação standard de 110 pontos. No desenho do homem obteve 110 pontos, no da mulher 114 e no do próprio 103. Inicialmente mostrou-se reticente em relação ao desenho do próprio, pelo que adiou a tarefa e ficou a refletir durante algum tempo. Dessa forma, acabou por realizar um maior investimento no desenho do próprio. Representou em todos os desenhos todas as partes do corpo, com uma distribuição espacial adequada e um investimento geral apropriado. QCD – O total de dificuldades evidenciado foi de 23 pontos, correspondente à categoria anormal. Classificou ainda como anormal a escala de sintomas emocionais e hiperatividade. No que se refere aos problemas com colegas, a sua pontuação foi</p>

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>Para ambos os preenchimentos, a pontuação de impacto foi anormal. EAC- Autoconceito abaixo da média com pontuação global correspondente a 15 num total de 60. As pontuações que evidenciaram maiores dificuldades foram a popularidade, a felicidade-satisfação e a aparência física, assim como o estatuto intelectual. EBN- Pontuação de 27 pontos em 30. O jovem apenas sorriu uma vez no início da prova. Observação informal - O SG foi o primeiro elemento do grupo a estabelecer relações e demonstrou motivar o grupo com facilidade. Com as terapeutas, foi sempre cordial, e tinha já estabelecida uma boa relação com a psicomotricista. Interagia com a estagiária de forma a conhecê-la, mostrando-se muito confortável. Na sala, dirigia-se sempre para o armário de forma a preparar o início da sessão e dar almofadas aos pares ou então ia diretamente para o centro da mesma. Nas partilhas, voluntariava-se para ser o primeiro a participar e era muito expressivo. Movia constantemente o corpo e abraçava todos os participantes.</p>	<p>limítrofe. Assinalou que melhorou ao longo do acompanhamento e que o grupo foi muito útil, considerando ainda que segue com dificuldades. Preenchimento realizado apenas pelo próprio, dada a impossibilidade de marcação de reunião com a mãe. EAC – Pontuação total de 7 em 60 pontos, sendo as pontuações mínimas correspondentes a aspeto comportamental, aparência física e popularidade, com 1 ponto. EBN – 27 de 30 pontos, devido a ligeiros movimentos/balanceamentos dos braços. Observação informal- O SG foi capaz de regular a sua agitação, visível através da diminuição dos movimentos corporais. Nas suas relações, estabeleceu claramente relações mais próximas com determinados elementos, mas foi sempre quem incentivava os restantes a participarem. Com a psicomotricista e a estagiária, manteve os abraços e melhorou a relação, partilhando com elas sobre temas difíceis do seu quotidiano. A sua exploração do espaço foi constante ao longo do tempo, sendo o centro da sala o seu lugar privilegiado.</p>
<p>Progressão</p>	<p>Desde o início do acompanhamento, o SG destacou-se como o líder do grupo dado que incentivou todos os pares a participarem nas diferentes atividades propostas. Foi o membro que reuniu os restantes no centro da sala e procurou propor novas atividades que todos fossem gostar. Esta sua postura foi constante, estabelecendo relações com todos os participantes, e interagindo com o João e a RO, que eram inicialmente quem menos participava. Nos primeiros dois meses, a presença assídua do SG foi fundamental para alcançar a coesão de grupo, ao apresentar facilidade em comunicar e motivar os participantes. O SG mostrava-se agitado aquando da explicação/preparação das atividades e, com as melhorias na relação que estabeleceu com cada membro do grupo, no mês de fevereiro notou-se uma ligeira diminuição na agitação e adequação da tonicidade, dado o seu alto nível de tensão durante as sessões. Quando questionado em relação ao que sentia no seu corpo, após o retorno à calma, o SG foi capaz de descrever progressivamente com mais detalhe a forma como se sentiu, o que fez</p>	

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>com que fosse possível aumentar a consciência dos estados tónicos e melhorar o conhecimento em relação ao corpo. Os jogos realizados no terceiro mês, com variações de velocidades e ritmos, demonstraram que o SG teve uma boa capacidade de regulação e uma diminuição da agitação. Nos últimos dois meses do grupo, o jovem começou um estágio e por isso foi menos assíduo. Numa fase posterior da intervenção, o SG partilhou sobre os seus sentimentos e definiu o grupo como um espaço de segurança em que podia ser ele próprio, o que demonstrou aquando das atividades de expressão corporal e artística. Despediu-se do grupo uma semana antes da data prevista e revelou que este grupo teve em si um grande impacto dado a segurança que sentia e as relações que tinha estabelecido, pois no seu quotidiano não tinha a mesma facilidade. Foi também durante a despedida que se verificaram melhorias na consciência das suas capacidades, onde o SG valorizou as suas competências e refletiu sobre a capacidade de as desenvolver e expor no grupo. A avaliação final foi realizada numa fase de vida do SG em que estava a passar por algumas dificuldades, o que se pode ter refletido na pontuação de todos os instrumentos utilizados. Ainda assim, na prova final do DAP, o SG investiu a nível temporal e estético no desenho do próprio, algo que não havia feito na avaliação inicial, com uma postura adequada e com menos movimentos nas pernas, refletindo novamente melhorias a nível da agitação.</p>	
<p>MIL 15 anos – género feminino Comportamentos autolesivos, ingestão medicamentosa voluntária, comentários depreciativos e comportamentos de restrição alimentar.</p>	<p>LOFOPT – Dificuldades na interação social, o que faz com que a jovem esteja ligeiramente subrelacionada. Baixa autoconfiança e demonstração de insegurança, adotando uma atitude passiva. Demonstra-se ligeiramente tensa e consegue realizar movimentos apropriados. Na sua expressividade motora, a jovem é ligeiramente apática e, na maioria das tarefas, não está totalmente envolvida, pelo que não presta atenção. É ainda pouco comunicativa e apresenta uma regulação social apropriada. DAP- Pontuação total de 126 pontos, dos quais 41 correspondem ao desenho do homem, 42 da mulher e 43 do próprio. A jovem recusou-se a realizar o desenho do próprio e foi necessário algum estímulo por parte da estagiária. A jovem realizou uma distribuição na folha pouco proporcional, pelo que o desenho foi realizado no canto inferior esquerdo e muito pequeno. QCD-</p>	<p>LOFOPT – Dificuldade na interação social uma vez que continua ligeiramente subrelacionada, estabelecendo relações superficiais com os pares. Ainda assim, admite que este é o único contexto em que pode ser ela própria e estabelecer relações. Mostra-se ligeiramente sem confiança, ainda que procure verbalizar que é muito boa em determinadas tarefas e momentos. Nas atividades adotou uma postura passiva, havendo até um período em que recusou a participação e apenas assistia, integrando a atividade após algum tempo. A nível expressivo, melhorou ligeiramente, no entanto segue ainda ligeiramente apática e não comunicativa. A jovem demonstra ainda uma postura de inibição, maioritariamente de braços cruzados e afastada do grupo a nível espacial. QCD- 17 total – limitrofe. Emocionais, hiperatividade e colegas limítrofe. Impacto 0. Considera que os problemas melhoraram e que a participação no grupo ajudou muito ainda que</p>

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>Questionário preenchido pela adolescente e pela sua mãe. No preenchimento da própria, o total de dificuldades foi normal, sendo apenas apontados como limítrofes os sintomas emocionais e os problemas com colegas. No preenchimento da mãe, o total de dificuldades foi limítrofe, como igual categoria em sintomas emocionais, problemas de comportamento e problemas com colegas. Em ambos os preenchimentos, a pontuação de impacto foi igual a 4 (anormal). EAC- Autoconceito global de 17 pontos, o que é designado como abaixo da média. As dimensões de menor pontuação e como tal maior dificuldade foram: a aparência física; a ansiedade; a popularidade; e a felicidade- satisfação. EBN- 27 em 30 pontos. Movimentos marcados aquando da queda do lápis, com reações notórias e expressão corporal e vocal. Observação informal - A jovem estabeleceu inicialmente relações superficiais e reagia/sorria exageradamente ao longo das interações. Na sala, preferia ficar encostada na parede em frente à porta ou, nos momentos de recusa, sentava-se junto ao armário da sala. Não investia nas tarefas</p>	<p>sinta ainda que tem muitas dificuldades. EAC- A jovem acumulou um total de 29 pontos, sendo o máximo 60. Ao longo da realização procurava a aprovação por parte das terapeutas, ao questioná-las sobre o que devia colocar. EBN – 25 em 30 pontos. Movimentos marcados durante os estímulos sonoros, evidenciando susto e alguns risos. Ainda assim, a jovem foi capaz de inibir os movimentos e realizar o resto da prova de forma adequada. Observação informal – A MIL apresentou dificuldades no estabelecimento de relações e admitiu que é difícil ser genuína nas suas interações. Embora estivesse mais participativa, continuava a dirigir-se à parede para se encostar e não investia nas tarefas. Mostrou uma maior autoconfiança, devido a vários comentários em relação à sua prestação.</p>
<p>Progressão</p>	<p>Durante a intervenção psicomotora, a MIL teve dificuldades a nível relacional, dado que a LM era da sua turma e tinham problemas em contexto escolar. Assim, embora no início do acompanhamento se dessem bem, o conflito teve impacto na sua motivação para a participação no grupo e, por volta do segundo mês, a sua assiduidade diminuiu. Esta dificuldade fez com que, neste período, a MIL recusasse a participação em diversas sessões e se afastasse do grupo. Na sala, procurava encostar-se numa das paredes, afastada dos pares, e virava costas ao grupo em diversos momentos. Mostrou não ter grande interesse na interação, ao não ouvir o que os pares diziam. Quando, motivada pelo SG, estabeleceu relações, foram superficiais e de forma a causar impacto na outra participante com quem tinha conflito. Era capaz de falar com as terapeutas em contexto individual, mas no grupo não interagia com estas. No quarto mês de</p>	

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>intervenção, a MIL ultrapassou estes problemas e começou a interagir com todos os participantes, ainda que com algum distanciamento. Em seguida, as suas verbalizações de insegurança foram substituídas por frases de encorajamento e mostrava que não estava preocupada com o seu desempenho, o que se verificou na avaliação final da EAC, com um aumento na sua autoconfiança, associado também à valorização verbal das suas competências e capacidades. No último mês, a MIL partilhou no grupo alguns temas com que se preocupava e atividades de que gostava, o que mostrou melhorias a nível social. Ainda assim, mostrou-se ansiosa e preocupada com a opinião dos outros, pedindo aprovação inúmeras vezes. As melhorias foram ligeiras uma vez que a jovem apenas investiu no grupo numa fase final.</p>	
<p>LM 15 anos - género feminino Perturbação depressiva com características de perturbação de stress pós-traumático, tristeza, anedonia, comportamentos autolesivos, dificuldade na verbalização.</p>	<p>LOFOPT – Dificuldades na interação espontânea com os pares, demonstrando-se subrelacionada. Baixa autoconfiança demonstrada através de dúvidas relativas à sua capacidade de realizar as tarefas. Postura sobre-relaxada. A adolescente é capaz de controlar os seus movimentos, e, em relação à sua expressividade, estes são apáticos. Não está totalmente envolvida nas tarefas, desviando com facilidade a sua atenção e é ligeiramente não comunicativa. A jovem apresenta uma regulação social adequada. DAP- Pontuação total, em valores standard, de 78 pontos. Representou no desenho do próprio cortes nos braços e um coração partindo, colocando na zona da sua face uma máscara. Vale mencionar que a jovem realizou o desenho com poucos detalhes anatómicos, mas acrescentou em cada desenho um elemento comunicativo, sendo esse uma cruz no homem e um balão de discurso riscado na mulher. O desenho do homem teve 90 pontos, o da mulher 81 e o do próprio 74, referindo novamente que os resultados se tratam de valores standard. QCD- Questionário preenchido pela própria e pela mãe. O total de dificuldades</p>	<p>Abandonou o grupo em março de 2023 devido a institucionalização, pelo que não foi possível a realização da avaliação final formal. Ao ter em conta a LOFOPT, antes da saída do grupo, a jovem não procurou estabelecer relações com os pares, mas tentou falar com a psicomotricista e a estagiária em momentos de dificuldade. Aumentou, neste curto período a sua participação nas atividades, passando a participar ativamente e, embora em alguns dias se notasse menos motivada, acabou por aderir às atividades. Foi habitual o desinteresse inicial das atividades, no entanto, a jovem rapidamente se integrou e participou. Procurou muitas vezes ficar sentada no chão, junto ao armário, mas quando participava explorava o espaço de forma ativa. Com isto, podem-se apontar alterações a nível da atividade, que aumentou e por isso é agora categorizada como ativa, e a nível da relaxação, mudando de uma postura sobre-relaxada para ligeiramente tensa.</p>

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>foi categorizado como anormal em ambos os preenchimentos, assim como a escala dos sintomas emocionais foi categorizada de igual forma. A pontuação da jovem aponta a hiperatividade como anormal e o impacto também. No preenchimento da mãe, a categoria anormal foi atribuída também a problemas com colegas e impacto. EAC- Pontuação total de 10 pontos em 60. Teve apenas 1 ponto nas seguintes dimensões: Aparência Física, Popularidade e Felicidade- Satisfação. Apresentou ainda uma pontuação baixa (2 pontos) na dimensão Ansiedade. EBN- Pontuação de 30 pontos, sendo essa a pontuação máxima. Capacidade adequada de inibição de movimentos. Observação informal – A LM falava com todos os participantes, em especial com o SG. Embora no início das sessões não comunicasse, a sua atitude era totalmente diferente no fim da sessão. Realizava sugestões nas tarefas e, quando não participava em atividades com o SG, assumia o papel de líder e era muito competitiva.</p>	
<p>Progressão</p>	<p>A LM participou ativamente no grupo até, aproximadamente, meio da intervenção, altura em que foi institucionalizada numa região longe do HD. Até essa data, e dado o conflito entre a adolescente e a MIL, a LM participou de forma ativa e estabeleceu uma ótima relação com o SG, aproximando-se imediatamente dele quando o via. Ignorava a MIL, recusava-se a formar equipas com ela e, no momento do cumprimento final, dirigia-se a ela, mas sem estabelecer contacto ocular. Foi capaz de partilhar com o grupo sempre que algo se passava, sentindo este espaço como seguro. No primeiro mês, a LM adquiriu uma postura de observadora ainda que nos jogos fosse ativa. No segundo mês, a jovem começou a desistir das tarefas quando eram anunciadas, mas foi demonstrando a sua competitividade e pediu para participar. Nesta altura, começou a interagir com as terapeutas e os pares. Na fase em que abandonou o grupo, nas atividades, partilhava com o SG o papel de líder, em especial quando o grupo era dividido em equipas, e a LM liderava a sua, conseguindo falar com todos e ouvir as</p>	

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>opiniões do outro. O conflito vivenciado em ambiente escolar não fez com que a LM se afastasse do grupo, até pelo contrário, acabou por se mostrar mais disponível para se relacionar. Nesta fase em que foi sentido o investimento da jovem e com melhorias no conflito com a MIL, a LM foi institucionalizada.</p>	
<p>EO 14 anos - género masculino Alterações do comportamento alimentar; Comportamento pouco social; Relata pensamentos sobre autolesão.</p>	<p>Louvain – Jovem ligeiramente subrelacionado, interagindo apenas para fins de concluir a tarefa proposta. Baixa autoconfiança e comunicação verbal reduzida. Assim, o jovem é ativo nas dinâmicas e demonstra-se tenso ao longo das mesmas. Controlo dos movimentos adequados e atenção focalizada adequada. Pouca expressão a nível corporal e é por isso ligeiramente apático. Apresenta uma regulação social apropriada. DAP- O jovem demonstrou um desinvestimento total no desenho, demorando menos de 1 minuto em cada. Total de 40 pontos, em valor standard, sem realização de detalhe no desenho e com ausência de partes corporais. O desenho do próprio apenas se diferenciou do desenho do homem (41 pontos) pois o jovem acrescentou uns óculos. No desenho da mulher e do próprio teve 44 pontos. QCD- Instrumento preenchido pelo próprio e pelo seu padrasto. Nenhum dos preenchimentos evidenciou dificuldades marcadas sendo o total de dificuldades do jovem 17 (limítrofe) e o do padrasto 13 (normal). Ambos apontam os problemas com os colegas como limítrofes. EAC- Resultado obtido de 8 pontos em 60, o que indica um autoconceito muito baixo. Total de 0 pontos nas dimensões: aparência física, ansiedade, popularidade e felicidade-satisfação. EBN- Pontuação total de 27 em 30 pontos. Evidenciou movimentos corporais ligeiros e abriu os olhos e riu apenas num dos estímulos sonoros. Boa capacidade de</p>	<p>Louvain – O jovem mostrou-se ligeiramente subrelacionado, embora mais disponível para o grupo. Baixa autoconfiança e diminuída comunicação. Participativo nas atividades e dinâmicas, aceitando as sugestões dos outros, mas sem colocar sugestões. Ligeiramente mais expressivo, mas ainda ligeiramente apático. DAP – Valores standard obtidos de 40 pontos. Desinvestimento total na tarefa, acumulando 41 pontos no desenho do homem, 44 no da mulher e 44 no do próprio. Postura de desinteresse ao longo de toda a avaliação e desmotivação aquando do pedido do desenho do próprio. QCD – Preenchimento do jovem correspondente ao perfil anormal (27 pontos). Apontou dificuldades (anormal) em todos os parâmetros. Acrescentou que as suas dificuldades melhoraram, mas definiu que a utilidade do acompanhamento foi pouca pois sente ainda grandes dificuldades. EAC – Pontuação total de 14 pontos em 60. Embora melhor do que na avaliação inicial, atribuiu 1 ponto em Aparência Física, Popularidade e Felicidade-Satisfação. EBN – Pontuação de 27 pontos em 30. O jovem moveu os olhos durante 3 estímulos sonoros. Inibiu movimentos corporais de forma adequada. Observação informal – No fim da intervenção o EO mostrou-se desmotivado, devido a problemas no seu contexto escolar. Ainda assim, foi capaz de aumentar o contacto ocular com os participantes e participar nas atividades com um adequado nível de competição. Identificou-se com a RO e foi a</p>

Identificação do caso

inibição de impulsos. **Observação Informal** – O EO entrou para o grupo muito desmotivado, não era assíduo e não comunicava com os pares. Procurava ficar a mexer no seu casaco na zona dos pulsos ou distraía-se com algum detalhe da sua roupa ou da sala. Não realizava contacto ocular e quando lhe era colocada uma questão, estava geralmente distraído e a resposta era um encolher de ombros. No espaço, deslocava-se sempre para a zona da sala com menos pessoas.

Avaliação Final

participante com quem mais comunicou. Na sala, foram agora frequentes os momentos em que o EO ficava junto do grupo ainda que não falasse com os pares.

Progressão

O EO iniciou a participação no grupo mais tarde que os outros jovens e inicialmente não falava com ninguém mas participava nas atividades. Mostrou-se pouco expressivo, mas geralmente, na parte fundamental da sessão, mostrava gosto pelas atividades, através de sorrisos e verbalizações. Esta postura foi consistente durante os 2 meses iniciais, e nos 2 meses seguintes, demonstrou melhorias na comunicação e motivação durante a sessão, através da sua postura e disponibilidade. Estabeleceu uma boa relação com o João, de competição, e com a RO, visto que também entrou no grupo numa fase posterior. No fim da intervenção, e devido a episódios recorrentes de bullying em contexto escolar, o EO afastou-se do grupo e a sua autoconfiança diminuiu, dados os comentários depreciativos feitos e regressou à sua postura inicial. Por esta razão, embora num determinado período de tempo tenham sido visíveis melhorias, não se refletiram na avaliação final formal, na qual o EO desinvestiu e foi muito rápido a realizar. No fim da intervenção, o adolescente recusou-se a falar e nas atividades limitou-se a fazer o que era estritamente necessário, mas não recusava a participação. Reconheceu no fim que o grupo foi útil para socializar, mas não conseguiu definir como, sendo que, ao sentir-se observado, começou a mexer nas suas mãos e a encolher os ombros, e, uma vez que ficou desconfortável, foi-lhe dado espaço sem serem colocadas mais questões. Ainda assim, aumentou a sua comunicação e o contacto ocular.

LR 16 anos- género feminino

Ansiedade extrema;
Comportamentos

Louvain – Na relação com os pares a jovem mostra-se ligeiramente sub-relacionada. É insegura e ligeiramente passiva. Apresenta uma postura eutónica, mas aponta algumas vezes tensão devido a dores musculares. Controlo dos movimentos adequados assim como a expressividade dos mesmos. Não se envolve totalmente na tarefas e distrai-se com facilidade,

Teve alta do grupo em abril de 2023. **Observação informal** - Pouca pontualidade e assiduidade ao longo do tempo de acompanhamento devido à participação em atividades curriculares e extracurriculares. Queixas regulares de dores físicas. A jovem mostrou-se investida no grupo e participou em todas as atividades propostas. As alterações observadas são referentes à sua autoconfiança, dado que

Identificação do caso**Avaliação Inicial****Avaliação Final**

autolesivos; Dificuldade no acesso às emoções; Dificuldades de memória e atenção; Ataques de raiva; Dificuldade em lidar com a pressão exterior; Dificuldade de abstração.	iniciando danças ou alongamentos. A adolescente comunica de forma adequada e apresenta uma regulação social apropriada. DAP - No desenho do homem, a jovem obteve como valores brutos a pontuação de 49, no desenho da mulher, 47, e no do próprio 40, estando estas pontuações dentro da média para a sua idade, o que revela um conhecimento adequado em relação à noção do corpo. QCD - Preenchimento realizado apenas pela própria. Total de dificuldades correspondente a 23 pontos, que corresponde à categoria anormal. As categorias com maior destaque, categorizadas como anormal são: sintomas emocionais, hiperatividade e impacto. EAC - Autoconceito dentro da média (31 pontuação total), no entanto apresenta altos níveis de ansiedade e baixa felicidade e satisfação. EBN - Pontuação de 20 pontos, devido à realização de movimentos, reações tónico-emocionais, sorrisos e oscilações durante a prova. Dificuldade ligeira na inibição de impulsos. Observação informal - A LR já conhecia alguns elementos do grupo dado que era acompanhada no passado ano letivo. Assim, nas sessões dirigia-se de imediato para junto do SG, que já conhecia, e comunicava com facilidade. Chegava às sessões com um livro e pousava-o na mesa da sala, procurando recorrer a ele algumas vezes. Com as terapeutas, tinha já estabelecido uma boa relação com a psicomotricista e era cordial com a estagiária.	a jovem se nota mais confiante no seu desempenho e mais ativa nas tarefas. Acrescenta-se que a LR apresenta uma postura tensa e não se nota expressiva no movimento, aumentando, no entanto, a sua comunicação. Desta forma, demonstrou uma maior disponibilidade na interação com os pares e uma maior facilidade na tomada de decisões. Na sua relação com a psicomotricista e a estagiária, pode ser referido que com a psicomotricista se manteve a relação e, com a estagiária, a jovem não se relacionou de forma marcada.
Progressão	Uma vez que a jovem participou em poucas sessões, não é possível fornecer informações relevantes sobre a sua progressão. Ainda assim, com os pares, não estabeleceu relações significativas e não participou nos momentos de partilha, respondendo maioritariamente que não sabia o que dizer. A jovem manifestou	

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	<p>diversas vezes a sua motivação para as atividades escolares e para atividades que começava a participar fora do contexto hospitalar, o que, tendo em conta os registos do acompanhamento, é uma mudança significativa, no entanto, e após reunião com o seu pedopsiquiatra, a jovem teve alta do grupo devido a estas melhorias e à diminuição de pensamentos e comportamentos autolesivos, ainda que continue o acompanhamento com o seu pedopsiquiatra.</p>	
<p>RO 13 anos - género feminino Comportamentos autolesivos; Labilidade emocional; Crises de ansiedade; Humor depressivo;</p>	<p>Louvain – Jovem pouco relacionada com pares, apenas interagindo em momento de necessidade. Baixa autoconfiança notória e postura passiva ao longo das sessões. Apresenta-se ligeiramente tensa e muito alerta. Não é comunicativa e expressa-se maioritariamente através de sorrisos, no entanto na maioria do tempo é ligeiramente apática. Reconhece e respeita as normas sociais apresentando por isso uma regulação social apropriada. DAP- Classificação standard (84) abaixo do esperado para a idade. Os valores standard correspondentes ao desenho do homem foram de 88, da mulher de 83 e do próprio de 90 pontos. Cada desenho foi realizado muito rapidamente, em menos de 2 minutos, pelo que não houve investimento na tarefa. A jovem não teve em atenção detalhes anatómicos e notou-se ausência de partes corporais. QCD- Preenchimento realizado pela jovem e pela sua mãe. A pontuação total da jovem (17) foi categorizada como limítrofe, pelo que a da sua mãe (20) pode ser classificada como anormal. EAC- Pontuação total de 30 em 60 pontos. As categorias de menor pontuação foram a Aparência Física, a Ansiedade e a Popularidade. EBN- Pontuação total de 29 em 30 pontos, evidenciando apenas um breve movimento no primeiro momento da queda da caneta. Observação informal – Nas primeiras sessões, a RO entrava de ombros elevados na</p>	<p>Louvain – A jovem foi capaz de estabelecer relações apropriadas com os pares, interagindo livremente e colocando propostas ao longo das atividades. No que se refere à autoconfiança, mostra-se ainda ligeiramente sem auto-confiança mas é agora ativa nas atividades. Nota-se uma postura ligeiramente tensa ao longo das sessões e a nível expressivo, embora se tenham notado melhorias ligeiras, pode-se considerar ligeiramente apática. Comunica com facilidade, no entanto não tem iniciativa para a comunicação. Esteve sempre envolvida nas tarefas de forma adequada e mostrou uma regulação social apropriada. DAP – Classificação final de 92 pontos em valores standard, superior à avaliação inicial. Estes valores, para o desenho do homem foram de 83 pontos, da mulher de 102 e do próprio de 97. Pouco investimento na tarefa e especial hesitação no desenho do próprio. A jovem demorou a iniciar este desenho e manifestou o seu desagrado. QCD – No preenchimento da própria, a pontuação total foi de 13 pontos, correspondente à categoria normal. A pontuação Impacto foi de 3, o que significa que a jovem reconhece o impacto das dificuldades no seu quotidiano. No preenchimento da mãe, a pontuação total foi de 20 pontos, o que é uma pontuação limítrofe. Apenas apontou como normal a escala de problemas de comportamento e as restantes tiveram uma pontuação correspondente a anormal. No impacto, a mãe atribuiu uma pontuação de 0. EAC – Pontuação total de 23 em 60 pontos. EBN-</p>

Identificação do caso

sala e cabelo em frente à cara e ajeitava-o várias vezes. Como chegava atrasada à sessão, ficava sempre junto da porta de entrada e entre uma das terapeutas e o João, ainda que não houvesse lugares marcados. Mostrava uma postura tensa e comunicava através de sorrisos e, quando falava, era muito baixo. Com as terapeutas, falava de forma a esclarecer dúvidas, mas não partilhava sobre si.

Avaliação Final

Pontuação total de 28 pontos em 30, evidenciando apenas dois movimentos ligeiros ao longo do tempo da tarefa. **Observação informal** – No fim da intervenção, a RO alterou a sua postura e entrava na sala mais motivada e disponível. O seu cabelo já não tapava a sua cara e, ao chegar atrasada, ocupava o mesmo lugar na sala, retornando a ele no momento da despedida. A sua comunicação no grupo aumentou de forma significativa e a nível expressivo notaram-se melhorias, através de sorrisos e movimentos espontâneos. A sua relação com o João foi também uma melhoria, visto que comunicavam de forma natural e sem haver uma exigência. Estabeleceu também relação com o SG e o EO.

Progressão

No início do acompanhamento com a RO, chegava às sessões muito tímida, com uma postura retraída e pouco comunicativa. Privilegiava a posição sentada junto a uma parede, em especial a parede mais próxima da porta, e balanceava o seu corpo nos momentos de partilha com o grupo. Falava apenas quando era necessário e a sua comunicação era feita maioritariamente através de sorrisos. Após 1 mês de intervenção, a RO começou a sentir-se mais confortável e durante as atividades começou a ser mais ativa e expressiva, afastando-se da parede que lhe permitia distanciar-se do grupo, pelo que se notou um aumento na sua motivação e interação com os pares. No segundo mês, a RO começou a partilhar as suas necessidades e, no mês seguinte, foi notória a boa relação com o João, quando começaram a comunicar e estabelecer estratégias de colaboração para vencer nas atividades propostas. Durante os seguintes dois meses, a RO realizava propostas durante a sessão, que eram bem aceites pelo grupo, e tentava mostrar jogos que fazia antes de se mudar para a zona do HD. A boa relação que estabeleceu com todos os participantes, em especial com o João, manteve-se até ao último mês, quando a RO partilhou com o grupo que estava a passar por uma situação de bullying e começou a inibir-se e afastar-se do grupo. Por esta altura, tornou a sair do círculo do grupo e a encostar-se de imediato à parede junto à porta da sala, olhando apenas para as paredes ou para o chão, pelo que evitou o contacto ocular. Esta inibição e a situação de vida que a RO ultrapassou neste período final de acompanhamento podem ter motivado o decréscimo nos resultados quantitativos na EAC, no entanto, a nível qualitativo notaram-se melhorias, especialmente a nível de relação e de expressão no grupo, visíveis nos momentos de jogo e nos sorrisos partilhados com os pares.

Identificação do caso do **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

<p>AM 16 anos – género feminino Depressividade; Comportamentos de restrição alimentar; Comportamentos autolesivos; Ingestão medicamentosa voluntária;</p>	<p>Louvain – Jovem ligeiramente subrelacionada, evitando comunicar com os pares. É pouco confiante e adota uma postura passiva, geralmente tensa, com ombros elevados e braços cruzados. Controlo dos movimentos adequado, no entanto pouco expressivos. Nas tarefas a jovem é pouco envolvida, mas apresenta uma regulação social apropriada. DAP- Investimento adequado na realização do desenho. Pontuação total standard de 97 pontos, 102 no desenho do homem, 91 no desenho da mulher e 100 no da própria. Vale acrescentar que no desenho do próprio a jovem desenhou cortes no seu braço. QCD - Questionário preenchido pela mãe e pela própria. As categorias em que cada pontuação total se insere são: anormal no questionário da jovem (24); normal no questionário da mãe (12). Em ambos os preenchimentos a pontuação impacto foi igual ou superior a 2, o que significa que estas dificuldades têm um marcado impacto no quotidiano da jovem. EAC- Baixo autoconceito, com pontuação de 19 pontos. Esta pontuação é especialmente reduzida nas dimensões de Aparência Física e Ansiedade. EBN- Movimentos constantes ao nível dos membros superiores, com postura corporal irrequieta e ansiosa. Com isto, foram contabilizados 15 pontos. Observação informal – A AM entrava na sala de cabeça baixa e braços cruzados. Não falava com os pares e recusava-se a partilhar nos momentos iniciais e finais. No espaço, integrava-se junto do grupo, mas não ficava atenta ao que estava a acontecer, dirigindo o seu olhar para as suas mãos</p>	<p>A AM teve uma baixa assiduidade no grupo, participando em 10 sessões, de 32 realizadas. Após término do grupo, revelou que embora gostasse do grupo, ficava preocupada com o que os pares achavam dela, e por isso não comparecia às sessões. Pela mesma razão, não foi possível a aplicação de todos os instrumentos de avaliação. Louvain – Jovem ligeiramente subrelacionada, ainda que tenha iniciado interação com os pares. Ainda pouco confiante e com uma postura passiva. Nas tarefas, houve um maior investimento e envolvimento. QCD – No preenchimento da jovem, a pontuação total foi limítrofe (19 pontos), e apenas apontou como anormal a escala de problemas de comportamento. A pontuação de impacto foi de 4 pontos, sentindo-o marcado no seu quotidiano. No preenchimento do pai, a pontuação total foi de 13, correspondente à categoria normal. Como anormal apenas apontou os sintomas emocionais e não atribuiu um impacto marcado a estas dificuldades no quotidiano da filha. No preenchimento da mãe, a pontuação total foi de 12 (normal) e como limítrofes apontou os sintomas emocionais e problemas de comportamento. O impacto sentido pela mãe foi de 4 pontos, ou seja, significativo. Observação informal – Ao entrar na sala, a AM seguia de cabeça baixa, mas, ao sentar-se, explorava a sala com o olhar, o que foi uma ligeira melhoria. A nível de relação, aproximou-se da MIL, mas não criaram uma relação relevante, e estavam juntas na sala algumas vezes. Com as terapeutas, estava mais confortável, mas fazia apenas pedidos para não participar e ficar a ver as atividades.</p>
---	--	--

Identificação do caso **Avaliação Inicial**

Avaliação Final

	ou o seu cabelo. Não se dirigia para as terapeutas de forma geral, apenas para pedir para ir à casa de banho.	
Progressão	A AM participou em poucas sessões e as sessões em que participou eram muito espaçadas entre si, pelo que não acompanhou o grupo nos diferentes momentos. Nas sessões em que participou, procurou sentar-se na sala junto a um armário, com os ombros elevados e as pernas junto ao peito. Usava um casaco de forma a se tapar e, dado que recusava participar em algumas atividades, sentava-se nesse espaço, como se não estivesse na sessão. Em atividades com recurso ao desenho e pintura, realizava desenhos muito simples e pequenos na folha, e afirmava que não conseguia fazer melhor e maior. Com os pares, apenas estabeleceu relação com a MIL e o SG, por ser o líder do grupo e procurar várias vezes interagir com ela. Não estabeleceu relações com os restantes pares e, ainda que em caso de necessidade comunicasse com as terapeutas, não foi capaz de estabelecer uma relação significativa. No fim do acompanhamento, veio a revelar que, embora gostasse muito do grupo, tinha medo do que os outros participantes pudessem pensar, e por isso preferia não participar nas atividades ou sentia-se motivada para faltar. Assim, não se observaram melhorias marcadas, embora a jovem se tenha demonstrado mais disponível no fim do acompanhamento.	

IV. Dois Estudos de Caso

Caso I

Identificação do caso

Nome (fictício): Diogo

Idade (à data do início do acompanhamento): 9 anos

Escolaridade: 4.º ano

1. Fundamentação Teórica de suporte ao caso

A instabilidade psicomotora pode ser caracterizada de diferentes formas e manifesta-se através de uma instabilidade motora, que é a hipercinésia, na qual a criança se mexe muito, é irrequieta, fala constantemente e privilegia jogos motores, ou através de uma instabilidade psíquica, em que apresenta perturbações da atenção e concentração, com pouco foco na tarefa sem conseguir finalizá-la (Berger, 2001). Não será invulgar a coexistência da hipercinésia e das dificuldades de atenção, em que a criança alterna estes comportamentos. Associadas à instabilidade psicomotora surgem diversas dificuldades, tais como a dislexia-disgrafia e as dificuldades de memorização, a fragilidade narcísica e a insegurança.

Posteriormente, e em concordância, segundo Gueniche (2005), esta instabilidade foi definida pela existência de três manifestações, que passam pelo défice de atenção, associado a uma dificuldade na realização de uma tarefa e de um fácil desvio do foco, uma hiperatividade que faz com que, para a criança, seja impossível ficar no mesmo lugar, e pela impulsividade que impede o controlo sobre a passagem ao ato.

Seguindo o mesmo pensamento, Santos (2021) remete para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e aponta a dificuldades destas crianças em permanecerem quietas, em se concentrarem e em pensarem antes de agir. Acrescenta que os seus sintomas se manifestam antes dos 12 anos e que ocorrem em vários contextos, podendo representar uma dificuldade em lidar com as exigências impostas à criança, ou ser uma estratégia de evitamento e reflexão de insegurança, ansiedade e até mesmo depressão.

A caracterização da PHDA pela DSM-5 (APA, 2014) consiste num padrão persistente de desatenção ou hiperatividade que interfere no quotidiano do indivíduo, estando estes em mais de dois contextos e influenciando o seu funcionamento social, académico ou ocupacional, sem ocorrer durante um episódio de outra psicopatologia.

Vários estudos apontam que a PHDA aparece muito frequentemente durante a primeira infância, e é mais frequente junto do sexo masculino (Carvalho, Carvalho, Souza & Braga, 2012). Segundo os mesmos autores, a PHDA pode ser considerada uma psicopatologia com sinais de falta de atenção e impulsividade, que não são adequadas tendo em conta o desenvolvimento e que tem grandes impactos nas aprendizagens. Acrescentam que, para além desta patologia ser uma

das mais comuns na infância, é uma das principais observadas em unidades de Saúde Mental. Estas crianças são caracterizadas pela baixa tolerância à frustração, pela alta necessidade de recompensa imediata, pelas dificuldades na previsão de consequências e na autorregulação, apresentando respostas rápidas e impulsivas, para além de pouco eficazes tendo em conta o objetivo. A PHDA é considerada uma doença de base neurológica, condicionada pelo meio ambiente e com uma grande influência genética (Nascimento, 2022).

De forma a definir a Perturbação Desafiante de Oposição, inserida nas Perturbações Disruptivas, do controlo dos impulsos e do comportamento na DSM-5 (APA, 2014), deve ser considerado o padrão frequente e persistente de humor zangado e a presença de comportamentos desafiantes ou vingativos. Segundo a DSM-5 (APA, 2014), estes comportamentos desafiantes são muito comuns em casa e tem um grande peso no seu funcionamento social. Para Santos (2021), ao referir-se à perturbação de oposição-desafio, aponta a dificuldade da criança em seguir instruções ou cumprir ordens, com uma grande necessidade de argumentação e culpabilização dos outros. A autora reforça que esta perturbação é muito frequente quando associada à PHDA.

2. História Pessoal e Clínica

A história da doença atual do Diogo é sugestiva de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbação do Comportamento de Oposição, pelo que o pedopsiquiatra aponta uma imaturidade emocional, em que a ação é uma forma defensiva à contrariedade. As dificuldades do menino foram evidenciadas quando este tinha 3/ 4 anos e demonstrava já uma baixa-autoestima e baixa autoconfiança, devido a um sentimento de inferioridade potenciado pela insatisfação para com o seu peso.

O Diogo vive com os seus pais e com a sua irmã de 5 anos. Gosta de jogar no computador e no *tablet*, de ver televisão, andar de trotinete e ir ao parque. Nas férias o menino tem a oportunidade de ir ter com os seus avós.

A gravidez do Diogo foi muito desejada, uma vez que o casal queria ter filhos há 5 anos, mas não foi prevista. O parto ocorreu às 38 semanas e houve complicações devido ao reduzido líquido amniótico. O período pós-parto foi muito complicado, em que a mãe teve uma lenta recuperação e ultrapassou uma depressão. A amamentação foi realizada até aos 4 meses, havendo perda de peso ponderal, e no primeiro trimestre o Diogo não dormia a sesta. Começou a andar aos 10 meses sem ter gatinhado e as suas primeiras frases foram aos 2 anos. O controlo dos esfíncteres aconteceu entre os 2 e os 3 anos, no entanto, à noite o Diogo ainda tem algumas dificuldades neste controlo.

A entrada para a creche aconteceu aos 18 meses e foi quando a mãe ficou preocupada, uma vez que, o menino não brincava com os pares e afastava-se do grupo. Eventualmente iniciou a socialização, mas era impulsivo no gesto e por isso não conseguia regular a força na interação. Demonstrou sempre dificuldades em esperar pela sua vez e adaptar o comportamento em função do contexto em que se inseria, sobretudo em contextos de maior exigência atencional. Na entrada

para o 1º ciclo, o comportamento do menino agravou-se, assim como, o comportamento de oposição em casa. Atualmente, na escola, há muitas queixas em relação ao comportamento do Diogo, relativas à irrequietude e agressividade, pelo que, acrescentam que mente muito e tem muita insegurança. Tem dificuldades no português e aguarda consulta em Terapia da Fala dada a suspeita de Perturbações Específicas da Aprendizagem, mas gosta muito de matemática.

Dos 4 aos 6 anos foi acompanhado na ELI em psicologia, tendo sido seguido nesta área no contexto escolar até ao 3º ano. No que se refere à saúde, o Diogo foi operado à criptorquidia aos 2 anos, sem outros aspetos a apontar.

Ao ter em conta o seu comportamento atual, ainda existem momentos em que prefere brincar sozinho e quando brinca com pares é impulsivo na interação, é enérgico quando joga e frustra facilmente quando perde, porque é muito competitivo. Brinca muitas vezes com a sua irmã, mas também tem amigos na escola. Nos tempos livres, os pais procuram realizar jogos de tabuleiro, em especial a mãe, e o pai prioriza atividades físicas como andar de trotinete.

Com o acompanhamento em psicomotricidade, os pais esperam melhorias a nível da regulação emocional e comportamental. Estes estão disponíveis para a participação numa intervenção psicoeducativa familiar com discussão de estratégias comportamentais.

3. Plano de avaliação

Ao analisarmos as informações recolhidas no acompanhamento em pedopsiquiatria, que motivaram o encaminhamento para a Psicomotricidade, reconhecem-se algumas dificuldades a nível da regulação emocional e comportamental, assim como uma baixa auto-estima e auto-confiança. Com isto, a avaliação foi planeada e delineada tendo em conta as necessidades do menino assim como a necessidade de compreensão do seu perfil psicomotor.

Destacam-se três momentos de avaliação: a entrevista, realizada aos pais, onde se procura compreender o desenvolvimento da criança e as dificuldades sentidas pelos progenitores; a avaliação formal, onde através dos instrumentos DAP e BPM se obtém uma avaliação quantitativa; e a avaliação informal, focada na observação e no preenchimento da GOP com resultados qualitativos.

De forma a compreender as capacidades, necessidades e dificuldades da criança, e com especial atenção para as áreas do desenvolvimento psicomotor, procuram-se avaliar os diferentes domínios: cognitivo, emocional e psicomotor. No domínio cognitivo avaliam-se diversas competências tais como a capacidade atencional, de memória, assim como a planificação. No que se refere ao domínio emocional, procura-se avaliar a inibição, regulação emocional e a flexibilidade mental, que são avaliadas através da observação e do consequente preenchimento de grelhas de observação, nomeadamente a GOP. Por outro lado, no que se refere ao domínio psicomotor, avalia-se o diálogo tónico-emocional, a estruturação espaço-temporal, a lateralidade, a noção e a imagem corporal e as praxias, sendo a BPM (Fonseca, 2010) um instrumento

abrangente e fundamental para esta avaliação, que engloba também uma componente observacional.

Sendo a Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010) um instrumento de avaliação que integra um conjunto de tarefas referentes aos sete fatores psicomotores, de extrema utilidade para a compreensão das três unidades funcionais do cérebro, contribui para a melhor compreensão em relação ao perfil psicomotor do Diogo. Com isto, a pertinência desta avaliação prende-se na forte relação estabelecida entre o cérebro e o comportamento, sendo que todos os produtos finais (por exemplo, o comportamento, a motricidade ou as aquisições cognitivas) estão interligados a processos internos. A partir da avaliação destas três unidades funcionais, em que cada uma tem uma gigante contribuição para a sua materialização em termos de comportamento humano, é possível obter informações relativas à regulação tónica, de alerta e dos estados mentais, de receção, análise e armazenamento de informação e ainda de programação, regulação e verificação da atividade (Fonseca, 2010).

Através do conhecimento de que a instabilidade e a agitação psicomotora se manifestam pelo movimento, é necessária a observação em relação ao mesmo para que se procure verificar se esta é uma criança com dificuldades a nível motor, ou se, a nível psíquico, a criança apresenta perturbações de atenção e concentração com incapacidade de manter tarefas até ao fim ou seguir instruções (Berger, 2001). Com recurso à Grelha de Observação de João Costa (2008), a observação surge de forma a que a criança se sinta livre de julgamentos e que se expresse espontaneamente. Para este autor, o preenchimento de grelhas de observação permite dar especial atenção à espontaneidade, tornando possível observar a coordenação motora, o equilíbrio, a estruturação rítmica, a exploração espacial, a noção do corpo, entre outros fatores fundamentais para o desenvolvimento psicomotor e para a compreensão do presente caso. É, para Costa (2008), fundamental dar atenção às manifestações não verbais, focando a atenção no olhar da criança e na sua postura, e, com isto, construir um perfil psicomotor.

4. Resultados da Avaliação Inicial

A aplicação do instrumento Bateria Psicomotora foi realizada em dezembro de 2022, sendo possível avaliar os seguintes fatores psicomotores: Equilíbrio, Lateralidade, Noção do Corpo e Praxia Global. Foi necessária a realização das provas numa ordem diferente da evidenciada, uma vez que a criança mencionou várias vezes que precisava correr e movimentar-se, utilizando o diagnóstico de PHDA como justificação.

Ao longo da avaliação, o Diogo recusou realizar todas as tarefas dos seguintes fatores psicomotores: tonicidade; praxia fina; e estruturação espaço-temporal. A sua atitude perante estas tarefas demonstrou um momento de oposição, assim como, a alteração do seu foco atencional de forma a não realizar as tarefas propostas.

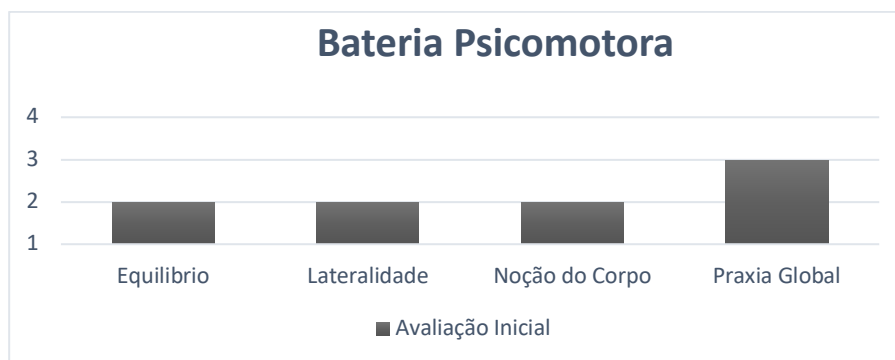
Inicia-se a avaliação com o fator Equilíbrio, no qual acumulou um total de 2 pontos. Assim, na prova de imobilidade, não conseguiu estar parado, mantendo-se imóvel durante cerca

de 30 segundos nos quais demonstrou insegurança gravitacional. Na prova de equilíbrio estático, manteve o apoio de olhos fechados durante cerca de 15 segundos e mostrou dificuldades no controlo ao mover os seus braços e a cintura. Por fim, no equilíbrio dinâmico, o menino realizou a marcha, com pausas para se reequilibrar, e reajustamentos das mãos, demonstrando novamente uma acentuada insegurança gravitacional.

No fator psicomotor Lateralização, a nível manual, o Diogo manifestou preferência pelo lado direito e não a demonstrou a nível pedal, acumulando a pontuação total de 2 pontos.

Em seguida, ao ser avaliado o fator psicomotor Noção do Corpo, e no que diz respeito ao sentido cinestésico, o Diogo revelou dificuldades no reconhecimento do ombro e dos dedos, mais especificamente no polegar, no dedo médio e no dedo anelar, precisando de necessárias várias tentativas. No reconhecimento direita - esquerda a criança teve muitas dificuldades, notando-se claramente que não havia uma reflexão sobre a resposta que estava a dar e, por isso, foi notório que não distingue os lados. O Diogo teve muitas dificuldades, não só no próprio corpo como no outro, onde soube as estratégias para reconhecimento, mas sem as conseguir aplicar. De seguida, na auto-imagem, a criança tocou as 4 vezes no nariz, com facilidade e com um movimento eumétrico e preciso. Ainda na prova da noção do corpo, mas na imitação de gestos, o Diogo apenas errou no último e mais complexo gesto, reproduzindo 3 das 4 figuras com uma imitação muito aproximada. Deste modo, a última prova do fator consiste no desenho do corpo, que o Diogo se recusou a realizar, afirmou que apenas desenhava a cara, iniciando o desenho sem grande investimento e abandonando a tarefa a meio, lembrando que não queria desenhar e afastando os materiais.

Por último, na prova de Praxia Global, foram observadas a coordenação oculo-manual, coordenação oculo-pedal e dismetrias. Na coordenação óculo-manual a criança conseguiu 3 de 4 lançamentos, revelando um planeamento adequado porém impulsivo, e na coordenação óculo-pedal apenas alcançou 2 de 4 lançamentos. Na avaliação das dismetrias, o Diogo realizou as tarefas com ligeiras dificuldades e com alguma impulsividade. Assim, na praxia Global, o Diogo obteve um total de 3 pontos.



Quadro 1 - BPM avaliação inicial

Com o preenchimento da **GOP**, foi possível constatar que o Diogo apresenta uma aparência física cuidada e é capaz de estabelecer contacto adequado e interativo com o adulto. A sua noção corporal é adequada, no entanto, procura evitar tarefas que envolvam focar a atenção no corpo, apresentando uma imagem corporal negativa.

A nível de gesto, o Diogo apresenta gestos impulsivos e por vezes precipitados, mas a sua resposta ao estímulo motor é correta, tal como a sua postura. No que se refere à tonicidade, o menino está sempre em grande atividade corporal e é notória hipertonicidade, com dificuldade em aceder à hipotonicidade.

Não se verificaram sincinésias ou paratonias, que não as naturais, e o menino ainda não reconhece a lateralidade, tanto que, afirma que nunca lhe ensinaram a diferenciar o lado direito do lado esquerdo. A sua lateralidade nos membros superiores é definida à direita, mas nos membros inferiores ainda não está definida. Apresenta dificuldades a nível do equilíbrio, em especial no equilíbrio dinâmico, com pouco controlo corporal e rigidez evidente.

Ao termos em conta a utilização dos materiais, o Diogo faz uma utilização de acordo com o valor simbólico atribuído na situação e é capaz de elaborar diversos cenários em que o material é utilizado de diferentes formas, acedendo à componente simbólica com muita facilidade.

Deste modo, a nível atencional, o menino demonstrou uma atenção reduzida e existem momentos em que a sua atenção não é focalizada pois não mantém interesse na tarefa a realizar. A sua agitação e hipertonicidade têm impacto na sua atenção, focando-a em diferentes materiais e estímulos.

O Diogo manifesta as suas intenções e desejos, e a sua planificação é semiestruturada, havendo muitas vezes alterações no planeamento e na sua grande maioria não o conclui.

Por último, a atitude do Diogo é muito divergente perante as tarefas, demonstra-se, por norma, participativo, com recurso à imposição, mas, quando não tem sucesso, recorre à oposição. O menino tem uma postura desafiante e impositiva, mas não se apresenta agressivo ou retraído.

Durante a observação, considerou-se também que o Diogo pede muito que olhem para ele, e para a sua ação, e procura testar novas habilidades e consolidar outras.

Junto dos seus pais adota posturas distintas: junto da mãe é mais reativo e utiliza o seu diagnóstico para justificar a agitação, já quando está com o pai, é mais ponderado, mas procura agradar através da ação, no entanto, nota-se retraído quando o feedback que recebe desta figura não é o desejado.

5. Compreensão e hipóteses explicativas

Ao ser realizada uma análise dos resultados obtidos, através da aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação, foi possível verificar as áreas fortes e áreas a desenvolver do Diogo, o que permitiu estabelecer uma relação entre essas dificuldades e as demonstradas no seu quotidiano.

Previamente à compreensão, vale mencionar que o Diogo, em momento de avaliação, recusou algumas tarefas de forma marcada. Segundo Berger (2001), esta desistência e recusa em alguns momentos de avaliação, nomeadamente nas tarefas dos fatores psicomotores tonicidade, estruturação espaço-temporal e praxia fina, pode ser compreendida devido ao facto de crianças que demonstram instabilidade psicomotora apresentarem uma forte fragilidade narcísica, o que faz com que a criança evite tarefas ou situações em que julgue ter dificuldades.

Uma criança que demonstre instabilidade psicomotora, observada na avaliação do Diogo, apresenta habitualmente dificuldades a nível escolar, em específico na leitura e escrita, o que pode vir a refletir-se na presença de uma dislexia ou disgrafia, pelo que, o menino está atualmente a aguardar para ser avaliado e clarificar a existência do diagnóstico ou não (Berger, 2001). As dificuldades escolares do Diogo podem estar relacionadas às dificuldades atencionais que, segundo o autor, acompanham as dificuldades supracitadas.

Gueniche (2002) aponta que crianças que apresentam agitação psicomotora acabam por apresentar dificuldades secundárias, podendo-se enumerar as dificuldades de coordenação motora, dificuldades cognitivas com impacto nas capacidades de juízo e na aprendizagem, dificuldades a nível social, do controlo dos esfíncteres ou do humor, e a nível da auto-estima. Por sua vez, Branco (2013) refere que a instabilidade e a insegurança da criança se expressam através do corpo e implicam sempre dificuldades de atenção, realçando ainda que esta instabilidade e insegurança dificultam o estabelecimento de relações, observável na avaliação realizada.

Acrescem-se as dificuldades no fator psicomotor lateralidade, de forma que Cady (2009) aponta a influência e importância na leitura e na escrita, dado que, impacta a estruturação espacial na folha e pode fazer com que a criança troque as letras ou não se consiga organizar, causando sentimentos de frustração e cansaço, que levam ao desinteresse pela escrita, pelo grafismo e pela ortografia.

Ao longo de toda a avaliação, o Diogo demonstrou uma grande agitação e inquietação, utilizando-as inclusive para interromper as atividades e contar que tinha um diagnóstico. No espaço, ao longo de toda a avaliação, o Diogo explorou os materiais de forma pouco intencional, acabando por desarrumar a sala e utilizar cada material durante pouco tempo. Uma vez que o menino já conhecia grande parte dos materiais, acabava apenas por mudá-los de lugar e os deixar no chão. Recusava fortemente arrumar os materiais e procurava focar a atenção noutra coisa para adiar o momento da partida.

A incapacidade de esperar e preencher o tempo com atividades ou verbalizações pode constituir um traço de personalidade mas podem também fazer parte de uma psicopatologia (Giromini et al., 2022). Ao termos em conta a história pessoal e clínica do Diogo, assim como, os resultados da avaliação realizada, e de forma a compreender os sintomas demonstrados e manifestações, é fundamental formular e colocar hipóteses explicativas que permitam a maior compreensão sobre as características do menino e os sintomas apresentados.

Para Stevenson (1992), há uma enorme controvérsia relativa à origem da PHDA, dado que, diversos autores recorrem a diferentes explicações, tais como, exposição pré-natal a álcool e condições genéticas, exceto que, continuou desconhecida esta origem e assim cresceu a motivação para o estudo sobre o tema.

Ao ter em conta a atual sociedade, Salgueiro (2004) associa a origem da agitação e hiperatividade a uma resposta psicomotora que deriva de condições familiares, pessoais ou sociais que são intoleráveis para a criança. Vivências relacionais precoces que não vão de encontro às necessidades da criança, provocam dificuldades que lhe causam dor, dor esta que é expressa através da inquietude e agitação. Para o autor, o alívio desta dor psíquica acontece através do corpo e do movimento, e devido a esta agitação acaba por não conseguir elaborar os pensamentos. Mais tarde, Salgueiro (2021) afirma que a inquietude das crianças é catalogada imediatamente como uma doença, mas, muitas vezes, trata-se de um modo de organização da personalidade. Afirma que, ao excluir a compreensão da inquietude, é habitual que seja atribuída uma origem biológica a esta dificuldade.

Na procura pela explicação das dificuldades das crianças, realizaram estudos relativos às influências do afastamento materno no desenvolvimento psicoafetivo da criança, dada a sensação de indisponibilidade afetiva e física da mãe, sendo que, este distanciamento fará com que haja um padrão inseguro que influenciará todas as relações futuras nos diferentes contextos em que a criança se irá inserir (Almeida, Castro, Mendes & Pires, 2013). Os mesmos autores apontam que num período pós-parto em que hajam dificuldades, ou até na existência de uma possível depressão materna, as crianças desenvolvem dificuldades a nível social, em que se destaca a incapacidade de manutenção de relações de amizade com os pares e a dificuldade no controlo de impulsos, que se reflete através de comportamentos agressivos e/ou de oposição.

Para Branco (2013), baseada no pensamento de João dos Santos, a relação mãe-filho é fundamental para o desenvolvimento, não apenas a nível motor e funcional, associado às necessidades básicas, mas a nível de organização emocional e psíquica da criança, uma vez que uma mãe insegura e desorientada acaba por influenciar a sua relação com o bebé, e, por isso, podem surgir sintomas psíquicos emocionais precoces ou podem manifestar-se ao longo do crescimento.

As experiências precoces desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da criança e, durante os primeiros anos de vida, há um especial enfoque nas relações afetivas estabelecidas, determinantes para a saúde mental, que são um ingrediente crucial para o desenvolvimento de uma boa autoestima e da capacidade relacional (Santos, 2021). Num contexto ideal, após o nascimento, são prestados cuidados à criança num equilíbrio estável entre as suas necessidades e a disponibilidade do cuidador, no entanto, em situações de indisponibilidade parental, as dificuldades da criança são expressas a nível corporal e comportamental, sendo esta a sua forma privilegiada de comunicação. Com isto, Santos (2021) realça que a indisponibilidade

parental pode causar dificuldades de regulação de sono, apetite, regulação emocional e problemas comportamentais. Ao focar a atenção na história do Diogo, verifica-se que ocorreu um período de dificuldade no seu primeiro trimestre de vida, quando a sua mãe ultrapassou um período de complicações e este teve dificuldades a nível do sono.

Ao evidenciarmos o período em que a mãe do Diogo vivenciou uma depressão pós-natal, Murray (1997) afirma que uma criança cuja mãe tenha apresentado uma depressão, pode demonstrar menos afetos e mais respostas negativas, para além de que essa criança poderá desenvolver insegurança. O mesmo autor menciona que a problemática reside na relação entre a mãe e o bebé, e não na depressão em si, ou seja, a depressão da mãe irá influenciar a sua relação com o bebé, e, como tal, as problemáticas acima mencionadas podem tornar-se consequências. Por sua vez, Gartstein e Bateman (2008) notaram que crianças com dificuldades de regulação emocional podem reagir de forma mais intensa aos sintomas depressivos da sua mãe, da mesma forma que apresentam dificuldades emocionais e comportamentais.

Por outro lado, e direcionando para as dificuldades a nível da atenção, Santos (2021) aponta que uma possível origem, que justifica a mudança de foco nas atividades, a recusa e a baixa autoestima, é a exigência dos pais colocada na criança. Uma expectativa de desempenho por parte dos pais superior às capacidades da criança, tanto a nível cognitivo como atencional ou temporal, pode motivar a desatenção, sendo essa uma estratégia de evitamento para proteção do *eu*, que contribui para um estado de ansiedade e motiva a agitação e a baixa autoestima. A esta hipótese podem-se acrescentar as dificuldades escolares, associadas a um ritmo de aprendizagem mais lento, que motivam a mudança de foco de atenção para um estímulo menos frustrante, e este comportamento é transversal a todos os contextos em que a criança se insere. Junto do Diogo foi observada uma alta exigência a nível escolar e mais especificamente a nível atencional, o que vai de encontro à hipótese colocada.

É frequente a comorbilidade de dificuldades atencionais com a perturbação de oposição, pelo que, Santos (2021) pondera se a origem da dificuldade do comportamento está na criança ou nos pais, ao demonstrarem falta de coerência ou consistência. Deste modo, pais com dificuldade na imposição de limites e regras, acabam por, inconscientemente, ser permissivos e pouco claros nas instruções, cedendo à exigência da criança e permitindo o início de um ciclo de oposição.

É também num estudo de Braga (2011), sobre as diferenças entre estilos parentais, que se pode ter em conta que uma parentalidade caracterizada por um alto grau de responsividade, tolerância e afeto, associados a um baixo controlo do comportamentos dos filhos, a colocação de poucas punições e a oferta de apoio incondicional, está relacionada com a apresentação de imaturidade por parte da criança, pouco envolvimento em atividades escolares, maior impulsividade e altos índices de problemas de comportamento.

As crianças baseiam as suas capacidades de comunicação e interação social nos seus modelos próximos, ou seja, os pais (Matos & Simões, 2001). Embora esta interação inicial seja

maioritariamente tónica, traduz-se posteriormente em gestos e sorrisos, e segue-se a comunicação verbal, de forma que todo este processo irá ter um grande impacto na organização e na motricidade da criança. Dado que a comunicação da criança é observada e aprendida no contexto familiar, a criança generaliza e espelha-a nos restantes contextos da sua vida, no entanto, se houver dificuldades, a criança irá manifestar-se corporalmente, o que fará com que ocorram dificuldades a nível do comportamento, que levam ao isolamento social e posteriormente ao insucesso escolar (Matos & Simões, 2001).. Este isolamento social foi observado, desde cedo, na entrada para a creche, e pode ter motivado a diminuição da comunicação e a passagem para a ação, características do Diogo. Um momento de separação vivido pela criança, numa fase precoce da vida, especialmente antes dos dois anos, tem um grande impacto no seu desenvolvimento, e é por isso que a entrada para a creche é um assunto muito discutido entre investigadores (Rapoport e Piccinini, 2001).

Ainda que existam estudos que demonstrem a existência de fatores genéticos que contribuem para a etiologia da patologia, não existem informações sobre este fator junto do Diogo, no entanto vale a pena colocar a hipótese de fatores neurobiológicos, no sentido em que são estudadas alterações estruturais no cérebro das crianças com PHDA, o que faz com que uma alteração a nível do lobo frontal possa provocar uma deficiente ativação do córtex pré-frontal, associado ao controlo da atenção, do planeamento e da cognição (Nascimento, 2022). A autora coloca ainda em questão fatores ambientais relacionados com a alimentação, defendendo que, embora sejam poucos os estudos sobre a sua relação, a ingestão alimentar em excesso pode levar à ocorrência de alterações do comportamento, ainda que, esta hipótese não seja uma causa principal. Deste modo, o Diogo teve um período na sua infância em que se apresentou acima do peso recomendado, e teve um impacto direto na sua autoestima, podendo ser analisado este impacto na sua expressão psicomotora.

Para concluir, analisa-se a utilização excessiva de ecrãs por parte do Diogo que, embora não seja um fator diretamente desencadeante das suas dificuldades, pode, ao longo do seu percurso, ter sido um meio para a manifestação da agitação e dificuldade de atenção (Faria & Costa, 2022). Crianças expostas a estes estímulos, estão sujeitas a uma grande ativação do cérebro com dopamina, e, por isso, há uma recompensa imediata durante a utilização destas tecnologias, ao mesmo tempo que estas respostas são intensas e fazem com que a criança fixe a sua atenção associada a este funcionamento de feedback imediato, ação contínua e incentivo.

6. Perfil Intra-individual

Com base nos resultados obtidos na avaliação inicial, foi possível estabelecer um perfil intraindividual que realça as áreas/comportamentos fortes, as áreas/ comportamentos intermédios (emergentes ou a consolidar) e as áreas/comportamentos a desenvolver (tabela 10). Este perfil permitiu a definição de objetivos de intervenção, de forma a que se promovam as áreas de necessidade, com recurso às áreas fortes de forma a que também haja a promoção destas.

Tabela 10 - Perfil intraindividual do Diogo - Estudo de Caso I

ÁREAS/ COMPORTAMENTOS* FORTES	ÁREAS/ COMPORTAMENTOS* INTERMÉDIOS/EMERGENTES	ÁREAS/ COMPORTAMENTOS* A DESENVOLVER
PARTICIPAÇÃO NAS TAREFAS*	Autoestima	Inibição de movimentos*
INTERAÇÃO COM O ADULTO	Planificação de tarefas*	Diminuição da agitação
ACESSO AO PENSAMENTO SIMBÓLICO*	Tolerância à frustração*	Noção do corpo (reconhecimento Esquerda- direita)
PRAXIA GLOBAL		Respeito pelos limites impostos*
CRIATIVIDADE		

7. Objetivos Terapêuticos

Os objetivos terapêuticos definidos têm como base a avaliação inicial, formal e informal, e os dados clínicos e anamnésicos. Estes objetivos são apresentados na tabela 11.

Tabela 11 - Objetivos terapêuticos para o acompanhamento do Diogo

DOMÍNIOS	OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
PSICOMOTOR	Promover a imagem corporal	Aumentar a participação em atividades relacionadas com o corpo
	Promover o controlo inibitório	Diminuir a agitação psicomotora Aumentar a inibição de impulsos Aumentar a consciência dos estados tónico-emocionais
	Melhorar a noção do corpo	Melhorar a consciência do corpo Reconhecer e diferenciar direita/esquerda
SOCIO- EMOCIONAL	Promover a regulação emocional	Aumentar a tolerância à frustração
	Desenvolver competências sociais	Aceitar a opinião/sugestão do outro Diminuir momentos de oposição
	Melhorar a autoestima	Valorizar as próprias capacidades

COGNITIVO	Promover a capacidade de planeamento	Realizar o planeamento total da tarefa Promover o gosto e o desejo pelo jogo
------------------	--------------------------------------	---

8. Projeto Terapêutico

8.1. Principais diretrizes e Fundamentação da Intervenção

Após análise dos dados obtidos, o plano terapêutico delineado para o Diogo trata-se de um acompanhamento individual semanal, com duração de 45 minutos. Nestas sessões devem ser promovidos os objetivos supracitados, com recurso a atividades e materiais de interesse do menino e priorizando o jogo espontâneo e a livre expressão. Num acompanhamento individual, o/a psicomotricista possibilita a expressividade motora que é um meio privilegiado de comunicação da criança, através do qual expressa, não apenas o prazer, mas também o sofrimento psíquico (Auctourier, 2007). Para o autor, as dificuldades são muitas vezes expressas através da agitação, da rigidez tónico-emocional e da impulsividade motora.

Nesta intervenção, o jogo adquire um papel fundamental, uma vez que através dele se poderão promover os objetivos estabelecidos. O jogo vai possibilitar a promoção da autorregulação, a focalização da atenção e a consciencialização (Costa, 2008). Também para Veiga e Rieffe (2015), o jogo simbólico e a dramatização merecem destaque, pois permitem a vivência de diferentes emoções em várias situações.

De forma a promover a capacidade de planeamento, procurou-se a realização do jogo semi-estruturado, em que o Diogo poderia escolher livremente as/os atividades/jogos, no entanto, antes de iniciar, teria de planear, estabelecer regras e explicar à estagiária o que deveria fazer. Para este planeamento, o Diogo poderia escrever, desenhar ou apenas explicar, expressando-se de diversas formas. O recurso ao jogo semi-estruturado, em que a criança participa na gestão da sessão e conseqüentemente do jogo, possibilita a melhoria da capacidade de diálogo e aceitação da opinião do outro (Costa, 2008).

Dada a agitação demonstrada pelo Diogo, é fundamental promover a consciencialização dos estados corporais que, segundo Veiga e Rieffe (2015), com crianças com dificuldades na imobilidade, deve ser um dos objetivos do/da psicomotricista, ao dinamizar jogos que envolvam a contração/descontração e a reflexão sobre o corpo. Este conhecimento do corpo, permite o aumento da consciência emocional, pois a criança poderá posteriormente identificar as alterações corporais e os estados emocionais associados a elas.

A terapia psicomotora tem como objetivo a utilização do corpo real para compreensão do corpo imaginário, corpo que pensa e corpo que se move (Viana-Cardoso & Lima, 2019). Assim, esta terapia faz com que o corpo não seja olhado por si e pela sua motricidade apenas, mas procura um espaço de simbolismo e expressão da mente através do corpo. Para Maximiano (2004), a

principal característica desta terapia é a adaptação a cada indivíduo e às suas especificidades, sendo a sua finalidade a mudança de atitude para consigo. Para a mesma autora, um dos fatores preponderantes na intervenção deve ser a comunicação, onde, através de um simples gesto ou comportamento, é possível gerir o diálogo tónico-emocional. De igual forma, a palavra permite a atribuição de significados às sensações e vivências. É também na terapia psicomotora que é priorizada a relação terapêutica, que fará com este espaço seja seguro e permita que o indivíduo vivencie os seus estados emocionais sem limitações, mostrando o seu verdadeiro eu.

A intervenção do/da psicomotricista, junto de crianças com PHDA e agitação psicomotora em especial, deve ser adaptada a cada caso, e, como tal, é necessário que o terapeuta esteja atento aos pequenos detalhes, para que não corra o risco de não haver benefícios na sua atuação (Costa, 2008). A intervenção deve basear-se nas capacidades de atenção dirigidas ao jogo e à atividade lúdica, procurando prolongar as atividades de interesse da criança e promover a sua autorregulação.

Um dos focos da intervenção, deve ser a promoção da consciencialização das ações e do planeamento, e pode-se também dar destaque às competências sociais, através do diálogo e da aceitação das opiniões do outro (Costa, 2008). A interação na sessão deve ser de carácter semiestruturado, onde existem atividades planeadas, mas há espaço para a livre expressão e para a criatividade. Acrescenta que, em sessão, deve-se deixar a criança tomar decisões, no sentido em que é possível iniciar a sessão com a escrita e planeamento das atividades de interesse da criança, para que haja um aumento na sua capacidade de previsão, e ordenação de escolhas, assim como a consciencialização da ação (Costa, 2008). Com isto, o terapeuta procura que a criança consiga realizar a tarefa de forma a tirar prazer da mesma e evitar que mude constantemente de interesse.

Alguns comportamentos motores refletem a procura pela calma e a instabilidade acaba por funcionar como um processo de autorregulação, devido ao desinvestimento psíquico da figura de vinculação (Berger, 2001). Numa sessão de psicomotricidade, a criança instável e agitada procura impor um domínio físico e recusar todas as propostas do profissional, o que se observou junto do Diogo. Neste caso, e segundo Berger (2001), o/a psicomotricista deve fazer com que a criança o/a veja como uma figura de confiança, cujo corpo é inicialmente um objeto sob o seu controlo, para depois, através do jogo, permitir ao/à terapeuta tornar-se o seu espelho narcísico, e assim aumentar a sensação de ser visto. O Diogo demonstrou uma grande necessidade de ser visto e valorizado, o que faz com que seja importante o terapeuta permitir que, neste espaço e tempo, assim se sinta.

O trabalho de consciência corporal através do jogo deve ser reforçado, para que se coloque em prática a cooperação interpessoal e posteriormente se introduzam regras para funcionamento em grupo, de forma a que haja também uma maior organização para a criança e para o contexto onde se insere (Matos & Simões, 2001). Com isto, é crucial uma intervenção com

foco na expressão e experiência corporal, com recurso ao jogo, para uma melhoria na relação com o outro e na interação social.

Nesta intervenção, o papel do/da psicomotricista será explorar as potencialidades com a criança e construir com ela significados por forma a, como supracitado, promover a consciência e ação corporal, e consequentemente desenvolver a adaptação mental (Afonso, 2022). Para mais, o/a psicomotricista deve dar especial atenção aos fatores psicomotores praxia fina e praxia global, que estão fortemente ligados às funções executivas. Ao serem promovidos estes fatores psicomotores, há a consciencialização dos movimentos, atribuindo-lhes a intencionalidade, para além de que deve ocorrer previamente o planeamento, que acaba por ser para a criança a parte mais desafiante.

8.2. Estratégias Específicas

Desde o início da intervenção, tornou-se clara a necessidade de aumentar a autoestima do Diogo, pelo que uma das primeiras estratégias utilizadas foi a valorização das competências do menino com essa finalidade. Consequentemente, outra estratégia associada foi o feedback positivo fornecido de forma a, não apenas aumentar a autoestima, mas também para incentivar o movimento livre e espontâneo, dado que os seus movimentos eram reprimidos em vários contextos da sua vida. Antunes (2022) aponta o feedback/reforço positivo como uma das estratégias fundamentais na intervenção de todos os profissionais que trabalhem com crianças com agitação, uma vez que, este feedback fará com que sejam enaltecidas as áreas fortes da criança, ou seja, elogios claros referentes às suas competências.

Seria impensável não mencionar a necessidade da criação de um espaço de segurança e liberdade, que permite a ação, a manifestação de gestos e verbalizações, sem a tentativa de impedimento, a que a criança está habituada (Auctourier, 2007).

A promoção de momentos de jogo livre, especialmente numa fase inicial da intervenção, fez parte das estratégias utilizadas de forma a que a criança explorasse livremente o espaço e se sentisse confortável, para que posteriormente se pudesse expressar livremente no mesmo.

Para que fosse possível garantir a compreensão da instrução por parte do Diogo, dada a sua agitação, os pedidos em sessão foram ser feitos de forma clara e direta, sem expectativas em relação ao comportamento, uma vez que, estas crianças esperam muitas vezes que o adulto coloque em si uma expectativa de mau comportamento associado a um pedido (Antunes, 2022).

Com base nas dificuldades de planeamento e organização do Diogo, adotou-se a estratégia de pedir ao menino para repetir as instruções de cada jogo, de forma faseada, de maneira a que este tomasse consciência do planeamento e organização da tarefa/atividade. Segundo Vidigal (2005, cit. por Grilo, 2019) a autoinstrução faz com que a criança consciencialize a sua ação e assim há um maior controlo do seu comportamento, e, por essa razão, a terapeuta pediu a verbalização do menino, ao longo das sessões. Para mais, o recurso à escrita das atividades que o

menino gostava de fazer, seguidos da definição da ordem de realização, foi também uma estratégia fundamental para a intervenção (Costa, 2008).

Uma outra estratégia, fundamental junto do Diogo, foi o recurso à negociação em momentos de discordância e oposição, permitindo o diálogo e a reflexão sobre as necessidades. Grilo (2019) refere a importância do recurso à recompensa após comportamentos positivos, e uma pausa após comportamentos e ações negativas, de forma a reforçar os comportamentos/atitudes desejados, podendo este reforço ser um feedback verbal.

Por fim, para a consciencialização das ações, foi importante a reflexão no término de todas as sessões, direcionando a atenção do Diogo para o seu corpo e para os momentos vividos em sessão, com o intuito de associar experiências prazerosas a este corpo que se move e que se expressa. Nesta reflexão foi também essencial a comparação entre o que havia sido planeado à entrada da sessão, com o que aconteceu efetivamente.

8.3. Exemplos de Atividades

Com foco nos objetivos terapêuticos delineados, foram realizadas diversas atividades. Deste modo, procurou-se utilizar jogos que permitissem o acesso a áreas fortes da criança de forma a promover áreas a desenvolver.

Dado que o Diogo tem gosto pela temática de guerras, simulando alguns videojogos ou filmes, foram realizados jogos de guerra, que permitiram o planeamento prévio e o estabelecimento de regras. Com este jogo, foi possível a negociação referente à utilização dos materiais ou à história do contexto de guerra, promovendo a regulação emocional em momentos de oposição e discordância, assim como, a noção do corpo, através da verbalização relativa às zonas corporais em que os diferentes materiais tocavam e o lado para que estas “armas” (bolas) eram atiradas.

Como segundo exemplo, o menino e a terapeuta realizavam um espetáculo em que o menino procurava mostrar as suas habilidades com diferentes materiais, mas para isso tinha que planear toda a apresentação, descrevendo os diferentes movimentos, a sua ordem e quais as partes corporais que utilizaria. Depois do espetáculo, o menino realizava uma comparação entre o que sentia no seu corpo em cada movimento. Este jogo permitiu a vivência de experiências corporais prazerosas e o aumento da sua autoestima, dado o feedback que recebeu, através de aplausos ou verbalizações que o deixavam muito satisfeito.

9. Progressão Terapêutica

Foram realizadas 21 sessões com o Diogo ao longo de 7 meses. As duas primeiras sessões destinaram-se à avaliação psicomotora, e as últimas duas à avaliação final. O Diogo foi assíduo, pontual e foi sempre acompanhado pelo seu pai. Nas sessões que não puderam ser realizadas, o pai informou o Hospital, havendo uma boa comunicação entre os pais, a estagiária e a instituição.

Na primeira sessão com o Diogo e a sua mãe, foi realizada a anamnese, onde se percebeu a história do menino e as preocupações da sua família, assim como as expectativas relativas à

terapia. Nesta mesma sessão, foi possível mostrar as instalações ao Diogo e realizar breves jogos de forma a compreender a sua interação com os materiais e com as terapeutas. Neste momento de brincadeira, o Diogo estava muito agitado e realizou uma exploração dos materiais superficial, sem se envolver realmente com os mesmos. A sua deambulação pelo espaço foi constante e a curiosidade em relação a todos os materiais também. Observou-se uma mudança da postura do Diogo com a presença da mãe, em que interrompia a sua conversa e tocava nos diferentes materiais para lhe mostrar. Com a ausência desta figura materna, o Diogo comunicava de forma intencional, no entanto, justificava a sua ação com o seu diagnóstico, referindo que era um menino especial. Com o decorrer das sessões, esta justificação das ações diminuiu e o Diogo não tornou a mencionar o diagnóstico.

Nas primeiras sessões, de avaliação, o Diogo recusava fazer muitas tarefas, sentindo-se incapaz e demonstrando comportamentos de oposição. Sentava-se em cima de uma bola gigante, a saltar, e ficava em oposição até ser encontrado um meio termo para a sua exigência. Todas as tarefas relacionadas com o corpo, tanto de desenho ou de expressão, eram imediatamente evitadas. Assim, ao longo das sessões, o Diogo foi aumentando a sua participação e justificou, por vezes, o facto de não querer realizar determinada ação, pelo que diminuiu a sua oposição e foi capaz de regular as suas emoções.

Com o objetivo de diminuir os momentos de oposição, a estagiária procurou demonstrar alternativas para a realização da mesma tarefa, assim como promover a comunicação e o planeamento. Este objetivo foi promovido desde cedo e durante toda a intervenção, tanto que, no fim, os momentos de oposição diminuíram de forma acentuada na sua frequência e o Diogo refletia com maior facilidade sobre a temática e a tarefa a desempenhar.

Entre a quarta e a sexta sessão, o Diogo utilizava os materiais de forma impulsiva, para explorar o máximo de materiais no menor tempo possível e definiu como material de eleição as bolas gigantes, atirando-as contra as paredes. Durante esta exploração, a estagiária procurou incentivar o menino e pediu que atirasse com diferentes intensidades e com diferentes partes do corpo, procurando aumentar a consciência sobre o mesmo. Nas seguintes sessões, com acesso às bolas, o Diogo demonstrou gosto pela atividade e pelo material, atribuiu-lhe vários usos e inventou diferentes jogos, nos quais foram definidas regras e mais uma vez foram promovidos o diálogo e a negociação, de forma a aumentar a consciencialização e o planeamento.

Após a quinta sessão, iniciaram-se os jogos de guerra, em que o Diogo tinha a iniciativa de definir regras e planear, acabando por contextualizar a história da guerra no fim da sessão, e como tal comparou o que havia planeado e o que aconteceu efetivamente.

Foi na sexta sessão que o Diogo começou a pedir para mostrar os materiais e os truques que sabia fazer ao familiar que o havia trazido ao hospital, o que originou momentos de frustração e indignação quando a estagiária recusou o seu pedido, combinando que o poderiam fazer no fim da sessão. Este comportamento ocorreu cerca de 3 vezes ao longo do acompanhamento, e após a

sessão, o Diogo procurou comunicar ao seu acompanhante (mãe ou pai) o que havia feito e aprendido na sessão. Este comportamento/necessidade diminuiu quando o Diogo viu que os pais não valorizavam a competência demonstrada e focou-se então no feedback da estagiária, pelo que, em sessão perguntava várias vezes se estava a olhar para si. Através destas dinâmicas, em que a estagiária procurou demonstrar ao menino que era visto e valorizado, este mostrou-se mais confiante e expôs as suas capacidades, sendo assim, possível promover a autoestima.

Em seguida, nos jogos com recurso a bolas, e durante 3 sessões, a estagiária procurou introduzir conceitos de esquerda/direita, e, aos poucos, o Diogo foi aderindo e demonstrando as suas estratégias para distinguir cada lado, de forma que a sua resposta foi cada vez mais rápida e correta.

Nesta fase, a meio da intervenção, o Diogo começou a aceitar com maior facilidade as sugestões e a mostrar-se mais disponível para o diálogo, ao reconhecer que estava agitado, ao mesmo tempo que procurava regular o seu comportamento. A nível de relação com a estagiária, houve também melhorias significativas, no sentido em que os jogos mudaram o seu caráter de luta e o menino adotou uma postura de proteção. Iniciaram-se também construções com os materiais da sala, nomeadamente uma cama, como espaço de segurança e descanso, que foi feita em várias sessões. Tal como a cama, e de forma a aumentar a participação em atividades relativas ao corpo, o Diogo foi também capaz de desenhar no chão um corpo com recurso aos materiais disponíveis na sala.

No final do mês de abril, e devido às férias, o Diogo mostrou-se agitado, mas foi capaz de regular as suas emoções tendo em conta que queria realizar jogos com a estagiária, pelo que, em algumas sessões, trouxe balões para que juntos pudessem arranjar formas criativas de os explodirem, verbalizando até que em casa ou na escola era impossível fazê-lo. Assumiram desde essa altura que poderiam, por sessão, rebentar um balão, da forma mais original possível.

Nas últimas 5 sessões do acompanhamento, altura em que o Diogo voltou a interessar-se pelas bolas gigantes e começou a realizar a exploração com o seu corpo, introduziu o tema do “espetáculo”, que nos primeiros meses da intervenção foi alvo de uma grande recusa.

Ao alcançar uma fase final da intervenção, começou-se a preparar o término da mesma, e como tal foram utilizados os balões para uma contagem decrescente. Em cada sessão foi levado um balão para a sala, com um número escrito, que foi inicialmente explodido e que, nas últimas sessões, foi utilizado para a construção de um super-herói, tendo em conta o papel de proteção que o Diogo queria desempenhar, e, por isso, construiu o melhor super-herói de todos. Ao ser preparada a despedida, o Diogo começou a mencionar que não queria voltar à terapia se fosse com outro terapeuta, e, nos jogos, afastava-se da estagiária a nível espacial, mas o seu personagem referia que apesar de irem para longe, foi muito bom estarem juntos.

Nas últimas duas sessões, foi realizada a avaliação final e, na última sessão, ainda se realizou uma reunião com o menino e com os seus pais. Vale referir que o Diogo foi previamente

informado de que se iria realizar a avaliação e, ao chegar à sessão, foi lembrado da tarefa que já haviam combinado, a avaliação. Inicialmente a estagiária explicou em que consistia o seu estágio e qual a finalidade da avaliação, de forma que, embora o Diogo tenha ficado hesitante, participou de forma ativa e empenhada. Antes de dar início à avaliação, o menino pediu para realizar um truque com a bola grande, procurando negociar.

Avaliação Inicial vs. Avaliação Final

Para possibilitar a observação da evolução do Diogo ao longo do acompanhamento, foram realizados dois momentos de avaliação: a avaliação inicial e a avaliação final. Em seguida, os resultados de ambas as avaliações são expostos e comparados.

Começou-se a avaliação com o instrumento BPM, através das atividades de maior exigência a nível do movimento, nomeadamente equilíbrio, praxia global e noção do corpo, seguindo-se a tonicidade, lateralização, praxia fina e estruturação espaço-temporal. Desde logo, e de forma qualitativa, nota-se que o Diogo realizou tarefas nesta segunda avaliação que não realizou na primeira, nomeadamente tonicidade, estruturação espaço-temporal e praxia fina. Os momentos de oposição e recusa apenas fizeram parte da avaliação final no desenho do corpo.

No que se refere à avaliação quantitativa, e considerando os elementos avaliados em ambas as avaliações, houve melhorias nos fatores psicomotores equilíbrio e noção do corpo (de 2 para 3 pontos).

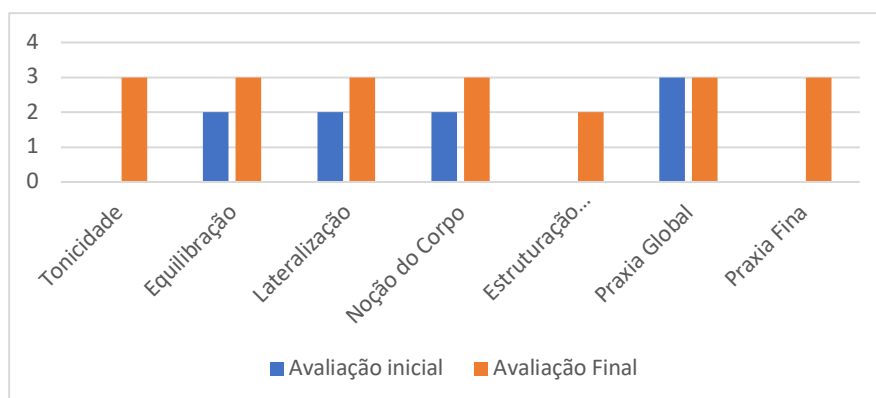
Ao avaliar o fator psicomotor equilíbrio, o Diogo melhorou de 2 para 3 pontos, uma vez que foi capaz de se manter imóvel mais tempo durante a tarefa de imobilidade (30 para 50 segundos) sem insegurança gravitacional, mas com movimentos faciais após a prova e ligeiros movimentos dos membros superiores. Também a sua marcha, no equilíbrio dinâmico, foi harmoniosa e com um perfeito controlo sem reequilibrações.

A alteração de pontuação da lateralização deve-se à clara preferência do lado direito a nível manual e pedal, que não havia sido observada antes, pois era indefinida nos membros inferiores.

No fator Noção do Corpo, embora não tenha sido realizada a prova do desenho do corpo, o Diogo nomeou com sucesso 14 pontos táteis, apenas com dificuldades nas mãos, e referiu corretamente o lado do corpo a que cada membro corporal pertencia, o que não ocorreu na avaliação inicial. Foi capaz de identificar as diferentes partes do corpo, no próprio e no outro, e realizou as oito tarefas de reconhecimento esquerda-direita com sucesso e facilidade. Na autoimagem manteve a sua prestação e no que implica a imitação de gestos, repetiu a dificuldade na última figura, realizando 3 de 4.

Por fim, e em tom de comparação, menciona-se a avaliação da Praxia Global, em que o menino acertou nos dois momentos em 3 de 4 lançamentos na prova de coordenação óculo-manual, e na coordenação óculo-pedal em 2 de 4, com ligeira impulsividade. Na tarefa de

dissociação, o Diogo foi muito cuidadoso com o planejamento e esteve muito atento. Recusou nas duas avaliações a prova de agilidade, pois associou às aulas de educação física, das quais não gostava.



Quadro 2 - BPM avaliação inicial vs. final

Como instrumento de avaliação qualitativa, o preenchimento da **GOP** realça que se notaram melhorias a nível da qualidade do gesto, em que este não se nota impulsivo, ao contrário da observação inicial. A nível atencional, e considerando o tempo de permanência em tarefa, o Diogo teve melhorias ligeiras.

Embora se tenha observado uma planificação semiestruturada em dezembro, o Diogo melhorou significativamente a sua capacidade de planeamento, fazendo-o, não apenas em relação ao tempo de sessão, mas também em cada tarefa, estabelecendo regras e lembrando o que havia definido. A sua atitude perante as tarefas alterou-se, pois nota-se mais participativo e comunicativo, sem uma postura impositiva.

Em momentos de discordância e oposição, o Diogo mostrou uma adequada capacidade de regulação emocional, pelo que aumentou a sua tolerância à frustração e houve uma marcada diminuição de momentos de oposição.

10. Abordagem compreensiva do caso e progressão terapêutica

Em primeiro lugar, deve ser enaltecido o trabalho da equipa multidisciplinar que acompanhou o caso e permitiu a reflexão sobre o mesmo. São comprovadas, pelas avaliações, as modificações no comportamento do Diogo, e por isso, considera-se que evoluiu na maioria dos parâmetros avaliados. Ainda assim, parte dos objetivos definidos deve ser promovida de forma a dar continuidade ao trabalho realizado e para que seja possível a sucessiva generalização para os diversos contextos da vida do menino.

Destacam-se primeiramente as melhorias a nível relacional, dada a alteração nas dinâmicas de jogo, que eram de oposição inicialmente, sendo o menino e a estagiária concorrentes, para uma dinâmica de proteção e comunicação. Através do jogo simbólico, foi possível o estabelecimento da relação terapêutica e, para Fernandes e colegas (2018) é pela relação estabelecida, e por isso, pelo corpo em relação, que a criança desenvolve a consciência de

si, o que realça a importância da intervenção psicomotora. Foi este jogo-em-relação que permitiu ao Diogo explorar as diversas situações e descobrir novas formas de agir e estar.

Uma vez que, ao longo de toda a intervenção, a estagiária procurou ir de encontro aos interesses do menino, para Costa (2008), o prazer inerente a atividades de interesse permite melhorias a nível de autoestima e valorização das próprias capacidades, sendo esse um dos objetivos terapêuticos alcançados. Estas melhorias foram observadas através de verbalizações da criança e do aumento da participação em jogos de exposição, teatros e apresentações.

A dificuldade de planeamento de uma tarefa e de a realizar de início ao fim, demonstrada no início da intervenção, teve melhorias significativas, dado que, ao longo do tempo, o Diogo foi capaz de definir atividades para a sessão e realizá-las na íntegra, tendo em conta o seu planeamento inicial, o que seria impossível anteriormente, dada a constante mudança de foco atencional e a sua dificuldade de inibição de impulsos. A isto, acresce uma maior consciência corporal e um maior controlo e autorregulação, que favoreceram todos os processos supracitados.

O Diogo mostrou uma maior flexibilidade a nível de pensamento e como tal, diminuíram significativamente os momentos de oposição e a sua tolerância à frustração aumentou. Para Antunes (2022), as melhorias a nível do autocontrolo/autorregulação, permitem um aumento significativo na qualidade de vida da criança, e como tal, esta melhoria foi verificada pelos pais aquando da última reunião, no fim da intervenção. Estas melhorias foram observadas em diferentes contextos de vida do menino, e por isso, embora se admita a necessidade de continuar o acompanhamento, pode salientar-se o cumprimento deste objetivo.

Para concluir, foram evidentes evoluções positivas tendo em conta os objetivos terapêuticos definidos para a intervenção. Estas melhorias foram visíveis, não apenas em contexto hospitalar como em contexto escolar e familiar, com grande impacto a nível do comportamento e na interação social.

Caso II

A Intervenção Psicomotora junto de uma Perturbação da Personalidade em Contexto Grupal num Hospital de Dia para Adolescentes: Estudo de Caso

Resumo

A adolescência pode ser vista como um período de desenvolvimento crucial e necessário, que implica processos de identificação e mudanças a nível social, físico e psicológico. Em casos de dificuldades, ocorrem problemas de saúde mental, que motivam o encaminhamento para a pedopsiquiatria. É exposto um estudo de caso, de um adolescente, com diagnóstico de Perturbação Esquizoide da Personalidade, caracterizado por lentificação psicomotora, isolamento social e pela presença de rituais. Este jovem integrou um grupo terapêutico de psicomotricidade, num Hospital de Dia, e para o acompanhamento, foi necessária a realização de dois momentos de avaliação, a definição de objetivos terapêuticos, a elaboração de um projeto de intervenção, a reflexão sobre

o acompanhamento e a respetiva progressão. Com isto, pretende-se compreender o papel da prática psicomotora em contexto grupal e junto da problemática evidenciada. No final da intervenção observaram-se melhorias na interação, na expressão corporal e na regulação emocional.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Adolescência; Perturbação da personalidade; Grupo; Hospital.

Abstract

Adolescence can be seen as a crucial and necessary period of development, which involves processes of identification and changes at a social, physical, and psychological level. In cases of difficulties, mental health problems occur, which motivate referral to which motivate referral to child psychiatry. A case study of a teenager diagnosed with Schizoid Personality Disorder is presented, characterized by psychomotor slowing, social isolation and the presence of rituals. This young man was part of a psychomotricity therapeutic group, in a Hospital, and for follow-up, it was necessary to carry out two evaluation moments, the definition of therapeutic objectives, the elaboration of an intervention project, reflection on the follow-up and the respective progression. With this, we intend to understand the role of psychomotor practice in a group context and within the highlighted problem. At the end of the intervention, improvements were observed in interaction, body expression and emotional regulation.

Keywords: Psychomotricity; Adolescence; Personality disorder; Group; Hospital.

1. Introdução

A adolescência é um período desafiante e de grandes alterações para os jovens. É, para Von Doellinger (2017), uma fase de vida que desempenha um importante papel para a identidade do adolescente, indo de encontro ao anterior pensamento de Coimbra de Matos (2007), que define este período como determinante para a identidade, quando o adolescente deve ter experiências diversas, dar novos significados ao mundo e descobrir o mundo à sua volta.

Este é um período sensível e cheio de potencial para a aprendizagem sobre o próprio e sobre o mundo, no entanto, implica grandes riscos para a saúde mental (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). Observa-se nesta fase um crescente impacto dos problemas de saúde mental, e, para Santos (2021), a adolescência acarreta muitas alterações que comprometem o jovem e a sua família, sendo por isso vivenciada como uma ameaça à saúde mental.

Uma perturbação da personalidade pode ser caracterizada por um padrão estável de uma experiência interna e comportamentos que se afastam marcadamente da norma, considerando a cultura do indivíduo (APA, 2014). Esta experiência interna é invasiva, não flexível, e o seu início costuma ser na adolescência ou no início da vida adulta (APA, 2014). Um utente com uma hipótese diagnóstica de perturbação da personalidade apresenta dificuldades em diversos aspetos, com grande enfoque a nível da apreensão e interpretação do próprio e dos outros, com fraca compreensão sobre os afetos, o funcionamento interpessoal e o desempenho social (Pires, 2015).

A perturbação esquizoide da personalidade, inserida nas perturbações da personalidade na DSM-5, consiste num padrão persistente de distanciamento das relações sociais e expressividade restrita em situações interpessoais (APA, 2014). Estes indivíduos mostram-se indiferentes às oportunidades de estabelecerem relações sociais e não tomam prazer no sentimento de pertença em relação à família ou amigos. Com isto, a nível ocupacional, as suas atividades e divertimentos não envolvem contextos sociais, e por isso são pessoas rotuladas como “solitárias”. Muitas vezes não respondem de forma adequada a determinadas expressões sociais e são muito pouco expressivas.

Esta perturbação é pouco frequente em meio clínico e por isso os dados existentes sobre a sua prevalência não são recentes, pelo que, tendo em conta dados de 2001 e 2002, apontam como 4,97% numa subamostra da Parte II do *National Comorbidity Survey Replication* (APA, 2014). Esta patologia pode ser observada desde cedo, na infância e na adolescência, devido à solidão notória e às dificuldades em estabelecer relações, que acabam por se refletir em dificuldades a nível escolar.

Faria, Albuquerque e Matos (2022) vem reforçar as lacunas referentes à investigação sobre as Perturbações da Personalidade, apontando-as como uma dificuldade sentida por parte dos profissionais de saúde aquando do diagnóstico e do acompanhamento do utente. Por esta razão, existe uma falta de inovação no que se refere à intervenção e, de igual forma, existem limitações a nível de recursos terapêuticos. Torna-se fulcral, na intervenção, a definição de limites e barreiras, a utilização de uma linguagem clara para que o utente não tenha dificuldades na interpretação e, com isso, participe ativamente no projeto terapêutico (Faria et al., 2022).

Todas estas dificuldades fazem com que seja fundamental o acompanhamento destes utentes em contexto hospitalar, pelo que, quando ocorre na adolescência, é realizado em pedopsiquiatria. Assim, e de forma a acompanhar regularmente o utente, surge o acompanhamento em Hospital de Dia, onde, segundo Coimbra de Matos (2012) é possível a intervenção junto de perturbações evolutivas com uma marcada perturbação da relação.

A prática psicomotora procura compreender as dificuldades da criança e do adolescente, através do movimento e da regulação tónico-emocional, e vai intervir de forma a compensar as dificuldades de expressão motora e favorecer as componentes relacionais, emocionais e simbólicas (Figueira & Freitas, 2017). Num serviço de pedopsiquiatria, a psicomotricidade possibilita a existência de um espaço terapêutico que permite a expressão das dificuldades. Por estas razões, a intervenção psicomotora pode trazer benefícios junto da população adolescente e, neste caso, junto de um utente com uma hipótese diagnóstica de Perturbação Esquizóide da Personalidade.

Com este artigo, procura-se descrever a evolução de um estudo de caso, acompanhado num grupo de Psicomotricidade inserido num HD, durante 7 meses. Esta intervenção teve por base uma avaliação (formal e informal) realizada no início do acompanhamento e como tal,

possibilitou a elaboração de um projeto terapêutico. Tornou-se fundamental ter em conta as características do jovem acompanhado, assim como o grupo em que foi inserido, procurando a promoção de áreas fundamentais para todos os participantes.

2. História pessoal e clínica

i. João

O João é um adolescente de sexo masculino, com 16 anos de idade. Frequenta atualmente um curso profissional de informática e integra o grupo de psicomotricidade do HD. O jovem é também acompanhado em pedopsiquiatria e o seu acompanhamento em hospital iniciou-se quando tinha 3 anos de idade, pelo que já foi acompanhado em pediatria, neuropediatria e psicologia.

O jovem vive com o pai e com a mãe, no entanto tem 3 irmãos da parte do pai e 4 irmãos da parte da mãe, sendo ele o mais novo e único filho em comum. Quando o João nasceu a sua mãe tinha 42 anos e o seu pai tinha 51. Ambas as figuras parentais tiveram patologia psiquiátrica, sendo que a mãe tem atualmente uma depressão. Durante a gravidez, a mãe do adolescente teve diabetes gestacional.

O encaminhamento para a pediatria deveu-se ao início precoce de sintomatologia de Perturbações do Comportamento e também à suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). As dificuldades do jovem começaram a ser sentidas desde que teve crises convulsivas aos 3 anos. A sintomatologia passava pela dificuldade na interação, dificuldade na contenção de impulsos e na existência de algumas manobras obsessivas. Ao longo do tempo notaram-se melhorias progressivas, sem queixas graves, à exceção das dificuldades no processo de aprendizagem.

Na entrada para a creche a sua relação com os pares era conflituosa e assim se manteve na entrada para o ensino básico. No 5º ano foi retido devido a absentismo escolar, no entanto a situação foi regularizada e o jovem passou a ter ensino especial e psicologia escolar. Na escola tem 3 amigos, e os restantes são online, mas no geral é um jovem que se isola.

Os pais relatam que o jovem, no início da relação, é ligeiramente desconfiado. Apresenta dificuldades ao nível da expressão verbal e é muito direto nas suas respostas, no entanto não expressa os seus pensamentos. Quando colocado em situações novas ou quando não consegue contornar um problema apresenta crises de ansiedade.

Ao longo do seu crescimento foi diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo e Mutismo, e aos 10 anos foi-lhe atribuído outro diagnóstico de Perturbação Hipercinética com Convulsões, altura esta em que foi encaminhado para a pedopsiquiatria. Atualmente tem dificuldade em partilhar emoções e isola-se socialmente. Apresenta uma hipótese diagnóstica de uma Perturbação Esquizóide da Personalidade, é funcional, e apenas se nota uma lentidão na expressão verbal e dificuldade na coordenação e praxia fina.

O João ingressou no Hospital de Dia em 2021, quando participou no grupo de Psicomotricidade e nos Grupos de Verão do Hospital, pelo que foi ainda acompanhado em pedopsiquiatria. Neste ano letivo, mantém-se todos os acompanhamentos.

3. Procedimentos de avaliação

A decisão relativa aos procedimentos de avaliação baseou-se nas informações recolhidas pelo pedopsiquiatra, ou seja, na história clínica do jovem, e no protocolo de avaliação da instituição para os jovens que ingressam nos grupos terapêuticos.

Os instrumentos pré-definidos para a avaliação foram os seguintes: Draw a Person Test (DAP), Estátua de Nepsy-II, Escala de Autoconceito de Piers-Harris (EAC), The *Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy* (LOFOPT) e ainda o Questionário de Capacidades e Dificuldades (QCD). Todos estes instrumentos permitem a observação holística sobre o adolescente e avaliam os diversos domínios, de forma a colocar em evidência as necessidades do jovem e, conseqüentemente, contribuir para o plano de intervenção.

A aplicação do DAP (Naglieri, 1988) permite, através da componente não verbal, avaliar o conhecimento da criança/adolescente sobre o próprio corpo, com foco na existência ou não de determinados segmentos corporais. A importância da utilização deste instrumento prende-se, para além da componente quantitativa que estabelece relação com o desenvolvimento do adolescente, na avaliação qualitativa, que permitirá a observação aquando da realização do desenho, com atenção aos comentários realizados, à postura e ao empenho (Grilo, 2019).

Por sua vez, a Estátua de Nepsy – II (Brooks, Sherman & Strauss, 2009) possibilita a avaliação da componente atencional e, mais importante, junto do João, permite avaliar a inibição de respostas, a autorregulação e o nível de vigilância.

No que se refere à EAC (Veiga, 2006), este instrumento avalia o nível de autoconceito do sujeito, uma vez que é um questionário com diferentes áreas avaliadas, sendo essas a ansiedade, a popularidade, a aparência física, o estatuto intelectual, o aspeto comportamental e a satisfação. Este instrumento permite perceber a perceção do jovem em relação a si próprio.

Como um segundo questionário, destaca-se o QCD (Goodman, 1997), que não é apenas preenchido pelo jovem, mas é preenchido pelos seus pais e professores. Este instrumento dá-nos uma visão sobre a perspetiva do jovem em relação às suas dificuldades e também, neste caso, a perceção dos pais.

O instrumento LOFOPT (Van Coppenolle et al., 1989) fornece informações sobre características do indivíduo durante as atividades e é uma escala preenchida pelo terapeuta. Faculta dados referentes a 9 categorias (relação emocional, autoconfiança, atividade, relaxação, controlo de movimento, focalização, expressão corporal, comunicação verbal e regulação social) e permite a observação do João em contexto de grupo, no qual se pode analisar a sua relação com os outros, a interação, o investimento nas tarefas e a sua postura.

Todos os instrumentos utilizados foram aplicados conforme o respetivo protocolo de avaliação, sendo respeitadas as suas características e especificidades.

4. Avaliação Inicial

Foi realizada uma avaliação psicomotora formal, com recurso a diferentes instrumentos de avaliação, e informal, através da observação e do conseqüente preenchimento de grelhas de observação. Os instrumentos aplicados foram os instrumentos acima discriminados, uma vez que se inserem no protocolo de avaliação do HD.

Através da análise dos desenhos do João, no **Draw a Person Test (DAP)**, notou-se uma extrema atenção ao detalhe e à presença de todas as partes corporais. Uma componente a ser evidenciada, e de extrema importância, é que o João não desenha a face em nenhum dos desenhos, ou seja, embora desene todas as componentes do corpo, com atenção a detalhes anatómicos, deixa o espaço da face limpo, sem olhos, nariz e boca. O João demorou mais de 10 minutos em cada desenho, e, antes de iniciar, pediu para fazer os desenhos sozinho, uma vez que não gostava de desenhar com outras pessoas por perto. Na pontuação obtida (Tabela 12), embora não se notem dificuldades, deve-se prestar atenção à ausência das partes faciais procurar compreendê-la.

Tabela 12 - Cotação da avaliação inicial DAP do João

Desenho	Valores Standard	Percentil	90% Intervalo de confiança	
Homem	97	42	(±13) 84 para 110	14 para 75
Mulher	91	27	(±14) 77 para 105	6 para 63
Próprio	105	63	(±13) 92 para 118	30 para 88
Total	97	42	(±9) 88 para 106	21 para 66

No subteste da **Estátua da Bateria de Nepsy II**, onde se procura avaliar a capacidade de inibição motora do adolescente, este acumulou um total de 19 pontos em 30, realizando movimentos corporais com os membros superiores e reequilibrações, assim como demonstrando tremores. Visto isto, notaram-se dificuldades a nível da inibição de movimentos corporais.

A **EAC** foi preenchida pelo adolescente e a sua pontuação está representada na Tabela 11, e como tal, destaca-se que a pontuação total foi de 49 em 60 pontos, o que significa que está acima da média. A dimensão com menos pontuação é a Aparência Física (AF), e não se notam dificuldades nas restantes dimensões.

Tabela 13- Pontuação da Escala de Autoconceito Piers-Harris do João

Dimensão	Total Itens	Pontuação por Dimensão
Aspecto Comportamental (AC)	13	12
Estatuto intelectual (EI)	13	10
Aparência Física (AF)	8	4
Ansiedade (A)	8	6
Popularidade (P)	10	8
Felicidade- Satisfação (FS)	8	8
Autoconceito Global	60	48

O João realizou o QCD , juntamente com a sua mãe e o seu pai. Em seguida, na tabela 14 é demonstrada a cotação de cada um dos questionários.

Tabela 14 - Resultados do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – João, Pai e Mãe

Escala	Pontuação – Próprio	Categoria	Pontuação - pai	Categoria	Pontuação- Mãe	Categoria
Sintomas Emocionais	3	Normal	5	Anormal	1	Normal
Problemas de Comportamento	1	Normal	3	Limítrofe	2	Normal
Hiperatividade	7	Anormal	6	Limítrofe	3	Normal
Problemas com colegas	2	Normal	7	Anormal	3	Limítrofe
Total de dificuldades	13	Normal	21	Anormal	8	Normal
Comportamento pro-social	7	Normal	5	Limítrofe	7	Normal
Impacto	2	Anormal	3	Anormal	0	Normal

Ao ser analisado o preenchimento do adolescente, o seu total de dificuldades corresponde a um perfil normal, pelo que o único fator correspondente a anormal se refere à Hiperatividade. O fator impacto é também anormal, podendo afirmar que as dificuldades têm impacto no quotidiano do jovem.

Em relação ao questionário dos pais do João, notam-se algumas divergências, iniciando-se pelo total de dificuldades, com pontuação do pai correspondente a um perfil anormal e da mãe a um perfil normal. O pai aponta como anormais os Sintomas Emocionais e os Problemas com os Colegas, e como limítrofes os Problemas de Comportamento e Hiperatividade. Por outro lado, a mãe apenas aponta como limítrofe os Problemas com Colegas. O impacto no quotidiano do jovem é observado pelo pai, sendo categorizado como anormal e por isso tem um grande impacto no

quotidiano do João, e, pelo contrário, foi atribuída uma pontuação de 0 pela mãe, o que indica que as dificuldades não têm um peso notório no dia-a-dia.

Feita a avaliação formal, seguem-se os resultados da avaliação informal baseada na observação (tabela 15) em contexto de grupo. Assim, foi possível preencher a **Escala de Observação de Louvain para Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT)**.

Tabela 15 - Pontuação da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT) do João

	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1. Relações Emocionais					X		
2. Autoconfiança				X			
3. Atividade					X		
4. Relaxação	X						
5. Controlo dos Movimentos		X					
6. Atenção Focalizada	X						
7. Expressividade do Movimento						X	
8. Comunicação Verbal					X		
9. Regulação Social				X			

Ao longo da observação, o João não estabeleceu relações significativas com os pares, pelo que se verifica que estava ligeiramente sub-relacionado. Na sala, durante os momentos iniciais e finais, procurava afastar-se do grupo, dirigindo-se até ao canto esquerdo e ficando encostado à parede. Neste espaço, conseguiu observar todo o grupo e, quando lhe era pedido para se aproximar, guardava a sua distância e não se incluía no círculo social. A nível social, não deu importância à interação e não teve iniciativa para a comunicação, o que faz com que se considere ligeiramente não comunicativo.

Durante a sessão, foram diversos os momentos em que o João ficou fixamente a olhar para os membros do grupo e a segui-los com o olhar. Apresentou uma demorada resposta quando lhe foram colocadas questões e, durante este tempo, ficou a mexer nas mãos e a retirar peles das pontas dos dedos, que estão notoriamente magoados.

O jovem apresentou uma postura ligeiramente passiva ao longo da sessão, mas quando se envolveu nas atividades ficou demasiado envolvido e competitivo, pelo que não regulou o esforço, sendo esse exagerado.

A nível de autoconfiança, o João nunca realizou comentários depreciativos e nas tarefas esteve determinado de que é capaz de as desempenhar, e por isso pode ser considerada adequada.

Apresentou-se muito tenso ao longo de todas as sessões e no que se refere à expressividade, demonstrou-se apático, especialmente a nível facial, com reduzida a nula expressão.

Por fim, o João respeitou as normas sociais impostas, teve cuidado com os materiais e foi muito cuidadoso com as colocações dos mesmos no espaço. Sempre que entrou na sala colocou os seus pertences no mesmo sítio e, quando se sujou ou considerou que devia lavar as mãos, foi impulsivo e agiu sem pedir.

5. Hipóteses Explicativas

Através da observação psicomotora realizada, associada à avaliação inicial e à recolha de dados relativos à história do João, foi possível a colocação de hipóteses explicativas, não apenas para a melhor compreensão sobre o estudo de caso, mas também como apoio para a elaboração do Projeto Terapêutico.

A etiologia das perturbações da personalidade pode ser muito complexa, uma vez que é multifatorial e podem existir diversas formas de desenvolvimento (Pires, 2015). Por esta razão, para formular as presentes hipóteses explicativas, foram considerados os sintomas apresentados pelo jovem.

Numa fase precoce do desenvolvimento, em que, para a criança, não existe Eu e não-eu, e como tal, não há distinção entre o interno e o externo, o bebé está completamente dependente da figura materna para as suas necessidades físicas e afetivas, e esta figura irá realizar consigo brincadeiras carregadas de emoções, que serão para a criança os primeiros momentos de prazer (Fernandes et al., 2018). Estando esta capacidade de realizar brincadeiras e satisfazer as necessidades afetivas da criança prejudicada, é previsível a dificuldade na componente relacional e na identificação de emoções e expressões faciais, no próprio e no outro. Ainda com foco nesta fase de desenvolvimento, e num contexto em que a mãe está indisponível a nível emocional e não consegue dar sentido aos elementos emocionais e simbólicos, fundamentais para a socialização, a criança irá demonstrar dificuldades a nível empático com baixo reconhecimento de emoções e dificuldades na expressão dos sentimentos, através da componente motora e, neste caso, da inibição (Giromini et al., 2022).

Devido ao afastamento da figura materna durante a gestação e os primeiros meses de vida do João, é primordial elevar a importância dos vínculos emocionais e da sua influência na compreensão do mundo e da relação com o mesmo. Santana (2022) aponta que, nos primeiros meses de vida, a resposta do cuidador/figura de vinculação, neste caso a figura materna, é um organizador psíquico muito importante e por isso, as vivências nos primeiros anos de vida condicionam todas as relações posteriores. Com isto, eleva a necessidade da resposta sensível do cuidador, que deve ver a expressão da criança, interpretá-la e dar uma resposta rápida e adequada, o que fará com que se desenvolva um sentimento de valorização e segurança, que são responsáveis pela exploração e pela confiança (Santana, 2022). Todo este processo fará com que, ao longo do crescimento, a/o criança/adolescente consiga sentir-se seguro, desenvolver a capacidade de autorregulação e de estabelecer relações com os outros. Se ocorrer uma dificuldade na fase em que a figura materna deve dar esta resposta sensível à criança, esta terá dificuldades em sentir-se

segura, em regular as suas emoções e em estabelecer relações, que pode desencadear o isolamento social. No presente caso, a mãe do João passou por uma depressão que pode ter afetado esta resposta e como tal, uma falha na recetividade materna pode ter influência nas dificuldades.

Ao focar a nossa atenção na inibição psicomotora demonstrada pelo João, esta pode, para Gueniche (2005), tratar-se de um comportamento de natureza ansiosa ou depressiva. Segundo a mesma autora, é comum a ocorrência de comportamentos deste tipo quando existe histórico de psicopatologia junto dos pais, nomeadamente depressão. No caso do João, os pais têm atualmente um diagnóstico de depressão e, numa fase precoce da sua vida, a mãe já o tinha. Tendo por base esta informação, Gueniche (2005), afirma que a inibição ocorre quando a criança procura despertar a atenção da mãe deprimida, e acaba por desinvestir nela, de forma que se identifica com este imago maternal e reflete-o no seu movimento e na sua ação lentificada. Mais tarde, em 2014, Haffen refere-se à lentificação psicomotora como uma dimensão clínica presente em várias doenças mentais que se caracteriza pela lentificação motora e psicológica, afeta a comunicação e os processos perceptivos e cognitivos, notória no planeamento, controlo e programação da ação, e pondera que a sua origem possa ser funcional e relacionada com uma disfunção na dopamina.

Acrescenta-se que estão associados vários riscos à gravidez após os 40 anos, que podem ser emocionais, no sentido em que a mãe está mais frágil e são intensificadas as angústias características da gestação que acabam por ter impacto no bebé, ou podem estar relacionados com o aumento do risco de consequências negativas no desenvolvimento da criança, tais como dificuldades na regulação emocional, dificuldades na atenção, problemas de aprendizagem, autismo ou síndrome de Down (Oliveira, Araújo & Ribeiro, 2021).

6. Perfil Intraindividual

Após análise dos resultados obtidos em cada um dos instrumentos aplicados, foi possível construir um perfil intraindividual (tabela 16), onde se podem evidenciar as áreas /comportamentos fortes, as áreas/ comportamentos intermédios e as áreas /comportamentos a desenvolver.

Tabela 16 - Perfil Intraindividual do João

Áreas/Comportamentos* Fortes	Áreas /Comportamentos* intermédias	Áreas/ Comportamentos* a Desenvolver
Autoestima	Inibição de Movimentos*	Comunicação
Autoconceito	Esquema Corporal	Iniciativa*
Participação nas atividades*	Competências Sociais	Expressividade corporal
Planeamento*		

7. Objetivos Terapêuticos

Com base no perfil intraindividual acima elaborado, expõe-se os objetivos terapêuticos (tabela 17), de forma a promover as/os áreas/comportamentos a desenvolver. Todos estes

objetivos são tidos em conta para a elaboração dos objetivos de intervenção do grupo em que o João se inseriu.

Tabela 17 – *Objetivos terapêuticos para acompanhamento do João*

Domínios	Objetivos gerais	Objetivos Específicos
<i>Psicomotor</i>	Aumentar a atividade corporal	Promover a iniciativa para as sessões Aumentar o prazer na vivência do jogo
	Aumentar a expressividade	Melhorar capacidade de expressar as emoções Expressar corporalmente as emoções
	Adequar a tonicidade	Aceder à Eutonia
<i>Socio-emocional</i>	Promover competências sociais	Aumentar momentos de interação com os pares Interagir intencional e ativamente com os pares Aumentar a partilha com o grupo
	Promover a autorregulação	Adequar a resposta emocional durante o jogo Comunicar os estados emocionais Aumentar a consciência das emoções

8. Projeto Terapêutico

8.1. Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A fundamentação da intervenção psicomotora com o João baseia-se na intervenção grupal, sendo este contexto uma das principais diretrizes da intervenção, no sentido em que promove as competências sociais. Para Vachez-Gatecel e Valentin-Lefranc (2019), este contexto potencia a identificação com pares e a exploração de novas relações e competências, e acaba por favorecer a comunicação não verbal e a perceção e expressão de emoções.

A relação entre adolescência e intervenção em grupo é privilegiada há muito tempo, e, para muitos autores, é considerada indispensável para um processo terapêutico satisfatório (Marcelli et al., 2007). Junto de adolescentes com problemáticas como a inibição, o grupo constitui um espaço de contenção do pensamento (Marcelli et al., 2007). Algumas vantagens do acompanhamento em grupo de psicomotricidade passam pelo sentimento de pertença, pela promoção das competências sociais, pelo conhecimento de novas figuras de referência, que podem ser pares ou adultos, pela valorização do próprio no grupo e pela exploração do corpo (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). A exclusão social tem um grande impacto nos adolescentes, que se pode refletir através da desvalorização, da depressão ou até da autoagressão. No caso do João, que apresenta dificuldades a nível social e de comunicação, a participação nas sessões de grupo permitirá o aumento da interação e irá fazer com que o seu isolamento social diminua.

A inibição psicomotora prejudica as habilidades cognitivas, atencionais, criativas, sociais e emocionais, de forma que, para Giromini e colegas (2022), quando há inibição, ocorre uma diminuição da comunicação e da expressão corporal. Neste caso, e de acordo com os autores, observam-se ainda reações tónicas, como tremores e rigidez corporal, assim como a diminuição da iniciativa, presentes no estudo de caso. A inibição, associada à lentificação psicomotora, que afeta a comunicação verbal e não verbal, faz com que sejam urgente a consciencialização corporal e o acesso à eutonia, diminuindo a rigidez corporal e tornando os movimentos harmoniosos. Para isto, reforça-se o recurso à componente lúdica, que promove a ativação corporal e o aumento no prazer do jogo.

A capacidade de definir o que se sente, e compreender as causas desse sentimento, desempenha um papel fundamental no quotidiano de cada pessoa, assim como a capacidade de comunicar os estados emocionais para que seja possível a vivência de interações sociais de carácter positivo (Veiga & Rieffe, 2015). Em concordância, Vachez-Gatecel e Valentin-Lefranc (2019) apontam a importância do reconhecimento das emoções e da comunicação sobre elas, e por este motivo, e dadas as dificuldades a nível social, associadas à baixa expressividade demonstrada pelo João, é essencial que sejam promovidos momentos de interação e que permitam a exploração e expressão de diferentes emoções.

Uma vez que o João era muito pouco comunicativo, e em momentos de reflexão sobre as vivências na sessão era incapaz de verbalizar a sua experiência emocional, refere-se que é muito importante que o jovem discrimine e identifique as suas emoções, o que, de acordo com Veiga e Rieffe (2015), terá um grande impacto a nível social e na regulação emocional. Através da verbalização e identificação dos estados emocionais associados à posição e expressão corporal, o jogo e a dramatização são fundamentais para a exploração das emoções de forma a que seja mais fácil para o jovem definir e comunicar. Nesta práxis, o jogo permite a vivência exploratória do corpo e das emoções, de forma que o adolescente passe a compreender e a comunicar sobre ambos. Assim, a intervenção tem por base o jogo, que faz com que o João, em contexto lúdico, se expresse livremente e aumente o conforto com os pares, de encontro com os objetivos estabelecidos. Fernandes e colegas (2018), apontam a importância do jogo, dado que possibilita a vivência de experiências que promovem a consciência corporal, a capacidade de representação e simbolização e um espaço de partilha e de comunicação. O jogo pressupõe, em todos os momentos, uma relação e faz com que o sujeito sinta prazer na ação e no movimento.

8.2. Estratégias Específicas

O/a psicomotricista, na sua prática, possibilita à criança/adolescente a compreensão sobre os seus sentimentos e sobre o seu corpo, ligando-os, e para isso recorre a diversas estratégias para que sejam alcançados os objetivos estipulados (Veiga & Rieffe, 2015).

Uma das principais estratégias utilizadas ao longo de toda a intervenção, e na prática psicomotora em geral, foca-se no estabelecimento da relação terapêutica, dado que uma boa

relação entre o jovem e a terapeuta faz com que se sinta num espaço de liberdade e segurança, que permite a exploração da sala, dos materiais e pode promover a motivação para a interação com os pares. Esta relação, junto do João, é muito importante pois o jovem procura isolar-se e, ao estabelecer uma boa relação este isolamento social pode diminuir. A atitude relacional do terapeuta, para Fernandes e colegas (2018), torna a intervenção psicomotora eficaz, ao desempenhar uma função de espelho tónico-emocional. Os autores assentam na ideia da implementação da relação através da disponibilidade e da atitude empática do profissional, que fomentam o estabelecimento de uma relação saudável.

Associada à estratégia acima mencionada, cita-se a criação de um ambiente seguro e contentor, que permite a vivência prazerosa do jogo e do contexto social, para que o João se sinta confortável no grupo e aumente a sua disponibilidade para a integração no mesmo. Para Vachez-Gatecel e Valentin-Lefranc (2019), numa intervenção com adolescentes, a colocação de questões deve ser ponderada, de forma a respeitar a privacidade do jovem, a nível físico e psíquico, o que acaba por contribuir para um espaço seguro.

Pode-se também nomear como estratégia de intervenção a utilização do jogo e da componente lúdica, para que o jovem vivencie diferentes emoções e possa reconhecer as mesmas, o que o leva a aumentar a interação, a desenvolver a capacidade de comunicar e a partilhar no grupo.

A verbalização das sensações, dar significado à vivência corporal e explorar as emoções, devem ser destacados nesta intervenção pois, segundo Veiga e Rieffe (2015), esta verbalização permite o conhecimento do próprio e melhorias na consciência e na regulação emocional.

Destaca-se, por fim, o feedback positivo como estratégia de intervenção, graças à sua capacidade de aumentar a motivação e pelo contributo para a autoestima do adolescente.

8.3. Exemplos de atividades

As sessões de psicomotricidade com o João foram realizadas em contexto de grupo e, por isso, eram compostas por 5 momentos: o ritual de entrada, em que o grupo comunicava sobre a sua semana e cada elemento deveria realçar 3 momentos positivos que aconteceram; ativação corporal, quando se realizava um breve jogo de forma a preparar para a seguinte atividade; a parte fundamental, em que eram promovidos os objetivos da sessão; o retorno à calma, quando se realizavam atividades e momentos de foco no próprio e no seu corpo, preparando para a saída da sessão; e o ritual de saída, no qual o foco era a vivência da sessão, a partilha sobre a mesma e a despedida.

Como exemplo de atividade realizada, evidencia-se uma atividade intitulada “Imagens”. Nesta atividade, foram necessários vários materiais, como bolas, almofadas, flutuadores e tapetes, e, sendo o grupo dividido em duas equipas, cada equipa devia utilizar os materiais para construir/representar um objeto/personagem mencionado pelas terapeutas. Cada equipa avaliava o seu desempenho, e era tido em conta o tempo de construção e as estratégias utilizadas. Esta

atividade permitiu promover o aumento da tomada de iniciativa, a escolha de estratégias para resolução de problemas e permitiu ainda promover a coesão de grupo.

O segundo exemplo, e com os objetivos específicos de melhorar a capacidade de resolução de problemas, definir estratégias e interagir com os pares, consiste no jogo “Polícia e Ladrão”. Era atribuída uma figura a cada participante, ladrão, polícia, peão e salva-vidas, e deviam andar livremente pela sala. O ladrão, com um piscar de olhos, deveria “matar”/congelar os restantes participantes, e o objetivo do polícia era decifrar quem era o ladrão. A beijoqueira deveria salvar os participantes congelados, através de um gesto com a boca. No fim, todos os papéis deviam ser revelados, promovendo assim a interação e comunicação entre o grupo.

9. Avaliação inicial com a Avaliação final e a Progressão Terapêutica

9.1. Avaliação Formal

Draw a Person Test – DAP

No fim do acompanhamento do grupo, em que o João esteve inserido, foi-lhe pedida a realização do DAP, pelo que na tabela 18 são expostos os resultados dos dois momentos de avaliação.

Tabela 18 - Resultados da avaliação inicial e final do DAP - João

Desenho	Valores Standard		Percentil	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Homem	97	130	42	98
Mulher	91	133	27	99
Próprio	105	133	63	99
Total	97	136	42	99

Através da análise da tabela elaborada (tabela 16), é possível perceber que existiram melhorias significativas nos desenhos realizados pelo João. No segundo momento de avaliação, o João apresentou um nível de atenção adequado e demorou metade do tempo que havia demorado na primeira realização. A sua atenção aos detalhes anatómicos foi idêntica, de forma que as alterações nos resultados se deveram ao facto do João ter feito as faces dos três desenhos. Na avaliação inicial o jovem não desenhava a boca, o nariz e os olhos, nas três figuras, e acabou por desenhá-los neste segundo momento. Durante a realização, o adolescente também se mostrou mais confortável no espaço e não pediu para se afastar dos pares, o que são também aspetos positivos.

Escala de Autoconceito de Piers Harris

O preenchimento da EAC aconteceu no mesmo dia e no mesmo espaço que os restantes instrumentos de avaliação, e são expostos na tabela 19 os resultados obtidos.

Tabela 19 - Resultados da avaliação inicial e final da EAC - João

Dimensão	Total de Itens	Pontuação por Dimensão – Avaliação Inicial	Pontuação por Dimensão – Avaliação Inicial
Aspeto Comportamental (AC)	13	12	13
Estatuto intelectual (EI)	13	10	10
Aparência Física (AF)	8	4	6
Ansiedade (A)	8	6	8
Popularidade (P)	10	8	6
Felicidade- Satisfação (FS)	8	8	8
Autoconceito Global	60	48	51

Pode-se evidenciar que as alterações foram ligeiras, sendo apenas 2 pontos no autoconceito global, passando de 48 pontos, no início da intervenção, para 51 pontos na fase final. Embora o autoconceito global seja muito aproximado entre os momentos de avaliação, notaram-se diferenças na distribuição da pontuação, nomeadamente o aumento na pontuação das dimensões aspeto comportamental, aparência física e ansiedade, e a diminuição na dimensão popularidade.

Estátua de Nepsy – II

Na prova Estátua de Nepsy, a pontuação alcançada na avaliação inicial foi de 19 pontos, enquanto que na avaliação final foi de 27 pontos. Na avaliação final o João realizou vários movimentos corporais ao longo de toda a prova, em especial nos membros superiores, o que não se verificou na segunda avaliação, em que a pontuação se deveu a um momento de riso na queda do lápis, a cruzar os braços no estímulo sonoro da tosse e a um sorriso no mesmo momento. Assim, refletem-se melhorias a nível do controlo corporal e da inibição de movimentos.

Questionário de Capacidades e Dificuldades

O QCD foi preenchido pelo João no início e no fim da intervenção, no entanto, no segundo momento de avaliação não foi possível o preenchimento do questionário pelos pais, pelo que apenas se considerará o questionário do jovem. As pontuações obtidas são expostas na tabela abaixo (Tabela 20).

Tabela 20 - Preenchimento QCD da avaliação inicial e da avaliação final do João

Escola	Pontuação Inicial	Categoria	Pontuação Final	Categoria
Sintomas Emocionais	3	Normal	2	Normal
Problemas de Comportamento	1	Normal	0	Normal
Hiperatividade	7	Anormal	4	Normal
Problemas com colegas	2	Normal	4	Limítrofe
Total de dificuldades	13	Normal	9	Normal
Comportamento pro-social	7	Normal	8	Limítrofe
Impacto	2	Anormal	0	Normal

Ao serem consideradas as pontuações acima expostas (Tabela 18), as categorias determinadas não diferem de forma significativa, mas são observáveis ligeiras melhorias. No que se refere às escalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento e hiperatividade, houve a diminuição da pontuação, o que mostra benefícios. As únicas categorias alteradas foram a hiperatividade, que passou de anormal para normal, e problemas com colegas, inicialmente categorizada como normal e agora como limítrofe.

Observam-se alterações na pontuação impacto, passando de anormal para normal, o que se traduz numa diminuição do sentimento de impacto no cotidiano do jovem. No preenchimento final, o adolescente assinalou que as suas dificuldades melhoraram muito desde que iniciou o acompanhamento e que este foi muitíssimo útil na divulgação de informação ou em tornar os problemas mais suportáveis. Ainda assim, o jovem assinalou que sente dificuldades pequenas, mas considera que essas não o fazem sofrer.

9.2. Avaliação Informal

LOFOPT

Como instrumento de avaliação informal, baseado na observação e no consequente preenchimento de uma escala, que acaba por dirigir o olhar do terapeuta, foi preenchida, pela estagiária, a Escala de Observação de Louvain para Objetivos na Terapia Psicomotora (tabela 21).

Tabela 21 - Avaliação inicial vs. Final - LOFOPT

Categorias	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Relações Emocionais	Ligeiramente Subrelacionado: -1	Relação Apropriada: 0
Autoconfiança	Auto confiante:0	Auto confiante: 0
Tipo de Atividade	Ligeiramente passivo: -1	Ligeiramente passivo: -1
Relaxação	Muito tenso: +3	Ligeiramente tenso: +1
Controlo de Movimentos	Movimenta-se com precaução:+2	Movimenta-se apropriadamente:0
Capacidade de Atenção	Demasiado sobre envolvido: +3	Ligeiramente sobre envolvido:+1
Expressão corporal	Sobre Expressivo: -2	Expressivo: 0
Comunicação Verbal	Ligeiramente não comunicativo:-1	Ligeiramente não comunicativo:-1
Regulação Social	Regulação social apropriada: 0	Regulação social apropriada: 0

Ao longo dos 7 meses de intervenção, foram notórias mudanças marcadas no comportamento do João em contexto de grupo, confirmadas pelas alterações no preenchimento da LOFOPT.

Tendo em conta a categoria relações emocionais, o João procurava isolar-se e apenas observar o grupo na fase inicial, mas, durante a intervenção, veio a adotar um papel ativo e interativo, ao estabelecer uma ótima relação com as terapeutas e com os pares. Esta interação com os pares foi visível em diversas atividades, nos momentos de partilha e na partilha de estratégias por parte do João para ajudar os pares.

O João manteve a sua autoconfiança, tendo plena consciência das suas capacidades e limitações e esforçando-se para superar os desafios impostos. Esta autoconfiança teve também impacto na sua atividade que, embora não se tenha alterado quantitativamente, foi, na componente qualitativa, muito melhor, havendo ainda espaço para melhorias e por isso, ainda deve ser uma categoria a considerar para um acompanhamento futuro.

Na categoria relaxação, através da postura do jovem observada nas diferentes sessões, notaram-se melhorias dada a postura inicial de ombros elevados e rigidez corporal no movimento, não verificada na avaliação final. Por esta mesma razão, todos os seus movimentos são agora considerados apropriados, pela maior harmonia no movimento e pela regulação do esforço.

Ainda que o jovem demonstre um alto nível de atenção aquando das atividades e da participação, é consideravelmente menor quando comparada ao início do acompanhamento. Isto verifica-se especialmente na diminuição do seu tempo de resposta/reacção, ainda que seja longo.

Uma das maiores diferenças observadas junto do jovem foi a sua expressão corporal, que era praticamente nula e que, aos poucos, aumentou durante as diversas dinâmicas, sendo genuína e adequada.

A nível da comunicação verbal, ainda que o jovem seja ligeiramente não comunicativo, esta comunicação aumentou ligeiramente, em especial com a estagiária e com a RO, mas deve ser ainda promovida.

Não se observaram alterações na regulação social, uma vez que foi sempre apropriada e o jovem, pela sua inibição e postura de observador, manteve a pontuação atribuída.

10. Progressão Terapêutica

No início da intervenção, o João adotou uma postura passiva em relação ao grupo, ao ser observador e ao aceitar todas as propostas realizadas. Na entrada para a sala, procurava encostar-se na parede junto a um canto, geralmente no canto esquerdo, e, em momentos de desconforto começava a recuar e a afastar-se do grupo em direção a esse espaço. No que se refere à relação, não se aproximava dos outros participantes e, durante toda uma sessão, era capaz de falar apenas para a partilha inicial e para a partilha final, adicionando-se alguns momentos em que lhe era pedida uma resposta em relação a algum tema. Com a psicomotricista, que já conhecia, e com a estagiária, que era uma nova figura, em especial durante o primeiro mês, o jovem fixava o seu olhar e seguia-as, mas não interagia, e, se fosse necessário esclarecia as suas dúvidas em relação à atividade de forma muito direta.

Desde cedo, o João mostrou estar empenhado nas atividades e, quando pedido, era capaz de partilhar estratégias com o grupo de forma a resolver problemas. Quando estava muito barulho ou havia muita atividade na sala, ficava retraído e, assim que havia uma diminuição na agitação, fixava o seu olhar numa das terapeutas até que lhe pedissem para falar, e nesse momento partilhava as suas ideias e estratégias. Neste mês de Dezembro, primeiro mês de intervenção, o João foi muito assíduo, mas em semanas seguintes, foi acompanhado por um ou dois elementos do grupo, o que fez com que tivesse uma maior facilidade em conhecer estes elementos, e não se afastou dos participantes durante a sessão.

Em janeiro, e de regresso da interrupção de Natal, o número de participantes nas sessões aumentou e, por isso, foi claro o afastamento do João quando entrava na sala e se deslocava imediatamente para o canto da sala. Foi também neste mês que foi introduzido o jogo do “Polícia e Ladrão” que foi fundamental para a vivência de experiências positivas em grupo e para o início do contacto entre os participantes, uma vez que este jogo exigia a troca de olhares e gestos para a comunicação e alcance do objetivo, que seria encontrar as diferentes personagens do mesmo. Foi com esta atividade que o João começou a interagir com a estagiária que, em modo de brincadeira se aproximava dele e fazia um olhar de forma a perceber o seu papel no jogo. Assim, aos poucos, o João começou a replicar esse olhar nas sessões seguintes e a iniciar um “jogo” com a estagiária, em que contavam pontos a quem fizesse o olhar primeiro. Este mês, e esta atividade, foram

cruciais a nível relacional e expressivo, dado que esta comunicação exigida através de mímica fez com que o João iniciasse esta interação e procurasse este tipo de “brincadeira”.

Pela mesma altura, o João era incapaz de manter contacto físico com os participantes, uma vez que quando era necessário tocar nas mãos dos outros, o jovem limpava e abanava as suas mãos, no entanto nunca recusou a participação e mostrou novamente a sua capacidade de resolução de problemas.

Nos meses seguintes, os participantes do grupo pediram a repetição do jogo do “Polícia e Ladrão” e o João sentiu-se tão confortável que chegou a fazer sugestões de novos personagens, de forma voluntária.

No mês de Fevereiro, o João continuou a estabelecer uma boa relação com a estagiária e, através da troca de olhares, começou a manifestar sorrisos e gargalhadas, sendo este um grande avanço na intervenção. Embora inicialmente os momentos de comunicação verbal fossem poucos, em especial com os pares, e com demora na resposta quando lhe eram colocadas questões, no fim do mês, o adolescente foi capaz de realizar piadas e iniciar o diálogo, ainda que notoriamente desconfortável. Foi também iniciada uma relação de competição para com o EO e mostrou uma maior disponibilidade com todos os membros do grupo.

Notou-se uma mudança de atitude por parte do João no mês de março quando, ao deparar-se com uma atividade que não queria fazer, começou a retirar pele dos seus dedos e a afastar-se do grupo. Ao ser questionado, foi capaz de manifestar o seu desagrado, algo que não havia acontecido anteriormente, e propôs de forma voluntária a alteração da atividade. O adolescente foi capaz de tomar uma postura ativa, tendo em conta as suas necessidades e preferências, e como tal, houve novamente um avanço no projeto terapêutico.

Após esta fase, em abril, o João voltou a inibir-se e demonstrou um aumento nos tremores das suas mãos, no seu tempo de resposta e nos momentos de olhar fixamente para um participante. Esta alteração deveu-se ao reajuste da medicação do jovem, mas, rapidamente se observaram melhorias na interação com os pares e com a estagiária e a psicomotricista. A nível de autorregulação, notaram-se melhorias significativas, uma vez que, no início do acompanhamento, ocorreu um episódio em que o João se sentiu extremamente desconfortável com um toque no seu chapéu, de tal forma, que teve que abandonar a sessão. Passados 4 meses, aconteceu uma situação semelhante com os seus óculos, onde apenas pediu para os ir limpar e retomar a atividade. Tornou-se igualmente evidente a melhoria na relação com a RO, através de atividades em pares e da comunicação livre sem serem colocadas questões ou tarefas que o exigissem.

Em maio, o João voltou a recusar atividades de carácter artístico, ainda que gostasse das mesmas, e, devido à relação estabelecida com a estagiária, sentiu-se confortável para lhe pedir para alterar a atividade ou realizar outra enquanto o grupo pintava. No grupo, não foi capaz de se expressar, ainda que, a estagiária tenha procurado comunicar sobre o assunto na conversa inicial, o que fez com que o João se afastasse do mesmo e se dirigisse para o canto esquerdo da sala. Com

isto, o João regulou muito bem as suas emoções, aguardou até que a estagiária falasse com ele e que decidissem juntos a melhor opção, pelo que, acabou por participar parcialmente na atividade e realizar uma atividade do seu gosto.

Em atividades que exigiram o toque, nas últimas semanas do mês, o João esteve muito bem, sem recorrer à limpeza das mãos ou dos materiais. Neste mês, iniciou-se a preparação para o término do grupo, à qual o João reagiu muito bem. Nesta fase interagiu com o grupo e, mais frequentemente, com a estagiária e com a RO. Foi capaz de fazer brincadeiras relativas às atividades experienciadas e falar tanto sobre si como sobre os pares durante as tarefas, algo que era impossível em dezembro.

No mês de Junho, foram realizadas 2 sessões, destinadas à avaliação formal e à despedida do grupo. Na despedida do grupo, com a decisão conjunta de representar o grupo com gesso, o adolescente fez propostas adequadas, de forma natural e com um envolvimento adequado. A utilização de gesso e este contacto com a sua pele foi muito bem gerido, tanto que, após retirar as mãos do gesso, conseguiu não ir lavar imediatamente e aguardar que os outros participantes também o fizessem, confirmando novamente melhorias a nível da inibição de impulsos e da regulação de emoções em momentos de desconforto.

11. Discussão dos Resultados

Durante os 7 meses de acompanhamento, foram várias as alterações evidenciadas quando comparados os dados obtidos através das avaliações: formal e informal. Os dados qualitativos permitem obter uma visão referente ao comportamento do jovem ao longo do tempo, o que é essencial para a compreensão sobre a eficácia do projeto terapêutico.

O contexto grupal em que o João esteve inserido foi, definitivamente, uma mais-valia para a intervenção, dado que, de forma gradual, aumentou a sua interação com outros adolescentes e foi capaz de integrar este grupo e participar de forma ativa. Santos (2021) refere que a participação em atividades de grupo, junto de adolescentes, é benéfica por facilitar as transformações e acrescentar segurança no contexto, permitindo a interação para troca de ideias e identificação acerca das mudanças e novas experiências. Existem, no entanto, grupos disruptores, que funcionam como impulsionadores de comportamentos antissociais ou de risco, que dão falsas sensações de autonomia e criam falhas no que se refere à responsabilidade, o que eleva a necessidade do contexto terapêutico e da reflexão sobre o projeto de intervenção, de forma a que seja assegurado o bom funcionamento do grupo.

A realização de atividades com a finalidade do aumento da comunicação não verbal foi de extrema importância junto do João, uma vez que, para além de ser inicialmente pouco comunicativo era também pouco expressivo e estas atividades vieram promover ambas as competências. O facto de haver um desconforto inicial, associado a esta comunicação não-verbal, permitiu a vivência da experiência com humor e, com isso, o João aumentou a sua expressão facial e melhorou a relação com o grupo através do jogo.

Considera-se que a relação estabelecida com as terapeutas permitiu a vivência do grupo como um espaço de segurança e partilha onde o jovem se podia expressar e interagir. Com o decorrer do tempo, e com o aumento da disponibilidade do João, a sua sintomatologia diminuiu, nomeadamente a nível dos rituais de limpeza em momentos de desconforto, assim como, a sua exploração da sala com o olhar e os olhares fixos para os diferentes elementos do grupo.

12. Conclusões sobre o estudo de caso

O acompanhamento em psicomotricidade possibilita a vivência de experiências de forma a que lhes seja atribuído um significado e, através da relação terapêutica, é criado um espaço de segurança que promoverá a relação de cada indivíduo com o espaço, com o outro e com o próprio (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). Para os autores, a psicomotricidade oferece um espaço onde o corpo é sentido, visto e pensado, num processo de transformação e descoberta.

A psicomotricidade permite ao adolescente a estruturação da sua relação com o tempo e com o espaço, promovendo também as competências sociais, a autoestima e as representações de si e do mundo externo (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

Num contexto hospitalar, mais concretamente num núcleo de pedopsiquiatria com o projeto do HD, onde ocorre a discussão de casos numa equipa multidisciplinar, é de extrema importância considerar a comunicação e partilha ao longo de todo o processo terapêutico, que são fortes aliados.

Para a intervenção psicomotora com o João, em contexto de grupo, foi necessário um olhar objetivo sobre as suas necessidades, articulando-as com as do grupo em que estava inserido. A intervenção em grupo foi crucial para este caso, não apenas devido ao jovem apresentar um claro isolamento social, mas, também porque, num contexto em que se pode identificar com os pares e há a mediação da interação, é possível vivenciar experiências positivas que motivam a generalização para outros contextos.

O contexto das sessões, a reflexão contínua e a adaptação do projeto terapêutico ao longo do tempo, permitiram a observação de melhorias a nível da regulação emocional, da interação social e da expressão emocional. Por esta razão, é importante que o jovem continue a sua participação no grupo de psicomotricidade.

Através do olhar holístico, característico da psicomotricidade, e da sua capacidade de reflexão sobre o corpo, sobre as sensações e sobre as emoções, esta prática, em saúde mental, é um recurso fundamental. Assim, ao interligar o movimento e o corpo à psique, acontece o aumento da consciência corporal e emocional, dão-se melhorias na regulação emocional e, conseqüentemente, há uma maior disponibilidade para a socialização, uma melhor relação com o corpo e com o mundo.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5 (5th ed.). Climepsi.

- Brooks, B. L., Sherman, E. M., & Strauss, E (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, 16(1), 80-101.
- Faria, H, & Costa, I.P, (2022). Uso das Tecnologias. Antunes, R.(2022) Hiperatividade e Défice de Atenção– Da teoria à prática, (2ª Edição), pp: 163-167. Lisboa. Livros Horizonte;
- Faria, M., Albuquerque, R. P., & Matos, A. R. (2022). Perturbações da Personalidade: Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 8(3), 131-132.
- 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.
- 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.
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La Psychomotricité*. Que Sais-Je. Paris.
- Grilo, B. I. S. (2019). *Prática psicomotora em saúde mental infantil* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp. 581-586;
- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Lisboa: Climepsi.
- Haffen, E. (2014). Le ralentissement psychomoteur: une dimension à (re) découvrir?. *European Psychiatry*, 29(S3), 578-579.
- Korkman, M., Kemp, S. L., & Kirk, U. (2001). Developmental assessment of neuropsychological function with the aid of the NEPSY. In A. S. Kaufman, & N. L.Kaufman, *Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: Psychological*
- Marcelli, D., Braconnier, A., Fonseca, F., Rocha, R., & Ferreira, M. (2007). *Adolescência e psicopatologia*.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: A Quantitative Scoring System* (Manual). San Antonio, San Diego, Orlando, NewYork, Chicago, Toronto: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, INC.
- Oliveira, S., Araújo, L., & Ribeiro, O. (2021). Gravidez tardia no último filho e o seu impacto em trajetórias desenvolvimentais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2(72), 75-87.
- Pires, L. V. B. (2015). *O ambiente terapêutico na prestação de cuidados à pessoa com perturbação da personalidade* (Doctoral dissertation, [sn]).
- Santos, M. D. (2021). Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Identificar, avaliar e intervir*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santana, S. G. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 39(2), 2-15.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.
- Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6(2), 145–153. <https://doi.org/10.1123/apaq.6.2.145>
- Veiga, G. (2022). Corpo e emoção. O papel das intervenções de mediação corporal no bem-estar emocional. In Veiga, G., Fernandes, J., Mira, A. R., & Marmeleira, J. (2022). *Psicomotricidade – reflexões, contexto e mediadores*.

Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção—intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes.

V. Conclusão

O estágio curricular de mestrado foi uma experiência fundamental, tanto em termos de crescimento profissional, como pessoal. Do ponto de vista da estagiária, permitiu a consolidação de conhecimentos teóricos e a vivência da realidade do/da psicomotricista no contexto hospitalar, englobando não só a compreensão sobre o funcionamento de um HD e de um núcleo de pedopsiquiatria, como possibilitando a observação e participação em diferentes momentos da vida institucional.

A nível profissional, esta prática deu ênfase ao papel do/da psicomotricista numa equipa multidisciplinar e junto de diferentes patologias. A existência desta equipa demonstrou o valor da comunicação entre profissionais que, ao partilharem os diferentes pontos de vista, incentivaram à reflexão e aprofundamento de conhecimentos para uma melhor intervenção.

Foi dada à estagiária a oportunidade de observar os diferentes grupos terapêuticos, contribuindo para o entendimento da singularidade do grupo de psicomotricidade, assim como, da população atendida em cada grupo, ou seja, foi possível observar as características de cada adolescente e compreender as escolhas da equipa relativas ao grupo que cada adolescente integrou.

A nível pessoal, o estágio potenciou o autoconhecimento enquanto terapeuta, pela contínua reflexão sobre as competências pessoais e sobre os desafios vividos, que permitiram depreender algumas limitações e fragilidades. Toda esta experiência induziu à análise sobre áreas de maior conforto e/ou dificuldade, que devem ser trabalhadas pela estagiária, não apenas a nível teórico, mas também a nível relacional. Tudo isto valorizou o investimento no terapeuta, e na sua formação pessoal, e intensificou a importância da supervisão. A estagiária desenvolveu, neste período, a capacidade de adaptação e compreensão da necessidade de se libertar dos planos de sessão em determinados momentos, por forma a ir de encontro às necessidades e propostas dos jovens.

No início do estágio, ao adotar uma perspetiva de observadora, a estagiária, não foi tão ativa nas sessões, o que fez com que o começo do estabelecimento das relações fosse demorado. Ao deparar-se, em contexto de grupo, com adolescentes com pouca iniciativa e motivação para a sessão, viu-se crescente a necessidade de ser ativa e interagir com os participantes, e, como tal, a estagiária aumentou a sua atividade e teve um impacto positivo nas relações. As características da população atendida, mais especificamente

com a população adolescente, foram um desafio, devido ao contraste com a expectativa criada, uma vez que, se esperavam características de agitação ou agressividade, e foi totalmente o inverso.

Parte das dificuldades sentidas, a nível prático, deveram-se à comunicação, à postura na entrada para os grupos, uma vez que este foi o primeiro contacto com a população adolescente, e, posteriormente, à imposição de limites por parte da estagiária. Estas dificuldades foram ultrapassadas graças às relações estabelecidas com cada adolescente e foram uma mais-valia para todo o processo terapêutico. Esta experiência relacional veio confirmar os conhecimentos teóricos ao longo de todo o percurso académico e afirmar a beleza e especificidade da prática psicomotora.

Outra dificuldade experienciada focou-se na adaptação da estagiária ao ritmo das diferentes crianças e dos adolescentes, pois era necessário um olhar holístico sobre cada um e uma reflexão sobre as respetivas necessidades. Tornou-se importante a capacidade de afastar as vontades da estagiária e adotar uma abordagem que fosse para si mais fácil, priorizando o ir de encontro ao que cada utente precisava em sessão.

O estágio destacou-se em virtude da atual demanda no que se refere aos cuidados em saúde mental e ficou clara a necessidade de investimento na área, tanto a nível de bibliografia como de técnicas especializadas e instrumentos específicos. Ainda assim, este fator acentuou a importância do/da psicomotricista ter conhecimentos de várias disciplinas e como tal fundamentar a sua prática.

Ao ter em conta as expectativas para o estágio, foram superadas, não apenas em relação à prática psicomotora e aos grupos de psicomotricidade, mas também devido à equipa multidisciplinar exemplar, que priorizou em todos os momentos o bem-estar de todos os seus utentes.

Como conclusão, é urgente o investimento e foco na área da saúde mental, dado o aumento na frequência de dificuldades na população. A prática psicomotora acaba por ser um forte aliado da saúde mental, na medida em que promove o autoconhecimento, a regulação emocional, a consciência corporal e emocional e observa todas as expressões psicomotoras, que não são geralmente verbalizadas.

VI. Referências Bibliográficas

Afonso, N.R., (2022). Intervenção na Psicomotricidade. Antunes, R. (2022). Hiperatividade e Déficit de Atenção– Da teoria à prática, (2ª Edição), pp: 90-92. Lisboa. Livros Horizonte;

Albuquerque, C., & Oliveira, C. P. F. D. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. *Millenium*.

- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, G. (2008). O Contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 11, 59-66.
- Antunes, N. L. (2022). *Sentidos: o grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento*. (6ª Edição). Lisboa. Lua de Papel.
- Almeida, S., Castro, F., Mendes, A., & Pires, P. (2013). Depressão materna e psicopatologia na primeira infância—Classificação diagnóstica DC: 0-3R. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 31-51.
- Alves, M., & Antunes, N., L., (2022). Perturbação Depressiva. Antunes, R.(2022) Hiperatividade e Déficit de Atenção— Da teoria à prática, (2ª Edição), pp: 31-36. Lisboa. Livros Horizonte;
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5 (5th ed.)*. Climepsi.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2017). *Psicomotricidade: Práticas profissionais*. [Brochura]. Retirado a 9 de julho de 2023 de : <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Aucouturier, B. (2007). O método Aucouturier: fantasmas de ação e prática psicomotora. *Aparecida: Idéias e letras*.
- Ballouard, C. (2008). *L'Aide-mémoire Psychomotricité*. Dunod, Paris.
- Barros Bandeira, J., & Rodrigues, V. O. (2021). A importância da psicomotricidade no desenvolvimento infantil. *Caderno Intersaberes*, 10(29), 265-275.
- Berger, M. (2001). *A Criança Instável*. Tradução de Maria Fernandes. Lisboa: Climepsi Editores;
- Braga, A. C. D. C. G. (2011). *Estilos parentais dos pais de crianças com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção* (Doctoral dissertation).
- Branco, M. E. C. (2013). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brooks, B. L., Sherman, E. M., & Strauss, E (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, 16(1), 80-101.
- Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité*. 3a Edição. Masson.
- Carvalho, J. A., Carvalho, M. P., Souza, L. S. A., & Braga, R. M. (2012). TDAH: Considerações sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista científica do ITPAC, Araguaína*, 5(3).
- Coimbra de Matos, A. (2007). *Vária: Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Trilhos Editora.
- Duarte, S. I. F. (2015). *Terapia psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca* (Doctoral dissertation).
- Faria, H, & Costa, I,P, (2022). Uso das Tecnologias. Antunes, R.(2022) Hiperatividade e Déficit de Atenção— Da teoria à prática, (2ª Edição), pp: 163-167. Lisboa. Livros Horizonte;
- Federação Mundial de Musicoterapia (1996). Definição de Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia. Rio de Janeiro: UBAM, Ano I, 2*.
- Fernandes, J., Veiga, G., & Gutierrez Filho, P. (2022). Psicomotricidade e paradigma da complexidade. *Psicologia e Saúde em debate*, 8(1), 363-377. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V8N1A21>
- Ferraz, C. (2021). Psicomotricidade e desenvolvimento humano. *Revista Primeira Evolução*, 1(19), 21-25.

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.

Fonseca, V. (2012a). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos Factores Psicomotores*. Rio de Janeiro. Wak Editora. 2.a edição.

Fonseca, V. (2012b). Préfacio. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1a ed., pp. XIII-XVII). Brasil: Manole.

Fórum Europeu da Psicomotricidade (s/d). Disponível em <https://psychomot.org/efp/history/> (consultado em janeiro 2022)

Gartstein, M. A., & Bateman, A. E. (2008). Early manifestations of childhood depression: Influences of infant temperament and parental depressive symptoms. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 17(3), 223-248.

Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité.

Giromini, F. (2022). Médiation, quand tu nous tiens! Singularité et pertinence des supports thérapeutiques en psychomotricité. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, (2), 4-7.

Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La Psychomotricité*. Que Sais-Je. Paris.

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

Grilo, B. I. S. (2019). *Prática psicomotora em saúde mental infantil* (Master's thesis, Universidade de Évora).

Joly, F. (2021). Pratiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Construction des savoirs et des cliniques. *Perspectives Psy*, 60(4), 347-353.

Joly, F., Boutinaud, J., & Rodriguez, M. (2022). Jeux et médiations dans la clinique psychomotrice. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, (2), 66-68.

Korkman, M., Kemp, S. L., & Kirk, U. (2001). Developmental assessment of neuropsychological function with the aid of the NEPSY. In A. S. Kaufman, & N. L. Kaufman, *Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: Psychological*

Marcelli, D., & Braconnier, A., (2007). *Adolescência e psicopatologia*. (6ª edição). Paris: Elsevier.

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

Matos, M. D., & Simões, C. (2001). Corpo, Psicomotricidade e Comportamento Social. *Progressos em Psicomotricidade*, 159-164.

Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological medicine*, 27(2), 253-260.

Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: A Quantitative Scoring System* (Manual). San Antonio, San Diego, Orlando, New York, Chicago, Toronto: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, INC.

Nascimento, C., (2022). Etiologia – Como e porquê se tem PHDA. Antunes, R. (2022) *Hiperatividade e Défice de Atenção— Da teoria à prática*, (2ª Edição), pp: 31-36. Lisboa. Livros Horizonte;

Onofre, P. S. (1992). Ensaio para um Percurso Histórico do Desenvolvimento da Noção e Prática de Psicomotricidade. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*, (4), 47-49.

Paumel, C. (2021). Contribution de la psychomotricité à l'évaluation et la compréhension des souffrances identitaires à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(6), 274-280.

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien*. Érès.

- 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).
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2001). O ingresso e adaptação de bebês e crianças pequenas à creche: alguns aspectos críticos. *Psicologia: reflexão e Crítica*, 14(1), 81-95.
- Rodriguez, M. (2012). De la place du corps dans les thérapies psychomotrices. *Le Journal des psychologues*, (5), 22-25.
- Salgueiro, E. (2004). Revisitando a hiperatividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 39-54.
- Salgueiro, E. (2021). Educação e Saúde Mental ou Saúde Mental e Educação?. *Revista Interações*, 17(59), 72-77.
- Santos, M. D. (2021). Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Identificar, avaliar e intervir*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629.
- Silva, J. M., & Santos, J. C. (2020). A influência do jogo simbólico no setting psicoterapêutico à luz da psicomotricidade relacional. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), 66-80.
- Silva, M., J., (2022). Perturbações de Ansiedade. Antunes, R.(2022) Hiperatividade e Déficit de Atenção– Da teoria à prática, (2ª Edição), pp: 31-36. Lisboa. Livros Horizonte;
- Stevenson, J. (1992). Evidence for a genetic etiology in hyperactivity in children. *Behavior genetics*, 22, 337-344.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.
- Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6(2), 145–153. <https://doi.org/10.1123/apaq.6.2.145>
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In *Multiple approaches to the study and intervention in stress. Proceedings of the International Seminar*
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 39-48.
- Veiga, G. (2022). Corpo e emoção. O papel das intervenções de mediação corporal no bem-estar emocional. In Veiga, G., Fernandes, J., Mira, A. R., & Marmeleira, J. (2022). *Psicomotricidade – reflexões, contexto e mediadores*.
- Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção–intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes.
- Viana-Cardoso, K. V., & Lima, S. A. (2019). Intervenção psicomotora no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32.

Anexos

Anexo 1 – Exemplo de Plano de Sessão de grupo

Local: Sala de Psicomotricidade	Data: 15.2.2023	Duração: 75 minutos
Público-Alvo: Adolescentes do Hospital de dia (G2- 8 participantes)		
Objetivos gerais: Promover a componente social; Promover a regulação emocional; Promover a coesão de grupo;		
Estratégias gerais: Utilização de linguagem adequada à idade dos utentes; Repetição da instrução; Criar um espaço seguro e contendor;		

	Descrição da Atividade	Objetivos específicos	Estratégias	Tempo	Materiais
Ritual de Entrada	Após encontro entre todos os participantes na sala de espera, estes são encaminhados para a sala de psicomotricidade e devem todos sentar-se numa almofada, em círculo. É realizado um breve diálogo e cada participante deve mencionar três coisas positivas que aconteceram desde a última sessão.	<ul style="list-style-type: none"> - Notar aspetos positivos do quotidiano; - Partilhar acontecimentos e emoções com os pares; 	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar juntamente com os adolescentes; 	10'	-Almofadas;
Ativação Corporal	<p>“Imagens”</p> <p>No espaço da sala, é pedido aos jovens que formem duas equipas. Na sala estarão colocados vários materiais que os adolescentes devem usar para construir as figuras que a terapeuta menciona. Assim, quando a terapeuta menciona um objeto (p.e. casa, carro, pessoa) cada equipa deve tentar realizar a sua construção o mais rápido possível. Ganha a equipa que conseguir fazer a construção mais depressa.</p> <p><u>Variante:</u></p> <p>Em vez de se colocarem os objetos na sala, é atribuído a cada participante um objeto, e como tal, os adolescentes devem criar a representação com todos os objetos da sua equipa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a tomada de iniciativa; - Utilizar estratégias adequadas para o funcionamento em equipa; - Melhorar a capacidade de resolução de problemas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração; 	15'	- Materiais da sala (almofadas, bolas, tapetes, mantas);
Parte Fundamental	<p>“Semáforo do Mata”</p> <p>É pedido aos adolescentes que joguem o jogo do mata, sendo as regras básicas aplicadas (a bola só pode ser atirada para as pernas, para libertar os jogadores é preciso tocar-lhes nas costas). Assim, são demonstradas 3 bolas, uma vermelha, uma amarela e uma verde, que definem a velocidade com que os jovens se podem deslocar. Assim, quando é demonstrada a bola vermelha, os jovens têm que andar muito devagar, a amarela corresponde a normal e a verde a muito rápido. Ganha a equipa que conseguir derrotar todos os elementos da equipa contrária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar ativamente no grupo; - Adequar a tonicidade; - Manter a atenção; - Interagir com os pares; 	<ul style="list-style-type: none"> - Repetir a instrução; 	30'	-4 bolas: 1 azul, 1 amarela, 1 verde e 1 vermelha.
Retorno à calma	Os jovens devem deslocar-se livremente pelo espaço da sala, e a sua velocidade de deslocação deve ir ao encontro do ritmo que a terapeuta faz enquanto bate palmas. Assim, os jovens devem seguir este ritmo variável e, em seguida, seguir as instruções que a terapeuta menciona.	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar estados tónicos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de um tom de voz adequado; 	10'	

Ritual de saída	Sentados no chão, cada um numa almofada, é pedido aos jovens que expressem a sua opinião em relação à sessão, definindo-a em apenas uma palavra e que apontem o que mais gostaram de fazer. O grupo deve realizar a sua despedida especial.	- Atribuir significado à sessão;		10'	- Almofadas;
-----------------	---	----------------------------------	--	-----	--------------

Anexo 2 – Exemplo de Relatório de Sessão Individual

Sessão individual - Diogo

Devido a um atraso na participação no grupo de pais, a estagiária apenas iniciou a sessão com o Diogo 10 minutos após a hora agendada, pelo que, quando esta se aproximou do menino este mostrou-se chateado, no entanto, ao procurar mostrar a sua indignação pegou nas raquetes de pingue-pongue e a estagiária informou que poderiam jogar no fim da sessão, pelo que o menino não se opôs e dirigiu-se para a sala de psicomotricidade.

Ao chegar à sala, e uma vez que o Diogo não estava disponível para uma partilha inicial devido à sua notória agitação, o menino apontou que deveriam explodir um balão, como haviam combinado, pelo que este balão teria o número 5, e assim houve um breve diálogo em relação a este número, que significava o número de sessões com a estagiária antes das férias. De forma a destruir este balão, o Diogo encheu-o, pediu ajuda à estagiária para o prender, planeou a forma de o explodir e dividiu tarefas. Pediu à estagiária para que, em conjunto, construíssem a cadeira que havia já construído numa sessão anterior, apontando os objetos necessários para a ação e em que local deviam ficar. Após a construção, o Diogo sentou-se em cima da mesma, cuidadosamente, de forma a não destruí-la mas a rebentar o balão.

Em seguida, o menino pediu à estagiária para realizar truques com os arcos que estavam na sala, e como tal a estagiária propôs fazer um espetáculo. O Diogo concordou com a sugestão com a condição de ser ele o protagonista, de forma que a estagiária devia adotar o papel de espectadora. Ao sentir que a sua proposta foi aceite, o Diogo ficou muito entusiasmado e pediu à estagiária para não olhar enquanto ensaiava 3 truques que intitulou como “super especiais”. Depois do momento de treino, o Diogo anunciou o início da sua apresentação e procurava impressionar a estagiária com as suas habilidades. Foi notória a espera do menino pelo feedback, no entanto, nesta sessão, o menino pediu à estagiária para ter em seguida o papel de protagonista, mostrando 3 truques.

Na inversão de papeis, o Diogo aguardou calmamente para observar os truques da estagiária e mostrou-se disponível para ajudar caso necessário. Após a observação, o

Diogo deu feedback positivo e procurou aproveitar um movimento da estagiária para o seu próximo truque, valorizando o mesmo. Nesta fase houve como que uma inversão de papéis, em que o Diogo se colocou no papel de observador e diminuiu notoriamente a sua agitação.

Depois do espetáculo, o Diogo pediu para realizar mais alguns truques só que desta vez adicionou o uso de bolas, pedindo a colaboração à estagiária para atirar os materiais. Ao longo de todo o jogo, o menino repetia a questão “estás a ver?” ou “viste o que eu fiz?”, de forma a sentir-se observado e valorizado. Foi também nesta fase que o DA se organizou de forma a atirar os arcos para a estagiária, para treinar. Ao atirar os arcos, os participantes estavam frente a frente, e foi pedido ao Diogo que colocasse o seu arco na mão direita, de forma a atirar para a estagiária ao mesmo tempo que ia receber o outro arco na sua mão esquerda. Foi necessário algum tempo para a integração da informação e certificação em relação aos lados, no entanto o Diogo realizou a atividade com sucesso. Quando se apercebeu do sucesso nesta atividade, pediu para ir mostrar ao pai até que a estagiária esclareceu com o menino que estas atividades eram especiais por serem realizadas na sala de psicomotricidade e por serem feitas por ela e pelo Diogo, o que iria tornar a demonstração ao pai muito diferente.

Ao longo do tempo de sessão ocorreram apenas dois momentos em que o Diogo demonstrou agitação e atirou os arcos com força excessiva, reconhecendo de imediato o que havia acontecido e pedindo desculpa.

No fim da sessão a estagiária lembrou ao menino que podiam ir jogar pingue-pongue, mas o Diogo pediu para fazer truques mais 5 minutos e depois a sessão poderia terminar. Entretanto o Diogo afirmou querer beber água e como tal arrumou os materiais de forma voluntária e deslocaram-se juntos para a copa. Foi ainda possível jogar pingue-pongue, em que o menino teve a oportunidade de experimentar atirar a bola com várias velocidades e diferentes níveis de força, refletindo também sobre o efeito de cada uma destas ações.

Anexo 3 – Exemplo de Relatório de Sessão de Grupo

Sessão do Grupo II - Abril

Na sessão do G2, participaram 3 adolescentes, sendo esses, a MIL, o João e a RO, 1 psicomotricista e 1 estagiária de psicomotricidade. Quando os adolescentes chegaram à sala de espera, mostraram-se desanimados e não interagiam entre si, sendo necessário a psicomotricista e a estagiária iniciarem e incentivarem a conversa. Foi desde logo que a RO revelou que a sua semana havia sido má como a anterior, mas recusou-se a partilhar mais do que esta informação. A MIL adotou uma postura de observadora, com pouca interação com o grupo e o João ficou em pé, afastado do grupo, recusando juntar-se ao mesmo quando proposto.

Na entrada para a sala, a MIL foi imediatamente buscar uma bola vermelha e limitou-se a brincar sozinha com a mesma, enquanto os restantes participantes preparavam a sala com as almofadas para o diálogo inicial. Neste diálogo, cada adolescente partilhou uma coisa positiva da semana, havendo a negação inicial habitual.

Dada a pouca disponibilidade, a psicomotricista questionou os adolescentes em relação ao que gostariam de fazer, não sendo realizado o plano estruturado. A RO teve iniciativa e propôs o jogo “batatinha frita”, em que é lançada uma bola entre os participantes e quando um deles diz “queimou” o participante que tem a bola perde. Todos os participantes concordaram com o jogo e foram introduzidas variantes relativas ao membro utilizado para atirar/segurar a bola. O jogo decorreu de forma organizada, havendo momentos de riso e descontração, melhorando o humor dos jovens.

A MIL procurou sempre ficar deitada nos momentos em que perdia, limitando-se a apanhar sol e a esperar que o jogo terminasse, pelo que se retirava da interação. O João foi competitivo, não apenas neste jogo mas em toda a sessão, e procurou interagir com as terapeutas, notaram-se também vários momentos de expressão facial. A RO investe sempre nas atividades, ainda mais nas que propõe, e por isso conseguiu interagir através do jogo e diminuir a sua inibição.

Em seguida, a estagiária propôs um jogo de guerra, partindo da mesma ideia de utilizar a bola como “bomba”, propondo então que os participantes fossem divididos em 2 equipas, que deveriam jogar a bola entre si, como se fosse voleibol (atividade esta que a MIL gosta), e, após ser colocada uma música, quando esta parasse, era retirada uma almofada do forte da equipa que tivesse a posse da bola. Vale acrescentar que as almofadas foram divididas de igual forma e cada equipa tinha 6. Dado que a

psicomotricista ficou com a função da música, as equipas definidas foram: RO e João; MIL e estagiária.

Neste jogo, o João foi muito competitivo, observando-se até impulsividade no gesto e pouca noção da força que realizava. Este jovem apresentou muita atenção na tarefa, estando completamente investido na mesma.

Quando o jogo estava calmo, a estagiária aproximou-se das almofadas da equipa contrária e roubou três almofadas. Ao ver isto, o João roubou todas as almofadas da equipa da estagiária, e a MIL procurou defender estes materiais. A RO e o João estabeleceram em conjunto uma estratégia para proteção e ataque, dividindo tarefas e colaborando de forma apropriada. A MIL e a estagiária focaram a sua atenção na recuperação das almofadas e em roubar outras, trabalhando as duas para o mesmo objetivo.

A atividade de guerra acabou por alterar-se naturalmente, e permitiu o aumento da interação e o trabalho em equipa. Acabou quando os participantes estavam cansados e assim a estagiária informou que podiam deitar-se no chão e descansar, sentindo o frio do mesmo nas diferentes partes corporais.

Após ser dado algum tempo para respirar e descansar, e passando já da hora de saída, foi pedido aos adolescentes que realizassem a despedida especial, mas que antes dessem sugestões relativas às atividades a realizar na seguinte sessão, sendo proposto o jogo do UNO. Cada elemento do grupo criou uma forma de despedida diferente, pelo que a RO e o João acabaram por utilizar até materiais da sala, sendo esta a primeira vez em que se sentiram confortáveis para tal.

Todos evidenciaram que a sessão melhorou o seu humor e que iam embora melhor do que aquilo que estavam quando entraram no hospital. As palavras para definição da sessão foram: divertida, desportiva e banho (dado o calor sentido e o conseqüente suor).