Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

Intervenção psicomotora na Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência: Dois estudos de caso

Ana Sofia Passos Andrade Silva

Orientador(es) | Guida Veiga

Maria Rosa Torres Esquina

Évora 2022

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

Intervenção psicomotora na Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência: Dois estudos de caso

Ana Sofia Passos Andrade Silva

Orientador(es) | Guida Veiga

Maria Rosa Torres Esquina

Évora 2022

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

Presidente	|	Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora)
Vogais	|	Gabriela Almeida (Universidade de Évora) Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2022

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós,
deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint- Exupery

Agradecimentos

A realização de todo o estágio e do presente relatório só foi possível por existirem pessoas que ao longo desta jornada me ampararam incondicionalmente, a eles quero deixar umas palavras.

Começo por agradecer à avó Maria que é minha rosa, a mais bonita e cheirosa do meu jardim, a pessoa com a voz mais doce e que sempre me acarinhou muito. A ti avô Bonito que, entretanto, foste embora, só te tenho a agradecer por todas as aprendizagens. Também quero chegar aos 99 anos com toda a tua vitalidade. Amo-te tanto e sinto tanto a tua falta avô. Vou continuar a falar de ti, da tua idade, da tua energia e dos teus lindos olhos azuis. Eras o meu cravo como a avó dizia que, entretanto, se transformou numa oliveira que eu quero ver crescer, abraçar e conversar. Esta tese é em vossa homenagem avós!

Aos meus pais e às minhas irmãs, que foram excecionais, sabiam o quanto me custava estar longe de casa e por isso fizeram os possíveis e impossíveis para que nunca me sentisse sozinha.

Ao meu namorado que é um doce, que me transmitiu muita força, mostrou-me várias vezes o melhor caminho e que esteve sempre disponível para ouvir todas as histórias que tinha para contar.

À professora Guida Veiga por ser tão prestável, por fornecer todas as ferramentas e conhecimentos, mostrar entusiasmo pelas minhas partilhas e por dizer as palavras certas no momento certo.

A toda a equipa da Unidade de pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, pela integração tão amável, disponibilidade e partilha de conhecimentos.

À minha colega de estágio, Joana Elias, pois o sucesso do estágio deve-se muito ao nosso trabalho em equipa, tirávamos muitas dúvidas, partilhávamos ideias, e apoiávamo-nos mutuamente.

A todas as crianças que estiveram comigo e que sem saberem aumentaram a minha paixão pela psicomotricidade.

Resumo

Intervenção Psicomotora na Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência: Dois estudo de caso

O presente relatório, realizado no âmbito do estágio em Psicomotricidade, tem como principal objetivo descrever as experiências e atividades desenvolvidas na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta. Serão apresentados dois estudos de caso, de forma detalhada, com enquadramento no Mutismo Seletivo e na Patologia Limite da Personalidade. O acompanhamento de um estudo caso foi realizado através de intervenção individual e outro através de intervenção grupal. Como tal será realizada uma revisão teórica de suporte ao caso, avaliação inicial, formulação das hipóteses explicativas, realização e aplicação do programa de intervenção (i.e., definição de objetivos, estratégias, sessão-tipo, etc.), progressão terapêutica e respetiva avaliação.

No contexto de saúde mental infantojuvenil a terapia psicomotora, permite que a criança e o adolescente expresse os seus pensamentos, medos e emoções, através de várias formas de comunicação, facilitando a vivência harmoniosa entre o corpo e o psiquismo por meio de atividade de cariz educativo e terapêutico.

Palavras chave: Psicomotricidade; Saúde Mental; Mutismo Seletivo; Patologia Limite da Personalidade.

Abstract

Psychomotor Intervention in the Child and Adolescent Pedopsyachiatry Unit: Two case study

This report, carried out within the scope of the internship in Psychomotricity, has as its main objective to describe the experiences and activities developed in the Pedopsychiatry Unit of the Hospital Garcia de Orta. Two case studies will be presented, in detail, within the framework of Selective Mutism and Borderline Personality Pathology. The follow-up of a case study was carried out through individual intervention and the other through group intervention. A theoretical review will be carried out to support the case, initial assessment, formulation of explanatory hypotheses, implementation and application of the intervention program (ie, definition of goals, strategies, session-type, etc.), therapeutic progression and respective evaluation.

In the context of children's mental health, psychomotor therapy allows the child and the adolescent to express their thoughts, fears and emotions through various forms of communication, facilitating the harmonious living between the body and the psyche through an educational activity and therapeutic

Keywords: Psychomotricity; Mental Health; Selective Mutism; Borderline Personality Pathology

Índice

Introdução 1
CAPÍTULO I. Enquadramento Teórico da Prática Profissional 3
1. Caracterização da Instituição 3
2. Psicomotricidade 4
2.1 A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil 4
2.2 Metodologias de Intervenção Psicomotora 5
3. Contextualização clínica da Intervenção 8
3. 1 A Vinculação 8
3.2 Mutismo Seletivo 10
3.3 Patologia Limite da Personalidade 11
3.4 Perturbação do Comportamento 12
CAPÍTULO II. Caracterização da Prática Profissional 13
1. Objetivos e atividades de estágio realizadas 13
1.1 Calendarização e horário das atividades de estágio 13
1.2 Atividades Complementares ao Estágio 15
1.3 Intervenção psicomotora no local de estágio 15
2. Processo de avaliação e Intervenção Psicomotora 17
3. Descrição dos casos avaliados individualmente 18
CAPÍTULO III. Estudos de Caso 28
1. Estudo caso I 28
2. Estudo Caso II 50
CAPÍTULO IV. Conclusão 70
CAPÍTULO V. Referências Bibliográficas 71
ANEXOS 77

Índice de Tabelas

Tabela 1- Calendarização das atividades realizadas no estágio 14
Tabela 2- Horário semanal do estágio 14
Tabela 3- Descrição instrumentos de avaliação aplicados ao longo do estágio 17
Tabela 4- Objetivos terapêuticos grupo latência meninos 22
Tabela 5- Objetivos terapêuticos grupo latência misto 23
Tabela 6- Objetivos terapêuticos grupo latência meninas 24
Tabela 7- Objetivos terapêuticos grupo adolescentes misto 25
Tabela 8-Caracterização dos grupos acompanhados 26
Tabela 9-Avaliação Inicial Dap 32
Tabela 10- Avaliação Inicial ICCP 34
Tabela 11-Avaliação Inicial CDI 35
Tabela 12- Avaliação Inicial SCARED-R 35
Tabela 13-Perfil Intra- Individual 39
Tabela 14- Tabela Objetivos Terapêuticos 40
Tabela 15- Comparação Avaliação Inicial e Final DAP 46
Tabela 16- Comparação Avaliação Inicial e Final SCARED-R 47
Tabela 17- Avaliação Inicial DAP 53
Tabela 18- Avaliação Inicial ICCP 54
Tabela 19- Perfil Intra- Individual 59
Tabela 20- Objetivos Terapêuticos 60
Tabela 21- Comparação Avaliação Inicial e Final do DAP 66
Tabela 22-Comparação Avaliação Inicial e Final do ICCP 66

Índice de Figuras

Figura 1- Avaliação Inicial BPM 32
Figura 2- Avaliação Inicial MABC-II 33
Figura 3- Comparação Avaliação Inicial e Final BPM 46
Figura 4- Avaliação Inicial BPM 54

Índice de Anexos

Anexo I- Grelha de Observação Psicomotora (Adaptada) LXXVIII
Anexo II-Estudo Caso I – Avaliação DAP LXXXV
Anexo III-Estudo Caso II – Avaliação DAP LXXXVI
Anexo IV- Exemplo plano e relatório de sessão da M LXXXVII
Anexo V- Exemplo de plano e relatório de sessão do I LXXXIX

Lista de Abreviaturas

BPM- Bateria Psicomotora

CARS- The Childhood Autism Rating Scale

CDI- Children's Depression Inventory

DAP- Draw a Person

DSM-V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HDTP- Hospital de dia a tempo parcial

HGO- Hospital Garcia de Orta

ICCP- Inventário de comportamento da criança para pais

MABC-II- Movement Assessment Battery for Children

MS- Mutismo Seletivo

OMS- Organização Mundial de Saúde

Q.I.- Quociente de Inteligência

SCARED-R- Screen for Child Anxiety Related Emotional Disord

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito do estágio curricular, integrado no 2º ano do plano curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. O estágio foi realizado no ano letivo 2018/2019, na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, na área de saúde mental infantojuvenil. A realização do estágio pretende estimular o domínio do conhecimento no âmbito da Psicomotricidade, a nível científico e metodológico, de modo a promover a capacidade reflexiva multidisciplinar e a capacidade de planeamento.

Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade (EFP, 2019), a psicomotricidade defende uma visão holística do Ser Humano, e considera as interações corporais, cognitivas, emocionais e simbólicas no desenvolvimento do indivíduo, mediante um contexto biopsicossocial. De acordo com Fonseca (2005), a psicomotricidade é um campo transdisciplinar que se dedica ao estudo das relações e influências entre o movimento e o psiquismo, considerando sempre o ser humano como um todo. Para João dos Santos, a psicomotricidade resume-se à expressividade da vida psíquica através do comportamento. Segundo este, é a partir da motricidade que se manifestam os impulsos, emoções, sentimentos e os pensamentos, que fazem parte do substrato da vida psíquica (Branco, 2010). A intervenção psicomotora é uma técnica de mediação corporal que proporciona diversas experiências que facilitam a expressão da realidade interna e externa do indivíduo, através do corpo em movimento (Costa, 2008; Vidigal, 2005).

A terapia psicomotora em saúde mental infantojuvenil, tem como propósito a análise e resolução do conflito de crianças e jovens através de uma vivência harmoniosa entre o corpo e o psiquismo (Martins, 2001). Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2013), a psicomotricidade numa equipa multidisciplinar e num contexto de saúde mental infantojuvenil visa avaliar o desenvolvimento global do indivíduo, tendo em conta o seu contexto familiar, social e escolar. A intervenção psicomotora irá atuar sobre a personalidade de crianças e jovens, através de atividades de cariz educativo e terapêutico. De modo a promover aprendizagens verbais e não verbais, estimular o desenvolvimento motor, psicoafetivo, cognitivo e social (Almeida, 2005; Fonseca, 2005).

O relatório de estágio expõe o trabalho realizado ao longo do ano letivo. Neste será feito um relato pormenorizado de toda a experiência vivenciada, isto é, será realizado um balanço das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como uma fundamentação teórica e prática que apoie as escolhas adotadas.

Deste modo, no primeiro capítulo- Enquadramento Teórico da Prática Profissional, será realizada uma caracterização da instituição. De seguida será abordada a psicomotricidade em saúde mental e as metodologias de intervenção adotadas, nomeadamente a intervenção individual e de grupo, o jogo, as atividades expressivas e a relaxação e, por fim, haverá uma contextualização clínica de algumas das patologias acompanhadas. No segundo capítulo- Caracterização da Prática Profissional, será colocado em evidência todo o processo de intervenção, tal como as atividades realizadas ao longo da intervenção. Assim, serão abordados os objetivos e as atividades desenvolvidas, as etapas da intervenção e ainda uma breve descrição dos casos acompanhados. No terceiro capítulo - Estudos Caso, serão abordados de forma detalhada dois estudos caso que foram alvo de acompanhamento, nomeadamente plano de avaliação, os resultados das avaliações iniciais, os elementos critério e as hipóteses explicativas, o perfil intra- individual, o projeto pedagógico-terapêutico, a progressão terapêutica e uma comparação da avaliação inicial e final. No quarto capítulo será apresentada uma conclusão em forma de análise crítica sobre todo o estágio e sobre as aprendizagens adquiridas, permitindo identificar os resultados associados aos benefícios da intervenção psicomotora.

CAPÍTULO I. Enquadramento Teórico da Prática Profissional

1. Caracterização da Instituição

O Hospital Garcia da Orta **(**HGO) é uma entidade empresarial de caracter público criado há cerca de 30 anos, é classificado como Hospital Central e dá resposta a 350 mil habitantes, maioritariamente dos concelhos de Almada e Seixal (HGO, 2019). Em 2003 foi inaugurada a Unidade de Pedopsiquiatria, situada na Cova da Piedade e constituída por uma equipa multidisciplinar de pedopsiquiatras, Psicólogos, Assistente Social, Educadora de Infância e estagiários das áreas de psicomotricidade, psicologia e musicoterapia.

A Unidade de Pedopsiquiatria tem como objetivo realizar o diagnóstico e consequente tratamento de perturbações de carater emocional e comportamental, bem como outras patologias do foro psiquiátrico de crianças e jovens de idades compreendidas entre os 0 anos e os 18 anos exclusive (HGO, 2019).

O Projeto da Área de Dia foi desenvolvido em 2009, com o intuito de dar resposta às dificuldades que eram verificadas nas consultas individuais de psicoterapia. A crianças entre os 6 e os 10 anos, com alterações de comportamento, dificuldades de simbolização e de mentalização, com consequências ao nível familiar e escolar. Neste projeto existem 3 grupos, o grupo das meninas (composto por 4 elementos), o grupo dos meninos (composto por 4 elementos) e o grupo misto (comporto por 7 elementos), uma novidade no projeto criado no início do estágio. Esta intervenção tem uma periodicidade semanal e dispõem de dois ateliês, o de expressão plástica e o de psicomotricidade (Esquina, et al., 2012).

O Hospital de Dia a Tempo Parcial para Adolescentes (HDTP), foi criado e desenvolvido ao longo do estágio (2018/ 2019) e destina-se a adolescente com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. O HDTP é uma opção para adolescentes em absentismo escolar, que apresentam comportamentos de instabilidade emocional, dificuldade nas relações interpessoais e/ ou alterações comportamentais, nomeadamente, perturbação da ansiedade, perturbação do humor, perturbação do comportamento alimentar e perturbação da personalidade. Estes programas dispõem de 3 ateliês (musicoterapia, atelier criativo e psicomotricidade), sendo que, os adolescentes podem frequentar os 3 ateliês, ou caso se considere mais adequado, ter uma frequência menos intensiva.

2. Psicomotricidade

2.1 A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil

Conforme a Organização Mundial de Saúde [OMS] a saúde mental não compreende apenas a ausência de doença mental, mas também um estado de bem-estar físico, mental e social. As perturbações mentais em crianças e adolescentes são uma constante, porém, são frequentemente mal compreendidas, sendo caracterizadas como pouco esforçadas ou preguiçosas. Assim sendo, a OMS alerta para a necessidade de serem criadas intervenções eficazes para as crianças e jovens (OMS, 2015).

A intervenção psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil apresenta um cariz preventivo e terapêutico, que visa contribuir para o crescimento global do indivíduo e para a promoção da saúde e da qualidade de vida, através da promoção das seguintes vertentes: cognitiva (atenção, concentração, memória, organização percetiva e simbólica); expressão verbal (dimensão: fonológica, semântica, sintática e pragmática); psicoafectiva (expressão de afetos e de situações em que não há recurso à palavra); social (desenvolvimento de competências pessoais e sociais) e motora (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, organização espácio temporal, motricidade global e fina) (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2013). A psicomotricidade procura compreender as manifestações corporais e as suas significâncias, para tal a intervenção é flexível e adaptável as particularidades de cada indivíduo (Maximiano, 2004). Segundo Almeida (2005), na intervenção psicomotora o psicomotricista deve dar especial ênfase à vertente relacional, e começar por atuar nos núcleos psicoafectivos e emocionais e só depois no núcleo cognitivo.

A sala de psicomotricidade caracteriza-se por ser um espaço propício à brincadeira e ao jogo espontâneo, em que o psicomotricista procura observar, escutar e sentir de forma a melhor compreender a evolução do caso, nomeadamente a sua elaboração mental, que frequentemente chega desorganizada e aos poucos se organiza e estrutura (Almeida, 2005; Llinares & Rodríguez, 2008). A atitude do psicomotricista deve ser o menos diretiva possível, para que a criança tenha a possibilidade de expressar livremente o seu mundo interior, tendo como agente securizador o psicomotricista. Para tal, o psicomotricista através da mediação corporal faz uso da expressão plástica, motora, sonora, verbal e escrita (Aucouturier & Lapierre, citados em Almeida, 2005).

As indicações terapêuticas são diversas devido aos vastos benefícios que a intervenção psicomotora oferece. Porém as perturbações que mais beneficiam de psicomotricidade em saúde mental são, crianças com dificuldades de planeamento

motor, instabilidade psicomotora (inibição ou agitação), problemas de imagem e de limites corporais, problemas de comunicação não verbal ou de representação simbólica, dificuldades de aprendizagem, perturbação do espetro do autismo, perturbação do desenvolvimento, perturbações da linguagem, perturbações do comportamento, perturbações de vinculação, perturbações de ansiedade (Almeida, 2005; Ballouard, 2008; Joly, 2007).

2.2 Metodologias de Intervenção Psicomotora

2.2.1 A intervenção individual

Na maior parte dos casos a indicação terapêutica para uma intervenção individual surge devido à dificuldade de separação da criança. Quando existe uma relação satisfatória com os progenitores a criança separa-se facilmente, é autónoma e segura. Porém crianças que não tiveram esta relação satisfatória, apresentam medo de estar com os outros e sentem-se fragilizadas quando estão sozinhas (Costa, 2017). Desta forma é importante que a sessão de psicomotricidade seja associada a um momento de prazer para que a criança queira regressar à sessão.

São encaminhadas para uma intervenção individual crianças/ jovens com dificuldades de separação; com muitas dificuldades de comunicação e de relação, de tal forma que a aproximação aos pares pode parecer ameaçadora; grande discrepância entre uma criança e outra (capacidade prática, de simbolização e psicológicas, comunicação verbal e não verbal); que foram vítimas de abusos sexuais; com perturbações graves de conduta, nomeadamente grande hostilidade, agressividade e agitação (Costa, 2017).

2.2.2 A intervenção em grupo

A intervenção em grupo permite trabalhar vários objetivos terapêuticos que dificilmente seriam alcançados numa intervenção individual. Desta forma, numa dinâmica de grupo surgem diversas situações que posteriormente podem ser trabalhadas pelo terapeuta.

A intervenção em grupo possibilita: o desenvolvimento pessoal e social; a promoção da capacidade expressiva, a criatividade, a iniciativa e a espontaneidade; a formação de opiniões e atitudes; a capacidade de resolver problemas; o surgimento de diversas sugestões de atividades; uma maior variedade nas diferentes formas de utilização dos materiais; a ocorrência de diversas situações- problema; a ocorrência de situações de conflito e agressividade e a gestão da mesma; fortalecer o autocontrolo e estimular o tempo de concentração na tarefa; reduzir a impulsividade e a instabilidade psicomotora, com recurso a atividades que permitem a descontração; a expressividade

simbólica e exteriorização dos medos, inquietações, etc.; a reparação narcísica, fortalecer a autoestima e reconstruir a imagem corporal; estimular a mentalização e a consciencialização das suas áreas fortes e a desenvolver; determinar regras e limites (Costa, 2011; Costa, 2017).

2.2.3 O jogo

O jogo é uma das formas mais comuns de comportamento durante a infância (Neto, 2004). A intervenção psicomotora utiliza o jogo como mediador da ação, numa perspetiva relacional (Ajuriaguerra, 1962), solicitando o corpo real e o corpo imaginário com vista a estruturação e desenvolvimento psicomotor.

Para Piaget (1998) o jogo é imprescindível ao desenvolvimento da criança, uma vez que através deste são desenvolvidas atividades intelectuais, fundamentais à aprendizagem. Por meio do jogo a criança tem acesso à sensoriomotricidade, à cognição, aos desejos e prazeres (Golse, 2006). A utilização do jogo permite que a criança desenvolva a consciencialização do próprio corpo, isto é, que tome noção do seu espaço interior e que trabalhe na descoberta progressiva do EU, enquanto que paralelamente descobre o espaço externo (Jaricot, 2006). É através do jogo espontâneo que a criança se expressa por meio de metáforas corporais, o jogo permite explorar não só situações subjetivas, mas também criar e recriar a subjetividade e orienta para a descoberta de novas formas de se relacionar consigo e com o outro, nomeadamente com o psicomotricista (Fernandes, Gutierres Filho e Rezende, 2018). Para tal é necessário o estabelecimento de uma relação que seja previsível, que transmita segurança, confiança e que exista uma intimidade afetiva (Coimbra de Matos, 2016). É valorizada a intervenção na qual a criança possa desenvolver a iniciativa, a curiosidade, a criatividade e o gesto espontâneo (Costa, 2008). Só assim será possível a criança criar e desenvolver atividades mediante as suas necessidades emocionais e psicoafectivas (Fernandes, Gutierres Filho e Rezende (2018).

A participação e escuta do psicomotricista em relação às atividades que a criança desenvolve permite que esta experiencie o ser autónoma, eficaz e que desenvolva a sua confiança. Além do mais, ao serem realizadas atividades desejadas pela criança é trabalhado paralelamente os sentimentos de valorização. Através do jogo ocorre o desenvolvimento do pensamento, pois a criança ao brincar da forma que deseja esta a atribuir significados a objetos, e assim a promover a capacidade de criar e recriar (Fernandes, Gutierres Filho e Rezende, 2018). Neste seguimento, as sensações ao serem

emocionalmente partilhadas, são com mais facilidade assimiladas, compreendidas e simbolizadas, ajudando assim a dar significado às vivencias da criança.

2.2.4 Atividades Expressivas

Ao longo das intervenções foram utilizadas diferentes atividades expressivas, nomeadamente a expressão plástica, expressão musical e a dança. As atividades expressivas permitem a projeção dos conflitos internos, possibilitando a libertação emocional nomeadamente, angústias e medos (Aragão, 2005). Facilitam a manifestação de pensamentos e sentimentos, e permitem o estabelecimento de uma aliança terapêutica sem que seja obrigatório o uso da comunicação verbal.

A expressão plástica oferece a possibilidade da criança/ jovem experimentar novos materiais, através de descobertas sensoriais. Assim, a criança/ jovem começa a depositar nos seus trabalhos o seu mundo interno e a revelar a sua realidade, paralelamente trabalha as suas habilidades motoras e criativas (Gabely & Vimenet, 1976). Estas atividades facilitam a aquisição da autonomia. Conforme a criança/ jovem ultrapassa as suas dificuldades, começa a ter iniciativa de escolher os materiais necessários para o seu trabalho e aprende a justificar as suas escolhas (Ribeiro, 2013).

A expressão musical favorece o desenvolvimento da sensibilidade, criatividade, imaginação, sentido rítmico, memória, concentração, atenção, socialização e afetividade (Bréscia, 2003). Atividades com música potencializam o desenvolvimento a nível psicomotor, cognitivo/ linguístico e sócio-emocional (Barreto, 2000).

A dança é uma forma de expressar e interpretar sentimentos e ideias, através de diferentes formas de movimentos (Lobo & Winsler, 2006). Através deste mediador é possível estimular o desenvolvimento psicomotor, melhorar a estruturação espaço-temporal, o esquema corporal, a lateralidade e a tonicidade. Paralelamente potencializa a imaginação, a socialização e ajuda na elaboração de ideias e na descoberta de si (Padovan, 2010).

2.2.5 A relaxação

A relaxação pode ser explicada como a ação pela procura do equilíbrio orgânico, é considerada um meio de intervenção terapêutica, que tem em vista a pacificação dos conflitos e das tensões físicas e/ou emocionais, por meio da libertação integral da unidade da pessoa (Costa, 2008). Procura não só reduzir a contração muscular, mas também despoletar um estado de repouso e calma reparadora, que resulta na integração da corporalidade de modo a dar resposta às exigências da atualidade. Existem métodos de relaxação que têm como base a fisiologia muscular- que pretendem a

consciencialização da diferença entre a relaxação e a contração que ocorre no mesmo grupo muscular, e outros têm como referência a concentração mental (Costa, 2008).

Conforme Bergès e Bounes (1985) uma das funções essenciais da relaxação prende-se com o conhecimento do próprio corpo. Sendo assim possível conter e demarcar o "envelope corporal", fazer a distinção entre o dentro e fora e localizar o corpo real por forma de assimilar o espaço agido e representado.

Segundo Martins (1990) em resultado às experiências vivenciadas na relaxação, o indivíduo passa a habituar-se as oscilações tónicas, a controlar as crises tónicas relacionadas com a sua história emocional e consequentemente passa a ter um melhor conhecimento de si. De acordo com o mesmo autor a relaxação tem como finalidade a aquisição de uma descontração reparadora, que facilita a anulação de tensões desnecessárias, permite o aperfeiçoamento das habilidades vitais, a descoberta do próprio corpo e a obtenção de um estado de calma psíquica que orienta um melhor autocontrolo. Além disso e por ser um estado próximo do sono, permite solucionar problemas a ele relacionados.

Auriol (1985) aborda outros benefícios tais como: diminuição de sentimentos de pessimismo e depressão; promoção das capacidades de concentração; promoção do autocontrole, vigilância e capacidade de antecipar a ação; melhor perceção do corpo e postura; desenvolvimento da consciência que estimula a criatividade e sentimentos de paz e serenidade, e por fim, aumento da higiene física e mental, despoletando um controle emocional e da impulsividade.

3. Contextualização clínica da Intervenção

3. 1 A Vinculação

O conceito de vinculação vem a ser alvo de interesse e estudo desde meados do século XX. Para Bowlby (1982) a vinculação traduz um comportamento instintivo por forma de garantir a sobrevivência do indivíduo. Por norma a primeira relação afetiva ocorre entre a mãe e o bebé e é essa que irá servir de modelo para as relações futuras. É por meio dos comportamentos inatos como chorar e sorrir, que o bebé irá realizar a gestão da proximidade com a figura que presta os cuidados. De acordo com o autor, a vinculação trata-se de um sistema motivacional que deve ser complementar ao sistema exploratório e que tem como finalidade o auxílio e reconforto da criança.

A intervenção de Ainsworth (1967) é fundamental no sentido que vem complementar a definição realizada por Bowlby (1982). Neste sentido a autora considera que a vinculação abarca um conjunto de ligações afetivas que devem ser

persistentes, emocionalmente significativas, deve envolver uma figura específica, refletir uma atração de um indivíduo por outro, existir sentimentos de segurança associados e demostração de agitação após a separação. Deste modo, a figura de vinculação detém o papel de "base segura", assegurando a proteção da criança sempre que necessário.

Através do Paradigma da Situação Estranha, é possível classificar a díade entre a criança e a figura de vinculação, assim podem ser considerados quatro tipos de vinculação: segura, insegura-evitante, insegura- ambivalente e desorganizada (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978 cit. in Silva, 2010; Main, 1981). O desenvolvimento favorável da vinculação é considerado um aspeto relevante em saúde mental, ao qual Bowlby (1982) coloca a hipóteses de que diferenças na prestação de cuidados desencadeiam consequentemente diferenças na qualidade da vinculação. Esta hipótese foi depois aprofundada por Ainsworth (1978, cit. in Gosselin, 2000) a partir do conceito de "sensibilidade materna", mediante a autora a sensibilidade de resposta que o prestador de cuidados oferece aos sinais da criança ao longo do primeiro ano de vida, estão intimamente relacionados com a qualidade da vinculação. Deste modo, uma resposta eficiente do prestador de cuidados aos sinais da criança resulta numa vinculação segura, e quando exposta à Situação Estranha a criança apresenta menos comportamentos mal adaptativos (choro exagerado e uma exploração empobrecida). Pelo contrário quando a resposta oferecida pelo prestador de cuidados não é tão eficaz (ex: atraso na resposta aos sinais da criança) desenvolve-se um tipo de vinculação insegura. Por último, contextos familiares marcados por comportamentos parentais assustadores e confusionais são associados a uma vinculação desorganizada (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999).

Para que o processo de vinculação seja alcançado de forma benéfica é fundamental o trabalho da área cognitiva da criança, pois só assim esta conseguirá manter na memória a figura vinculativa mesmo na sua ausência. A partir da elaboração das representações mentais da figura de vinculação, a criança irá estabelecer um modelo interno da figura vinculativa e de si mesma, elaborando paralelamente expetativas acerca da disponibilidade e comprometimento dessa figura (Bowlby, 1990). Estas representações mentais são abordadas por Bowlby (1993) por Modelos Internos Dinâmicos, que resumidamente funcionam como guias para interpretar acontecimentos interpessoais.

Diferentes tipos de vinculação resultam consequentemente em diferenças nas competências pessoais e na construção do Self. Assim sendo, uma vinculação insegura é caracterizada por um funcionamento problemático, nomeadamente ao nível socio-emocional, dificuldades na relação com o outro ocorrendo (demasiadas disputas ou dependência, vitimização, rivalidade e punição), e na construção do Self (alterações de humor, sintomatologia depressiva e ansiosa, isolamento e comportamentos agressivos). Por outro lado, uma vinculação segura é marcada por melhores competência a nível pessoal (grande autoestima e capacidade cognitiva), na relação com os pares manifestam sentimentos de empatia e de resolução de conflitos, bem como maior obediência às regras e autonomia (Soares, 2002; Sroufe, 2005).

3.2 Mutismo Seletivo

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), o Mutismo Seletivo (MS) é explicado como uma incapacidade constante em falar em determinadas situações, especialmente sociais, em que existe uma certa expetativa sobre a criança (por exemplo, na escola). No entanto, esta dificuldade não se manifesta em todos os contextos, como por exemplo em ambiente familiar em que a criança é capaz de estabelecer diálogo com os pais e elementos mais próximos. O MS é mais comum no sexo feminino, e atinge cerca de 1% da população (Krysanski, 2003).

O MS é caracterizado pela inexistência de linguagem verbal em meios onde ela é socialmente esperada, nomeadamente na escola. Ainda assim apesar de a criança não utilizar a linguagem verbal em alguns contextos utiliza noutros, como em casa junto da família. A criança com MS não tem qualquer controlo sobre esta dificuldade, que é a consequência da manifestação da ansiedade extrema que ocorre quando a criança esta perante certos contextos sociais, pois a ansiedade social é considerada uma componente importante desta patologia. A maioria das crianças desenvolveM o MS na entrada para a escola, e a sua origem não é derivada da exposição a acontecimentos traumáticos. Deste modo o MS afeta negativamente a criança, uma vez que lhe retira a oportunidade de interagir socialmente, restringe a interação com os colegas, a participação nas atividades diárias da escola e atrasa o desenvolvimento de certas habilidades linguísticas (Antunes, 2019; Krysanski, 2003).

Segundo Antunes (2019), muitas crianças com MS embora tenham acompanhamento têm tendência para continuar a apresentar o quadro nas situações onde o MS já ocorria, porém, em novos ambientes este quadro deixa de ter expressão. Por tal facto o autor coloca a hipótese de estas crianças apresentarem um perfil de

funcionamento típico, assim identificou algumas características transversais a todos os contextos do quotidiano da criança e não apenas aos que o quadro ganha expressão, como distorções e rigidez no pensamento. Quanto maior for o QI (quociente de inteligência) maior é a rigidez do pensamento, quer isto dizer que quando estas duas características se unem reforçam a probabilidade do quadro de MS se perpetuar. Posto isto, a rigidez cognitiva é uma característica fundamental no prognostico do MS.

A comunicação emocional (verbal e não verbal) ocorre com alguma dificuldade para estas crianças, pois por um lado algumas destas crianças não conseguem realizar a leitura emocional apropriada das situações, e por outro apresentam dificuldade em expô-las de forma verbal. A dificuldade na leitura emocional em conjunto com a inibição (que normalmente é característica destas crianças), dificulta a exposição de sentimentos e pensamentos. O MS dá ênfase às dificuldades nas competências sociais, pois estas crianças não treinam de forma eficaz o estabelecimento das relações sociais e desenvolvem a própria perceção de menor competência social (Antunes, 2019; Misès, 2012).

3.3 Patologia Limite da Personalidade

A Perturbação Estado Limite da Personalidade é explicada por uma angústia da separação caracterizada por medo de abandono ou perda de objeto. O medo de abandono é associado a uma necessidade de estarem com outras pessoas, reagindo a este com raiva e sentimentos de vazio emocional. Para estes indivíduos a situação de "abandono" é consequência de possuírem uma personalidade "má", desenvolvendo sentimentos crónicos de vazio e de solidão. Os sentimentos referidos são também manifestos em resultado a momentos de isolamento, pois outra característica da perturbação é a intolerância à solidão. Para estes indivíduos a ausência é sinónimo de inexistência. O facto de se sentirem mal no próprio corpo pode despoletar sentimentos de desespero ou desamparo, decorrente de um funcionamento depressivo, característico da perturbação (APA, 2013; André, Bernavidès, & Giromini, 2004).

Esta perturbação caracteriza-se por uma instabilidade no relacionamento, ocorrendo bastantes esforços para evitarem o abandono, seja ele real ou imaginário. O desenvolvimento de um relacionamento intenso e instável, pode explicar o facto de por exemplo idealizarem logo no primeiro encontro possíveis cuidadores, ou de exigirem que passem com eles bastante tempo. A relação com o outro é de grande dependência, tratando-se de um relacionamento exigente do tipo anaclítico (forte dependência emocional) e de controle sobre o outro, pois encaram o outro como parte de si mesmo e,

portanto, deve ser dominado, no entanto verifica-se uma dificuldade em conseguir preservar o relacionamento na continuidade. Outro aspeto é a alteração repentina da opinião sobre o outro, pois num instante têm uma opinião positiva sobre alguém e no instante seguinte já não têm a mesma opinião. Ocorrem também alterações no papel do próprio indivíduo que num momento é alguém que necessita da ajuda do outro e de seguida é um justiceiro de maus tratos arcaicos (APA, 2013; André, Bernavidès, & Giromini, 2004).

Esta perturbação também é caracterizada por uma impulsividade marcada e constante instabilidade na autoimagem ou no sentido de si mesmo, devido a alterações de objetivos ou de valores na autoimagem e afetos. Podem também evidenciar instabilidade afetiva causada por uma marcada reatividade de humor, nomeadamente episódios de ansiedade e irritabilidade, ou de grande disforia. Por norma os períodos de humor disfórico são alternados por momentos de raiva, pânico ou desespero. É principalmente a raiva e hostilidade que caraterizam a perturbação, uma raiva que é inadequada e uma agressividade excessiva. A raiva intensa e despropositada é uma característica da patologia, muitas vezes acompanhada por uma dificuldade em fazer a sua gestão. Outra característica é a ansiedade, porém, esta é apenas eliminada quando existe uma passagem ao ato, muitas vezes inconsciente, mas que permite prevenir danos narcísicos. Estes momentos são desencadeados quando um cuidador é tomado como negligente, pouco cuidadoso ou abandónico. Por vezes são expressos nestas perturbações sintomas do tipo psicótico, nomeadamente alucinações, distorções da imagem corporal, ideias de referência e fenómenos hipnagógicos (APA, 2013; André, Bernavidès, & Giromini, 2004).

A atividade lúdica é frequentemente associada a temas de agressividade, destruição, aniquilação e regressão, sendo o jogo é instável e caótico. Estas crianças apresentam dificuldades em aceitar regras no jogo (Marcelli, 2005).

3.4 Perturbação do Comportamento

A Perturbação do Comportamento é uma das perturbações mais referenciadas, diagnosticadas e acompanhadas em sessão na psiquiatria da infância e adolescência (Vidigal, 2005).

A Perturbação do Comportamento é considerada uma conduta destrutiva, desafiadora e/ ou agressiva. Esta perturbação caracteriza-se por comportamentos padronizados antissociais, desafiantes/ agressivos e violação de regras. Para o diagnóstico os comportamentos têm de ocorrer de forma persistente e repetitiva e,

difíceis de controlar por pessoas significativas, como pais ou educadores (Costa, 2011; Silva, 2008).

A conduta associada a esta perturbação caracteriza-se por: crueldade em relação a pessoas e/ou animais; destruição de bens; violação dos direitos do outro e das regras; mentiras constantes; birras; desobediência constante; manifestações de agressividade; comportamentos incendiários; roubos; copiar testes; chegar tarde a casa ou tentar fugir de casa (Silva, 2008). Um traço característico da perturbação é a fraca apatia, baixa autoestima e fraca tolerância à frustração (Costa, 2011).

Por norma o sexo masculino está associado a comportamentos de antissociais mais graves. O sexo feminino apresenta menos atos físicos agressivos, mas apresentam mais comportamentos vingativos, maus-trautos emocionais, exclusão ou difamação, fugas de casa e absentismo escolar (Vidigal, 2005).

CAPÍTULO II. Caracterização da Prática Profissional

1. Objetivos e atividades de estágio realizadas

A realização do estágio em Psicomotricidade no âmbito da saúde mental infantojuvenil visa a obtenção de diversas competências, nomeadamente o desenvolvimento de conhecimentos para a prática profissional. O estágio pretende assim a promoção da capacidade de planificação, gestão e coordenação da intervenção psicomotora, escolha de instrumentos de avaliação, e implementação de metodologias nos vários contextos terapêuticos.

Deste modo, são exemplo de algumas atividades realizadas a avaliação psicomotora, a elaboração do perfil intraindividual e do consequente plano terapêutico. Além destas contam também a participação no programa área de dia, no programa HDTP, participação nas reuniões clínicas semanais da equipa, bem como reuniões semanais com os técnicos colaborantes no projeto de dia e no projeto hospital de dia a tempo parcial para adolescentes, reuniões com orientador académico de estágio, reuniões mensais na unidade de pediatria com a Dra. Maria José Vidigal, horas semanais para o planeamento das sessões e para elaboração de atividades, e por último pesquisa e revisão de literatura.

1.1 Calendarização e horário das atividades de estágio

O estágio curricular começou a 8 de outubro de 2018 e terminou a 30 de junho de 2019. Abaixo segue o cronograma com as atividades realizadas ao longo do estágio (ver tabela 1) e o horário do estágio (ver tabela 2).

Tabela 1- Calendarização das atividades realizadas no estágio

Atividades realizadas		**2018**			**2019**							**2020**	**2021**	
		out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.	jul.-dez.	jan.-dez.	jan.-out.	nov.
Integração na equipa														
Avaliações inicias														
Intervenção psicomotora														
Avaliações finais														
Reuniões clínicas														
R.E	Redação do R.E													
	Revisão geral													
	Entrega do R.E													

Tabela 2- Horário semanal do estágio

Dias Horas	**segunda-feira**	**terça-feira**	**quarta-feira**	**quinta-feira**	**sexta-feira**
08:00 - 09:00					
09:00 - 10:00	Programa área de dia- Grupo Rapazes		Reunião Clínica		
10:00 - 11:00	Lanche Área de Dia				Reuniões de supervisão
11:00 - 12:00	Programa área de dia- Grupo Misto		Supervisão HDTP		
12:00 - 13:00	Supervisão programa área de dia				
13:00 - 14:00	Hora de almoço	Sessão Individual- M.	Hora de almoço		
14:00 - 15:00	Sessão Individual- V.	Programa HDTP	Sessão Individual- L.		
15:00 - 16:00	Lanche Área de Dia	Sessão Individual- H.			
16:00 - 17:00	Programa área de dia- Grupo meninas				

O horário do estágio foi elaborado em articulação com os técnicos e com as duas estagiárias, de modo que ambas pudessem intervir no mesmo espaço com as várias

crianças/ jovens. No decorrer do estágio uma criança acabou por abandonar a intervenção (ainda em período de avaliação), esta criança tinha sessão à quarta-feira e dada a vaga foi feita uma substituição.

1.2 Atividades Complementares ao Estágio

Ao longo do estágio foram realizadas algumas atividades complementares, que visam enriquecer e aprofundar os conhecimentos na área.

- **Reunião de supervisão na unidade de pediatria**- Esta reunião decorre na unidade de pediatria do Hospital Garcia de Orta, na primeira sexta-feira de cada mês com a Dra. Maria José Vidigal. Nestas reuniões são esclarecidas questões previamente pensadas pelos técnicos da unidade da pedopsiquiatria, e fornecidas estratégias maioritariamente direcionadas para o projeto da área de dia.
- **Reunião clínica da unidade de pedopsiquiatria-** Estas reuniões ocorrem todas as quartas-feiras na unidade de pedopsiquiatria, concentrando todos os técnicos da equipa. De um modo resumido são discutidas questões internas, além de discussões de caso, e apresentação de artigos científicos e/ou outros temas.
- **Acompanhamento em psicomotricidade-** No decorrer da intervenção foi sinalizado um caso como sendo prioritário para intervenção em psicomotricidade, no entanto, desde o início a mãe da criança ofereceu bastante resistência. Ainda assim, a avaliação decorreu sendo aplicada a anamnese à mãe, e a avaliação informal e formal à criança. Após este período a mãe começou a demonstrar indisponibilidade no horário, sendo que a criança apenas frequentou duas sessões após a avaliação. Dada a grande resistência oferecida pela mãe à intervenção, e visto que, a criança começou a demonstrar pouca assiduidade, foi decidido em equipa que esta seria substituída por outra criança. Por tal facto a sua intervenção não consta no presente relatório.
- **Apresentação reunião de clínica-** Foi feita uma proposta às estagiárias para apresentarem um tema à sua escolha na área da psicomotricidade. No caso foi apresentado o tema "indicações terapêuticas e progressão grupal", que incidiu na discussão e progressão dos grupos que constituem ambos os projetos - área de dia e hospital de dia a tempo parcial.

1.3 Intervenção psicomotora no local de estágio

A unidade de pedopsiquiatria do HGO oferece aos indivíduos diversas terapias entre elas a psicomotricidade. O processo de encaminhamento para a psicomotricidade

ocorre por parte dos outros técnicos, que após observação consideram que a criança tem indicações terapêuticas para a área da psicomotricidade. Após ser realizada a avaliação psicomotora, é efetuada uma pequena reunião com o técnico responsável pela solicitação e com os restantes técnicos que acompanham a criança, de modo a compreender melhor o caso e quais as técnicas terapêuticas que melhor se ajustam ao caso. Se for necessário realizar intervenção psicomotora, o técnico responsável pela área deve ter em atenção que ao longo do acompanhamento deve manter-se em articulação com os técnicos e com a família da criança, pois uma compreensão holística é fulcral para o sucesso da intervenção.

Neste seguimento primeiro é realizada uma entrevista aos cuidadores e uma breve observação da criança. Na entrevista aos cuidadores são elaboradas um conjunto de questões que têm como finalidade compreender melhor o caso, nomeadamente, o motivo da consulta, o contexto familiar e social, a gravidez e possíveis complicações, o nascimento e o pós-parto, e o desenvolvimento da criança. Nesse momento é realizada uma observação à criança com a finalidade de apontar os seus comportamentos e interesses, bem como a sua relação com os cuidadores. De seguida, é agendado juntamente com os cuidadores dois novos encontros, com vista à avaliação da criança. Para tal é fundamental que a escolha dos materiais seja ajustada aos comportamentos da criança. Os dados resultantes da aplicação da anamnese, da observação, e da avaliação são analisados de modo a ser desenvolvido o projeto de intervenção terapêutico da criança. No final da intervenção é realizada uma reavaliação formal, nesse momento são aplicados apenas os instrumentos que se justifiquem da avaliação inicial. Mediante os resultados poderá ser solicitado manter o acompanhamento, na área ou noutra, ou ser dada alta.

As sessões de psicomotricidade ocorrem no segundo piso da unidade de pedopsiquiatria do HGO. Geralmente as sessões têm duração de 45 minutos e ocorrem entre as 09:00 as 17:00. Visto que esta sala é utilizada por duas estagiárias é fundamental um diálogo constante de modo que não ocorra sobreposição do horário. Para a realização das sessões existe uma diversidade de materiais disponíveis numa sala mais pequena em frente à sala onde ocorrem as sessões. Nessa sala existe um quadro branco, arcos, bastões, colchões, materiais de espoja, um túnel, instrumentos musicais, entre outros. Além destes materiais existe na sala de psicomotricidade um espelho. Visto que o paraquedas da unidade estava danificado foi disponibilizado por uma das estagiárias o seu paraquedas, utilizado frequentemente nas sessões.

As sessões são estruturadas mediante os objetivos a desenvolver e em gestão com os interesses da criança. Porém, existem sempre três momentos fundamentais, o diálogo inicial, atividades psicomotoras e o diálogo final. No diálogo inicial cada criança tem a oportunidade de referir aspetos positivos ou negativos da sua semana nos diversos contextos (casa, escola e interações sociais), podem também recordar aspetos da sessão da semana anterior. Nas atividades psicomotoras são elaboradas atividades previamente planeadas ou propostas pela criança, nunca esquecendo os objetivos a alcançar. Por último, no diálogo final é dado espaço à verbalização.

2. Processo de avaliação e Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora é caracterizada por um método complexo, sistematizado em diversos estádios de forma a potencializar com maior eficácia a intervenção. Tal refere-se à entrevista, avaliação informal, avaliação formal e intervenção propriamente dita (ver tabela 3). Os diversos momentos de avaliação possibilitam o traçar do perfil psicomotor, disponibilizando assim as áreas fortes e as áreas fracas da criança, no entanto o psicomotricista deve tirar o foco do diagnóstico e trabalhar no sentido de identificar e reduzir dificuldades.

Tabela 3- Descrição instrumentos de avaliação aplicados ao longo do estágio

Entrevista (elaborada e adaptada pelas psicomotricistas)	A entrevista, ocorreu na forma semi-diretiva, pois existia um guião com várias questões, no entanto, foram colocadas à medida que era mais pertinente, este é um momento de avaliação imprescindível, pois permite conhecer a história da criança. Assim o psicomotricista tem acesso a dados como: evolução da primeira infância (somático, psicomotor, linguístico, cognitivo e socio emocional), evolução das grandes funções (sono, nutrição, autonomia), contexto relacional (pares e professores), contexto de vida familiar, dificuldades passadas e/ou presentes, e ainda, acontecimentos significativos como, separações, luto, violência doméstica. É igualmente importante compreender a expectativa que cada família tem à cerca da intervenção.
Grelha de Observação Psicomotora (adaptada pelas psicomotricistas que realizaram o estágio) **(ver anexo I)**	É uma grelha descritiva, composta por quatro áreas (observação geral da criança, na tarefa, interação com os pares e expressão motora). Na observação geral da criança, a informação recolhida é sobre o contacto ocular, expressão facial, desenvolvimento estato-ponderal, aparência física, postura, interesses da criança, interação com o adulto, voz/tom, perceção auditiva e visual, compreensão verbal, expressão verbal e comunicação não-verbal. Na tarefa, deve ser registada informação sobre a atitude perante a atividade, atitude relativamente ao outro, relação com os materiais, utilização dos materiais, pensamento simbólico, qualidade do gesto, interação do movimento/ planificação e atenção. Na integração com o grupo deve ser recolhida informação sobre a relação com os pares. Na expressão motora deve ser recolhida informação sobre a tonicidade, equilíbrio estático e dinâmico, lateralidade, noção do corpo, estruturação espácio-temporal, praxias. Existe também um espaço reservado para outras observações.
Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM) (Fonseca,2012)	Esta bateria encontra-se organizada mediante os 7 fatores psicomotores: tonicidade, equilibração, lateralização, estruturação espaciotemporal, noção do corpo, praxia global e praxia fina, cada um dos fatores abrange outros subfactores. Este instrumento pode ser aplicado a crianças dos 4 aos 12 anos. Cada fator da prova é cotado com o máximo de 4 pontos e com o mínimo de 1 ponto, permitindo assim alcançar o perfil total da criança. Nesta bateria apenas foi aplicado o fator tonicidade, pela necessidade de avaliar o tónus muscular. Este fator tem grande importância sobre o desenvolvimento motor da criança sendo responsável por atitudes, posturas, mímicas, emoções de onde emergem as atividades motoras encarregues por funções biológicas e psicológicas.
Draw a Person (DAP) (Naglieri,1988)	Este instrumento pretende avaliar crianças com uma faixa etária compreendida entre os 5 e os 17 anos, com a finalidade de aferir de um modo quantitativo o nível de integração da imagem e do esquema corporal através do desenho da figura humana (homem, mulher e próprio). Permite também compreender o desenvolvimento cognitivo da criança, a postura que exibe e os movimentos que consegue alcançar. Através deste instrumento é realizada a avaliação quantitativa de várias componentes do desenho, nomeadamente presença, proporção, detalhe e ligação de 12 diferentes partes do corpo e vestuário. É possível compreender em que percentil a criança se encontra, bem como corresponder os seus resultados numa classificação total de deficiente, borderline, inferior à média, na média, superior à média, superior e muito superior. Ocorre também uma avaliação qualitativa, referente ao tónus, preensão do lápis, lateralidade, noção espacial, expressão corporal e coordenação.

Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP) (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994)	Este inventário é constituído por duas versões uma para professores, outra para cuidadores de jovens com idades entre os 4 e os 18 anos. O principal objetivo é a descrição e avaliação de competências sociais e de problemas de comportamento. Este instrumento é constituído por duas partes distintas, em que a 1ª parte é composta por 20 questões que abordam a quantidade e qualidade de diversas competências sociais agrupadas em três escalas (atividades da vida quotidiana, interações sociais e escolaridade), e a 2ª parte é composta por 120 questões referentes a problemas de comportamento, que reportam diversas perturbações da saúde mental infantojuvenil.
Screen for Child Anxiety Emotional Disorders (SCARED-R) desenvolvido por Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999 (Dias, Campos, Mendes, Leal & Marôco, 2017 versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)	Este é um questionário de avaliação de perturbações emocionais, nomeadamente a ansiedade em crianças, que tem como objetivo avaliar diversas dimensões de problemas da ansiedade. É constituído por duas versões, uma para pais e outra para crianças. Este instrumento é constituído por 69 itens, que devem ser respondidos tenho em conta os últimos 3 meses, a cotação a cada frase varia entre 0 e 2 (sendo que valores mais elevados significam sintomas mais severos). Através da aplicação é possível avaliar 10 dimensões: ansiedade de separação, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia social, fobia escolar, fobia especifica do tipo situacional/ ambiental, fobia específica do tipo sangue/injeções, fobia específica do tipo animal, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação stress pós-traumático. Através da soma dos itens obtém-se a pontuação de cada uma das sub-escalas, e a soma destas dá lugar à pontuação global.
CDI (Kovacs, 1992, cit. in Dias & Gonçalves, 1999 **v**ersão portuguesa Marujo em 1994 cit. in Dias & Gonçalves, 1999)	Este instrumento permite a avaliação de depressão a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos. É composto por 27 itens de autorrelato, avaliando o humor perturbado, a capacidade de sentir prazer, as funções vegetativas, as autoavaliações e comportamentos interpessoais. Este questionário deve ser respondido tendo em conta as últimas duas semanas, as frases são cotadas entre 0 e 2 (sendo que valores superiores significam sintomas mais severos). No final deve-se somar toda a cotação e quanto maior for a cotação maior é a gravidade dos sintomas depressivos.
Movement Assessment Battery for Children-Second Edition (MABC-II) (Henderson, Sugden & Barnett,2007) versão portuguesa de Matias, Martins & Vasconcelos, 2011	Esta bateria pode ser aplicada a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos. Permite avaliar diversas competências motoras, como, destreza manual, atirar e agarrar e equilíbrio. Este instrumento esta organizado por 3 bandas distintas, a banda I deve ser aplicada a crianças dos 3:00 aos 6:11 anos, a banda II dos 7:00 aos 10:11 anos e a banda III dos 11:00 aos 16:11 anos. Cada banda apresenta um formulário de registo, onde devem constar os resultados brutos de cada item aplicado, que são posteriormente convertidos em resultados padronizados de modo a obter um percentil para cada uma competência motora da bateria. Os resultados obtidos são analisados através de um "sistema semáforo" que permite averiguar dificuldades no desempenho motor da criança. A zona verde significa que a criança não apresenta dificuldade na execução de movimentos, a zona amarela significa que existe alguma dificuldade na execução de movimentos e a zona vermelha significa que existe dificuldade na execução de movimentos.
The Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schoplet, Reichler & Renner, 1986)	É uma escala de avaliação da PEA na infância, composta por 15 itens que visam a identificação e diagnóstico de crianças com PEA, através da avaliação de domínios que por normal encontram-se comprometidos na patologia. A cotação a cada item varia entre 1 (dentro dos limites da normalidade) e 4 (sintomas de PEA graves). A cotação final da prova varia entre 15 e 60.

3. Descrição dos casos avaliados individualmente

- **V**

O V é uma criança do género masculino com 12 anos e está diagnosticado com PEA. Foi encaminhado para a psicomotricidade pela psicóloga que o acompanha dada a sua agitação psicomotora, dificuldade de interação com os pares, momentos de alheamento e estereotipias. De forma a melhor conhecer o caso e pensar a intervenção foram implementados 4 instrumentos, nomeadamente, a BPM (componente psicomotora tonicidade), o DAP, a CARS, e o ICCP. Através da implementação da BPM foi possível verificar sinais de hipertonia, evidenciado um perfil tónico atípico, com sinais de resistência e rigidez. No DAP apresentou uma imagem e esquema corporal deficiente, manifestando ao longo da avaliação baixa autoestima e baixa autoconfiança. Na CARS aplicada aos pais, estes mencionam que o V apresenta estereotipias e pouca coordenação corporal, bem como alterações na linguagem verbal, apresentando um discurso de difícil compreensão e desorganização da sintaxe. No ICCP aplicado aos pais o V apresentou valores mais elevados nos parâmetros referentes à oposição, hiperatividade, problemas sociais e isolamento. No ICCP aplicado à professora os

parâmetros mais elevados dizem respeito aos problemas sociais, isolamento social. Perante os resultados obtidos a intervenção teve como objetivos diminuir tensões musculares, melhorar a autoestima e autoconfiança, promover a relação com os pares, melhorar a noção do esquema e imagem corporal, melhorar a resistência à frustração e diminuir a agitação psicomotora. Ao longo das sessões foram desenvolvidas atividades de percursos (utilizando túneis, cordas, sacos, bastões), imitação do outro através do uso do espelho, realização de desenhos (no quadro, em papel cenários, em balões), realização de atividades de consciencialização corporal (com recurso a balões), atividades de relaxação, entre outros. Inicialmente, o V demonstrou baixa autoconfiança dizendo que não era capaz de realizar as tarefas propostas, mantinha-se isolado na sala e interpretava um desenho animado ou uma personagem da história antiga. Com o avançar das sessões o V passou a partilhar ideias de atividades em que a terapeuta também podia participar, demonstrou maior autoconfiança e referia diversas vezes que ensinava atividades da sessão a colegas da escola. No final da intervenção, o V apresentou ligeiras melhorias ao nível da tonicidade- especificamente na extensibilidade, no DAP apresentou um desenvolvimento intelectual e uma imagem do corpo dentro da média face à faixa etária, no ICCP existiram melhoras, nomeadamente nos parâmetros referentes aos problemas sociais e de isolamento.

- **H**

O H é uma criança do género masculino com 7 anos e apresenta um quadro de défice de atenção e hiperatividade. Foi encaminhado para a psicomotricidade pela pedopsiquiatra que o acompanha dado o seu quadro clínico, bem como comportamentos desajustados, agressivos e dificuldades ao longo do percurso escolar. A fim de melhor conhecer o caso e pensar a intervenção foram implementados 2 instrumentos o DAP e o ICCP. No DAP apresentou uma imagem e esquema corporal deficiente, sendo que ao longo da avaliação demonstrou baixa autoconfiança e baixa tolerância à frustração. No ICCP aplicado à professora os parâmetros que apresentaram valores mais elevados dizem respeito à oposição, agressividade, problemas de atenção, isolamento social e ansiedade. No ICCP aplicado aos pais os valores mais elevados são referentes à oposição, agressividade, hiperatividade e problemas sociais. Dados os resultados obtidos a intervenção teve como objetivo melhorar a noção do esquema e imagem corporal, diminuir a agitação psicomotora, promover a relação com os pares e trabalhar questões de oposição e agressividade. Ao longo da intervenção foram realizadas

diversas atividades, tais como, atividades inspiradas em desportos (futebol, esgrima, etc.), atividades de percursos, construção da casa e atividades de relaxação. Nas sessões iniciais o H apresentou grande agitação psicomotora, comportamento de oposição e agressividade. Explorava todos os materiais disponíveis na sala, de forma muito apressada e por vezes agressiva, deixando a sala num estado caótico. Com o passar das sessões o H começou a pensar nas atividades em conjunto com a terapeuta e a procurar a sua aprovação nas diversas atividades. Passou a saber estar na atividade tirando máximo prazer da mesma, sem sentir necessidade de estar em constante mudança, porém, não tolerava atividades de relaxação. A meio da intervenção existiu uma sessão que marcou o percurso do H, nessa sessão este em conjunto com a terapeuta elaborou uma casa e desde então em todas as sessões o H passou a solicitar essa atividade, eram sempre casas muito grandes com diversas divisões e muitos materiais, dentro da casa eram realizadas atividades de relaxação. No final da intervenção, o H manteve a mesma classificação do DAP, porém, existiram vários progressos na noção e imagem corporal ainda que não suficientes para uma alteração da classificação. No ICCP o H apresentou progressos nos parâmetros de oposição, agressividade, hiperatividade e problemas sociais.

- **L**

A L é uma criança do género feminino com 11 anos. Foi encaminhada para a psicomotricidade pela psicóloga que a acompanha devido ao seu quadro clínico, pois é uma criança com imaturidade, dificuldades ao nível do equilíbrio e coordenação motora (segundo a mãe é a "rainha das nódoas negras"), dificuldade na socialização e baixa autoestima. A fim de melhor conhecer o caso e pensar a intervenção foram implementados 3 instrumentos, o ICCP, o DAP, a BPM e o MABC- 2. O ICCP entregue à mãe nunca foi devolvido, apesar de ter sido solicitado o seu preenchimento diversas vezes. No DAP, não realizou o desenho do homem por considerar não ser capaz, por tal facto apresentou uma imagem e esquema corporal deficiente. Ao longo da tarefa demonstrou baixa autoestima e autoconfiança, dispensando mais de 5 minutos para a realização de cada desenho, nenhum dos desenhos apresentou nariz, dedos e orelhas. Na BPM foi avaliado o fator tonicidade, em que alcançou o perfil 2, sinónimo de um perfil dispráxico, sendo que ao logo de todos os exercícios demonstrou grande rigidez muscular. No MABC-2 encontra-se no percentil 25 equivalente à zona vermelha do sistema de semáforo, sinónimo de dificuldades significativas na execução dos

movimentos. Na banda I (destreza manual) foi a que obteve uma cotação mais elevada, sendo essas as atividades em que a L esteve mais à vontade. Na banda II (atirar e agarrar) foi a banda que obteve uma cotação mais baixa por revelar bastante dificuldade em agarrar a bola. Na banda III (equilíbrio) apresentou várias oscilações na prova da trave. Nas sessões iniciais a L demonstrou muito interesse pelos materiais, principalmente por bonecas, porém, não estabelecia muito contacto com a terapeuta, e revelou baixa autoestima. Com o avançar das sessões procurava o apoio da terapeuta para a realização de diversas atividades, recorria muito ao jogo simbólico, utilizando diversas bonecas, sendo que ela interpretava o papel de uma menina carente, que necessitava de apoio constante do outro e que gostava de ouvir elogios. A meio da intervenção começou a demonstrar bastante necessidade de desabafar com a terapeuta, referindo que os pais estavam a iniciar o processo de divórcio. Ao longo da intervenção a L passou a interagir mais com a terapeuta e a criar novas amizades na escola, além disso verificaram-se melhorias ao nível da autoestima e em atividades que envolviam coordenação. A intervenção da L não se sucedeu até ao final, pois devido ao divórcio dos pais a L mudou de habitação ficando muito distante do local da intervenção, por tal facto não foi realizada avaliação final.

4. Descrição dos casos acompanhados em grupo

Objetivos terapêuticos

Tabela 4- Objetivos terapêuticos grupo latência meninos

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	-Regular a tonicidade	- Promover a consciência dos estados tónico- emocionais
	-Promover a consciencialização corporal	-Promover a noção do esquema corporal
Cognitivo	-Estimular competências cognitivas	-Aumentar períodos de atenção/ concentração -Melhorar o planeamento e organização das atividades
Socioemocional	-Desenvolver a consciência emocional	-Melhorar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si e no outro
	-Melhorar a regulação emocional	-Promover o controlo aos impulsos - Diminuir estados ansiosos -Aumentar a resistência à frustração -Desenvolver mecanismos de autocontrolo
	-Desenvolver competências sociais	-Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro -Aumentar a capacidade empática

Tabela 5- Objetivos terapêuticos grupo latência misto

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	-Regular a tonicidade	- Promover a capacidade de aceder voluntariamente à passividade muscular
	-Promover a consciencialização corporal	-Promover a noção do esquema corporal
Cognitivo	-Desenvolver competências cognitivas	-Aumentar períodos de atenção -Promover concentração na tarefa
Socioemocional	-Desenvolver a consciência emocional	-Melhorar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si e no outro
	-Melhorar a regulação emocional	-Promover o controlo aos impulsos -Melhorar a resistência à frustração - Desenvolver mecanismos de autocontrolo
	-Desenvolver competências sociais	-Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro -Aumentar a capacidade empática -Diminuir a inibição -Promover a comunicação não-verbal

Tabela 6- Objetivos terapêuticos grupo latência meninas

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	-Regular a tonicidade	- Diminuir tensões musculares
	-Promover a consciencialização corporal	-Melhorar a noção do esquema corporal
Cognitivo	- Promover competências cognitivas	- Melhorar o planeamento e organização das tarefas
Socioemocional	-Desenvolver a consciência emocional	-Melhorar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si e no outro
	-Melhorar a regulação emocional	-Melhorar o controlo aos impulsos -Aumentar a resistência à frustração - Desenvolver competências de cooperação
	- Promover a identidade de si	- Aumentar a autoestima
	-Desenvolver competências sociais	- Melhorar a capacidade de se relacionar com o outro -Aumentar a capacidade empática

Tabela 7- Objetivos terapêuticos grupo adolescentes misto

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	-Regular a tonicidade	-Diminuir tensões musculares
Socioemocional	-Promover a consciência emocional	-Melhorar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si e no outro
	-Melhorar a regulação emocional	-Promover o controlo aos impulsos -Desenvolver mecanismos de autocontrolo
	-Promover a identidade de si	- Aumentar a autoestima - Melhorar a autoconfiança
	-Desenvolver competências sociais	- Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro - Diminuir estados ansiosos - Aumentar a capacidade empática - Diminuir a inibição social - Promover a expressão de ideias/ desejos

Tabela 8-Caracterização dos grupos acompanhados

Identificação do Grupo	Observação Inicial	Progressão Terapêutica	Observação Final
Grupo 1 – Latência Meninos			
Nº elementos: 4 **Faixa etária: 7-10** **Principais Patologias:** **Organização borderline (n=2)** **Funcionamento depressivo (n=1)** **Funcionamento pré-psicótico (n=1)** **Horário: 9h30-10h30**	Tendo em conta a observação realizada durante as primeiras sessões do grupo e a informação recolhida, este caracteriza-se por dificuldades na mentalização, impulsividade, agressividade, ansiedade, baixa tolerância à frustração, agitação psicomotora, dificuldades ao nível da atenção e concentração, excesso/falta de competitividade. Inicialmente, em termos de grupo, eram notórios comportamentos de recusa e pouco interesse nas atividades propostas, relações conflituosas e rivalização com as terapeutas ("Não gosto de estar aqui!"; "Na próxima semana não venho!").	Nesta intervenção podemos descrever três fases: conflitos e frustração (outubro), regras e limites (novembro) e sentimento de grupo (abril). Inicialmente, as crianças ficavam muito frustradas e não toleravam falhas dos outros em jogos. Eram derrotistas à partida e muitas vezes nem queriam tentar fazer as atividades. Não as conseguiam concluir e tinham dificuldade em manter a atenção e permanecer no mesmo lugar. As atitudes de oposição eram bastante evidentes e existiam bastantes conflitos, bem como diziam não gostar das sessões, das terapeutas e dos pares do grupo. Depois, através da corresponsabilização, do planeamento das sessões em conjunto, dando oportunidade a cada criança para escolher uma atividade, as crianças começaram a entender e a respeitar as regras e os rituais de sessão sem grandes questões. Mais tolerantes às falhas e com mais vontade de estar na sessão. Contudo, a rigidez de pensamento, até aqui, era evidente, recusando atividades parecidas a jogos desportivos, uma vez que não seguiam as regras que eles já conheciam. Por último, as crianças perceberam que as atividades adaptadas aos jogos desportivos que queriam também podiam ser bastante prazerosas e desafiadoras. Mostravam mais vontade de participar, percebiam as dificuldades dos outros e encorajavam-se mutuamente.	Na fase final da intervenção, já era notório um sentimento de grupo, as crianças já perguntavam por quem estava a faltar e cada um já tinha o seu lugar no grupo. A autoestima de cada criança melhorou, estas já não referiam que não conseguiam realizar uma tarefa durante a explicação da mesma, em vez disso encorajavam-se umas às outras. Existia agora uma maior resistência à frustração e uma maior adaptabilidade às situações. As crianças já eram capazes de se escutarem, de se observarem e de pensarem no outro.
Grupo 2 - Latência Misto			
Nº elementos: 7 **Faixa etária: 6-10** **Principais Patologias:** **Organização borderline (n=1)** **Alterações do comportamento (n=2)** **Mutismo (n=2)** **Funcionamento depressivo (n=1)** **Horário: 11h00-12h00**	Este é o grupo mais heterogéneo de todos. Além de ser um grupo misto, as problemáticas iam desde inibição; comportamentos de oposição e agressividade; grave agitação psicomotora; dificuldade na mentalização e passagem ao ato, impulsividade e intolerância à frustração. Inicialmente este era um grupo extremamente barulhento, sendo notório o elevado sentido de individualidade destas crianças tendo sido necessário passar por vários processos para se estabelecer algum tipo de sentimento de grupo.	No decorrer da intervenção o grupo passou por 3 fases: caos (outubro), organização (fevereiro) e atividades em grupo (maio). Na 1ª fase, o grupo apresentava dificuldade em ouvir o outro e grande agitação psicomotora. Cada elemento jogava individualmente, tentando, no entanto, destruir a brincadeira do outro, acabando por existirem materiais pelo ar e um ruído extremo. Como forma de contornarmos este "caos" foi introduzido um colchão a dividir a sala, sendo esta uma estratégia fundamental para o desenvolvimento da coesão grupal. Na 2ª fase, o grupo apresentava-se mais coeso, ainda assim existia uma dificuldade em ouvir o outro. Nesta fase foi possível começar a realizar a conversa inicial. O grupo passou a procurar o outro nas atividades, um dos elementos do grupo que anteriormente estava sempre isolado numa casa passou a andar pela sala (dentro de um túnel) dirigindo-se ao outro como se fosse uma lagarta. Na 3ª fase, o grupo passou a realizar jogo simbólico e começou a solicitar o retorno à calma, momento marcado pela leitura de uma história realizada alternadamente por cada criança.	Na fase final da intervenção, passou a existir uma partilha de atividades e materiais, nomeadamente jogos de futebol, mímica, apanhada, entre outros. Os vários elementos do grupo demonstraram uma maior capacidade de escuta, permitindo que nesta fase existisse uma conversa inicial sem interrupções, escutando e demonstrando interesse no outro, bem como uma diminuição da frustração. Nesta fase final, o grupo passou a solicitar o retorno à calma.
Grupo 3 - Latência Meninas			

Nº Elementos: 4 **Idade: 7-10** **Principais Patologias:** **Funcionamento borderline (n=1)** **Funcionamento pré-psicótico (n=2)** **Perturbação do comportamento alimentar (compulsão) (n=1)** **Horário: 15h30-16h30**	Consoante o que foi observado inicialmente, este grupo tinha como problemáticas: alterações do comportamento, dificuldades na socialização e baixa autoestima. Inicialmente, as crianças tinham dificuldade em jogar umas com as outras e na partilha materiais, dificuldades em ouvir o outro e pouca tolerância à frustração. O pensamento simbólico era fraco, evidenciando bastante rigidez de pensamento, tinham dificuldades em planear tarefas e recusavam-se a realizar relaxação no final das sessões.	É possível nomear três fases: partilha de interesses (outubro), atividades regressivas (fevereiro) e jogo simbólico (maio). Primeiro, as crianças perceberam que tinham bastantes interesses em comum, e, portanto, de forma a criar relações entre o grupo, as atividades realizadas eram à base de movimentos com o corpo e danças em círculo, com músicas. A certa altura, no atelier de Expressão Plástica, ao fingirem espontaneamente que eram bebés, as crianças trouxeram para a sessão de Psicomotricidade um lado mais regressivo. Essa sessão marcou o culminar do caos, uma vez que deixou de ser tão fácil e intuitivo realizar os rituais da sessão. No entanto, foi a sessão necessária para a reorganização do grupo, uma vez que foi a partir desse momento que começámos a restabelecer comportamentos entre os pares do grupo. Começaram pela construção de casa individualmente, depois passaram a permitir que a ou b entrasse, de seguida por ver as casas umas das outras, e acabaram a construir em conjunto (primeiro a pares, depois todas). Posteriormente, dá-se o problema da triangulação, em que uma delas fica de fora, mas é resolvido com o planeamento de uma surpresa para esse elemento. Na última fase desta regressão, já são capazes de planear uma construção e um jogo para realizarem em conjunto.	Na fase final da intervenção, nota-se que existe uma maior capacidade de escuta entre as crianças do grupo. Começam a querer agradar os elementos do grupo, planeando surpresas durante o momento do lanche (que antecedia as sessões de Psicomotricidade), melhorando assim também a capacidade de planeamento e posterior realização das tarefas. Nesta fase, as crianças procuram, no final da sessão, materiais de esponja com carácter mais contentor, construindo casas e solicitando relaxação. Contudo, no último mês de intervenção as crianças, em conjunto, começavam a desafiar às terapeutas, opondo-se muitas das vezes. Talvez por perceberem que o fim da intervenção estava a se aproximar.
Grupo 4 -Adolescentes Misto			
Nº de Elementos: 6 **Idade: 14-17** **Principais Patologias:** **Funcionamento depressivo (n=2)** **Organização psicótica (n=1)** **Funcionamento borderline (n=3)** **Horário: 14h00-14h45**	Este é um grupo misto, que apresentava as seguintes problemáticas: absentismo escolar, quadro de ansiedade, comportamento de oposição e dificuldade na relação com os pares. Inicialmente o grupo demonstrou pouco interesse nas atividades propostas, existiam poucas interações. Alguns elementos demonstravam estar na sessão contrariados "Não gosto deste atelier" e "Quero ir-me embora".	A intervenção neste grupo passou por 3 fases: coesão (novembro), afirmação/escuta(fevereiro) e identidade (maio). Inicialmente, as terapeutas depararam-se com um grupo bastante inibido, onde cada um tinha receio de partilhar a sua ideia. De forma que se conhecessem, foi necessário recorrer a jogos de grupo onde todos se pudessem ver e perceber mutuamente, e onde partilhassem pouco a pouco algo sobre si. Os adolescentes passaram a criar relações de amizade, pouco estáveis que iam mudando à medida que se identificavam mais ou menos com outros elementos. Desta forma, estabeleceu-se uma coesão de grupo, onde as terapeutas eram moderadoras e elementos neutralizantes da mesma, uma vez que acabaram por se formar grupos dentro do próprio grupo e existir até problemáticas relacionadas com tríades mal resolvidas, por exemplo, em que um grupo de três tinha a necessidade de excluir um dos elementos. Passou-se, depois, para uma fase em que, através do planeamento de jogos dramáticos, os participantes ao seu ritmo já conseguiam, passar certas mensagens, partilhar experiências e encontrar soluções, em grupo. Por fim, começou a surgir a necessidade de trabalhar questões da própria identidade nesta fase cada elemento já tinha o seu lugar no grupo, e por isso já podia concentrar em si e no seu corpo, recorrendo à relaxação de Jacobson.	Na observação final, passou a existir uma coesão grupal e entreajuda entre os elementos do grupo. Cada elemento do grupo passou a afirmar a sua identidade perante os restantes elementos, passaram a aderir às atividades propostas e a encontrar aspetos em comum, apesar da heterogeneidade. Nesta fase final as terapeutas passaram a ser encaradas como uma figura de apoio e de segurança. Contrariamente ao início da intervenção o grupo passou a solicitar atividades mais criativas e que envolvia a participação e ajuda do outro.

CAPÍTULO III. Estudos de Caso

1. Estudo caso I

Nome: M

Idade: 11anos

Género: Feminino

Ano de escolaridade: 6º ano

Motivo do encaminhamento para a psicomotricidade

A M foi encaminhada para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga dado o diagnóstico de MS. Ao longo das consultas de psicologia a M apresentou um discurso escasso e provocado, bloqueios ao dar respostas e grande ansiedade. Dada a especificidade clínica da psicomotricidade a psicóloga considerou fundamental o encaminhamento, enfatizando principalmente a sintomatologia ansiosa e as dificuldades ao nível do domínio emocional.

História pessoal e clínica

A M é uma criança com 11 anos de idade que foi fruto de uma gravidez planeada e desejada por ambos os progenitores, porém, de grande labilidade emocional. Pois momentos antes da gravidez existiram situações de violência física por parte do pai em relação à mãe da criança. Durante a gravidez existiu alguma preocupação por parte da mãe em relação aos comportamentos agressivos do companheiro, no entanto refere nunca terem acontecido situações de violência na gravidez.

No parto ocorreram algumas complicações, pois a M realizou bastante esforço para nascer e por isso teve de receber oxigénio durante 10 minutos. Era uma bebé com choro excessivo que só se acalmava no colo da mãe e, era no colo desta que dormia toda a noite.

Após o nascimento a mãe e a avó materna prestaram os cuidados necessários à M e, aos 10 meses ficou ao cuidado de uma ama até à entrada na creche. Aos 4 anos foi para a creche, teve uma adaptação difícil, pois a mãe considera que a M ainda não tinha maturidade e que tinha dificuldade em relacionar-se com o outro. Até aos 4 anos a M viveu com a mãe, com o pai e com o irmão, quatro anos mais velho, com quem discute muito, por este procurar afeto e contacto e a M considerar essa aproximação evasiva. A relação da M com os avós maternos é muito forte, porém, apesar de estar diariamente com o avô e afirmar gostar muito dele, o diálogo verbal com este é escasso. A M tinha boa relação com a avó paterna, pois era esta que dava carinho e que muitas vezes

chamava o pai à razão. Esta avó foi diagnosticada com cancro falecendo 3 meses após o diagnóstico, situação que acabou por ser muito difícil de ultrapassar. Desde então a M começou a ter receio da perda da mãe.

Devido ao acumular de situações de violência doméstica, os pais da M divorciaram-se quando esta tinha 5 anos. Segundo a mãe, o pai da M era um homem bastante agressivo com passagens ao ato. Desde então a mãe refere que a M nunca mais teve uma boa relação com o pai. Após o divórcio ficou estabelecido que a M e o irmão passavam quinzenalmente o fim de semana com o pai. Porém, passados dois anos numa das visitas quinzenais o pai agrediu fisicamente o irmão da M e, numa outra visita agrediu a M, situação que culminou na suspensão das visitas durante dois anos. Passado esse tempo as visitas retomaram, apesar das crianças não serem a favor, nessa altura a M tinha 10 anos, e desde então as crianças passaram a jantar duas vezes por semana com o pai e a passar quinzenalmente os fins de semana com este. Atualmente o pai tem uma companheira, existindo entre o casal comportamentos de agressão mútua já presenciados pela M. A relação entre a M e a companheira do pai não é boa e, segundo a mãe, após as visitas a M fica muito excitada e nervosa. Tais comportamentos são mais intensos quando a companheira do pai reage mal com a M, "*perseguindo-a, controlando o que come, como come...*"[sic], ou quando ocorrem situações de violência entre o pai e a companheira. A mãe refere que ela e os filhos tiveram um passado negro e que as crianças assistiram a coisas que não deviam, acrescenta ainda que a filha não gostava do apelido da parte do pai.

Relativamente aos marcos de desenvolvimento da M, a mãe refere que logo após o primeiro ano a M teve controlo dos esfíncteres diurno e que até aos 2/3 anos existiu enurese noturna. A linguagem verbal era confusa, porém, a partir dos 3 anos o discurso tornou-se mais percetível. Ao nível do sono, a mãe relata que ao longo da infância a M acordava durante a noite preocupada com acontecimentos do seu quotidiano e que após estes episódios ia dormir para junto da mãe. Durante a noite a M tinha pesadelos com a morte da mãe demonstrando com frequência preocupação com a mesma devido ao medo de a poder perder. A mãe refere que na atualidade a M tem quarto próprio, com uma cama cheia de brinquedos, por não gostar de estar sozinha. Ao nível da alimentação a mãe refere que amamentou durante os primeiros 2 meses, posteriormente existiu uma boa adaptação à alimentação.

Ao nível da história clínica a M teve dois episódios onde ocorreram convulsões/ perda de consciência. O primeiro episódio aconteceu quando a M tinha 3 anos, estava

sentada numa cadeira *"desmaiou e revirou os olhos"* [sic]. A mãe não estava presente tendo sido o irmão a contar o sucedido, a criança não foi observada por médicos, pois ganhou consciência rapidamente e parecia estar tudo bem. O último episódio ocorreu em 2017 quando a mãe levava a M e o irmão à escola *"desmaiou e revirando os olhos por segundos"* [sic]. Desta vez foi transportada para o hospital de ambulância, porém, os médicos não chegaram a nenhuma conclusão, ainda assim colocam a hipótese de tal ter acontecido em resultado de uma situação de desequilíbrio associada ao medo de cair.

No que diz respeito à história médica familiar, a avó paterna faleceu com cancro quando a M tinha 6 anos, a avó materna também teve cancro mas recuperou, e o irmão tem asma crónica.

A mãe caracteriza a M como sendo uma criança muito reservada "*que gosta de estar em casa"* [sic], muito distraída, irrequieta e desinteressada. Sendo necessário que a mãe tenha muita atenção, diz ainda que quando brinca parece pouco enérgica e que quando tem de enfrentar um problema parece ficar nervosa. Apresenta dificuldade em fazer amigos, sendo que só aos 11 anos estabeleceu um grupo de 2 amigas, situação que até então preocupava os professores pois a M passava todos os intervalos isolada. Parece desconfortável na presença de pessoas desconhecidas, evidencia uma dificuldade na adaptação a situações novas e na expressão de necessidades e sentimentos. Em casa não participa muito nas tarefas domésticas, porém, a mãe refere que a culpa é sua porque sempre fez tudo e nunca pediu nada. Refere também que tem dificuldade em colocar regras *"devido a tudo o que passaram"* [sic].

No que diz respeito ao desempenho escolar a M apresenta algumas dificuldades. Teve negativa a português, matemática e expressão musical, passa de ano sempre no limite. Segundo a mãe a negativa a expressão musical deve-se à falta de destreza manual da M. Aos 10 anos os docentes da M alertaram a mãe para a dificuldades no equilíbrio, em saltar, e em atirar e agarrar. Segundo a mãe, a M não gosta de ir à escola, porém, no último ano tem estado mais motivada, possivelmente devidos aos laços de amizade estabelecidos.

Plano de avaliação

Dada as informações disponibilizadas pela psicóloga foram selecionados instrumentos informais e formais, no sentido de melhor compreender o caso da M. O início da avaliação é marcado pela utilização dos instrumentos informais, sendo o caso da entrevista realizada à mãe e da observação com preenchimento de uma grelha de observação adaptada. Os instrumentos formais utilizados foram o MABC-II, o fator

tonicidade da BPM, o DAP, a SCARED-R versão criança e pais, o CDI e o ICCP para pais e professores. A escolha de diversos instrumentos prendeu-se com a necessidade de observar a M em diferentes áreas, pois no contacto inicial a M estava muito inibida dificultando qualquer recolha de informação.

A aplicação do ICCP à mãe deveu-se à necessidade de completar alguns dados da anamnese. A aplicação do questionário à professora teve como principal objetivo compreender o comportamento da M em contexto escolar. A aplicação do DAP teve como finalidade obter informação sobre a noção do esquema corporal e da imagem corporal. A aplicação do fator tonicidade da BPM teve como objetivo compreender o estado do tónus. A aplicação do CDI e da SCARED-R permitiram compreender melhor os dados da observação e da aplicação do ICCP, relativamente aos sintomas depressivos e ansiogénicos. Por fim, a aplicação do MABC-II teve como objetivo observar a competência motora da M.

Resultados da avaliação inicial

Avaliação informal

A observação ocorreu na sala de psicomotricidade através do jogo espontâneo, no dia 29 de janeiro de 2019. Logo no primeiro contacto foi possível observar que a M tem uma aparência cuidada e investida, com desenvolvimento estato-ponderal adequado à idade. Era uma menina inibida, com contacto evitante e postura hipertónica. Demonstra dificuldade em estabelecer o diálogo com o adulto, não permitindo a aproximação ou o toque.

Ao longo da observação a M mantinha-se no canto da sala não demonstrando interesse ou preferências na exploração dos materiais. É uma menina com uma atitude não participativa, sem intenção de movimento, que demonstrou baixa autoestima e autoconfiança e uma atenção reduzida. Demonstrou dificuldades ao nível do equilíbrio estático e dinâmico existindo oscilações em ambos. A expressão verbal é insuficiente pela falta do uso da palavra no sistema comunicativo. Ao nível da comunicação não verbal, a M apresentou um sorriso aparentemente discordante por ansiedade. Apresentou uma gesticulação retraída e a expressão facial não é concordante com a emoção, sendo inexpressiva, porém, pontualmente transparece alguma ansiedade.

Avaliação formal

A avaliação formal foi realizada no dia 12 e 19 de fevereiro de 2019.

- **DAP**

Na aplicação do DAP a M obteve uma classificação total deficiente (ver tabela 9), equivalente a uma criança com 6 anos e 5 meses, (ver anexo II).

Tabela 9-Avaliação Inicial Dap

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Totais (H+M+P)
Valor Bruto	28	36	28	92
Valor Standard	70	84	70	70
Percentil	2	14	2	2

Ao longo da prova a M demonstrou um empenho moderado, despendeu bastante tempo para cada desenho e efetuou vários pormenores, porém, hesitou várias vezes e demonstrou baixa autoconfiança. O desenho da mulher foi o mais investido e foi o único em que a M desenhou um sorriso, representando no centro da camisola um coração. No desenho do homem a expressão facial remeteu a um indivíduo triste, com sorriso invertido e as sobrancelhas caídas. No desenho do próprio hesitou, voltando a desenhar novamente o rosto, representou cabelo comprido e óculos (por ser um objeto que a M utiliza diariamente).

- **BPM**

Na avaliação do fator tonicidade da BPM a M apresentou um perfil hipertónico e um nível de realização dispráxico (ver figura 1). Ao longo da prova a M revelou algum desconforto em relação às tarefas que exigiam aproximação ou toque entre a M e a terapeuta.

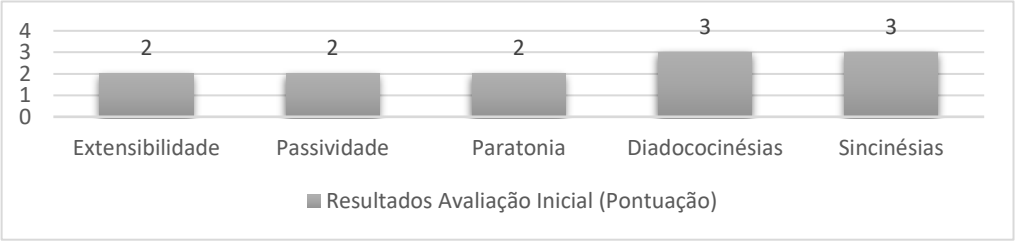


Figura 1- Avaliação Inicial BPM

No subfactor extensibilidade, a M manifestou muita dificuldade, apresentou sinais de resistência óbvia nos membros, bem como sinais claros de esforço e contractilidade. No subfactor passividade, a M apresentou grande rigidez e uma dificuldade em aceder voluntariamente à passividade nos membros superiores, não realizou movimentos passivos e pendulares. No subfactor paratonia, a M apresentou

bastantes bloqueios, impedindo que a terapeuta realizasse as manipulações, foram também observadas manifestações tónico-emocionais. No subfactor diadococinésias, a M realizou movimentos de pronação e supinação sem dificuldade, porém, pontualmente foram realizados movimentos em espelho e algumas alterações de ritmo. Por último no subfactor sincinesias, a M apresentou esporadicamente sincinesias contralaterais.

- **MABC-II**

Na implementação do MABC-II a M apresentou um percentil 9, revelando dificuldades significativas na execução de movimentos (ver figura 2).

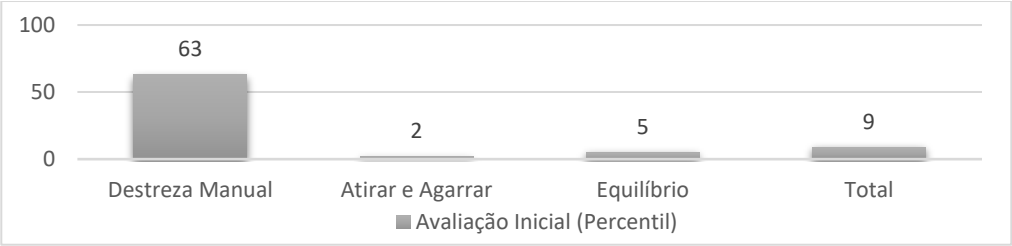


Figura 2- Avaliação Inicial MABC-II

No decorrer da avaliação a M estava inibida e muito tensa, demonstrou ser pouco persistente e revelou baixa autoestima e autoconfiança. Tem lateralidade definida com preferência pela direita nos membros superiores e inferiores. Nas provas relativas à componente destreza manual a M apresentou uma postura incorreta, colocou a cara demasiado próximo da tarefa, realizou movimentos exagerados dos dedos para soltar os pinos e apresentou uma pinça imatura exercendo muita força no papel. Nas provas referentes à componente atirar e agarrar a M apresentou bastantes dificuldades, sendo precisamente a tarefa agarrar com uma mão a tarefa com pior desempenho de todo o instrumento, pois não agarrou nenhuma bola. Ao longo destas tarefas não seguiu a bola com o olhar, ficou com as mãos planas e os dedos rígidos à medida que a bola se aproximava, não conseguiu manter o olhar no alvo e apresentou um equilíbrio pobre no lançamento. Nas provas do componente equilíbrio a M despendeu bastante esforço, hesitou várias vezes, realizou movimentos exagerados dos braços e do tronco acabando por desequilibrar-se.

- **ICCP**

Quanto ao ICCP preenchido pela mãe da M foi possível verificar que dos 9 fatores avaliados apenas o fator isolamento apresentou valores acima da média e os

restantes abaixo da média (ver tabela 10).

Tabela 10- Avaliação Inicial ICCP

Fator	Resultados	Análise dos resultados
Oposição	2	Abaixo da média
Agressividade	0	Abaixo da média
Hiperatividade	4	Normal
Depressão	2	Normal
Problemas sociais	1	Abaixo da média
Queixas somáticas	0	Abaixo da média
Isolamento	5	Próximo do disfuncional
Ansiedade	0	Abaixo da média
Comportamento obsessivo	1	Abaixo da média
Total	15	Abaixo da média

No fator Isolamento, a mãe descreve a M como uma menina reservada e tímida, que se recusa a falar e que guarda as coisas para si. No fator Hiperatividade, considerou que por vezes a M tem um comportamento demasiado infantil face a idade, que é pouco desembaraçada e que tem dificuldades ao nível atencional. No fator Depressão, referiu que a M é muito preocupada, acha que não tem valor e que se considera inferior aos outros. No fator Problemas Sociais, destaca-se a resposta da mãe que considerou que a M prefere estar sozinha do que acompanhada. Relativamente ao ICCP preenchido pela diretora de turma da M, os fatores com resultados mais elevados foram, Problemas de Atenção/Dificuldade de Aprendizagem, Isolamento Social, Comportamento Obsessivo e Ansiedade. Segundo a diretora, a M é uma criança muito preocupada, que se sente culpada, gosta de estar isolada e não é autónoma. Segundo esta a M teve baixo rendimento escolar e dificuldades na aprendizagem (nomeadamente na disciplina de Matemática e Português).

- **CDI**

No que diz respeito ao CDI preenchido pela M, os resultados estão apresentados abaixo (ver tabela 11).

Tabela 11-Avaliação Inicial CDI

	Humor negativo	Problemas interpessoais	Inefetividade	Anedonia	Baixa autoestima	Total
Resultados	1	1	2	3	4	11
Máximo	12	8	8	16	10	54

Todos os fatores apresentaram cotações baixas, no entanto o fator Autoestima Negativa foi o que teve cotação mais elevada, sinónimo de baixa autoestima, pois a M considerou que a sua aparência tem aspetos negativos e duvida que alguém a ame. No fator Problemas Interpessoais a M manifestou desagrado em estar com pessoas. A M obteve uma cotação total de 11 pontos, o que descarta uma possível sintomatologia depressiva, pois o valor de corte determinado pelo estudo de Rodrigues (2013) é superior a 17 valores.

- **SCARED-R**

Relativamente ao questionário realizado pela M e pela sua mãe, os resultados são apresentados abaixo (ver tabela 12).

Tabela 12- Avaliação Inicial SCARED-R

Fator	Resultados da M	Resultados mãe da M
Perturbação de pânico	1	3
Perturbação de ansiedade separação	6	9
Perturbação de ansiedade generalizada	3	8
Fobia social	3	6
Fobia animal	3	0
Fobia de situações relativas ao meio ambiente	3	1
Fobia de sangue/ injeções/ ferimentos	2	2
Perturbação obsessivo-compulsiva	5	2
Perturbação de stress pós-traumático	1	0
SCARED – R (total score)	26	31

No que diz respeito ao questionário realizado pela M os fatores que apresentaram valores acima da média foram Perturbação de Ansiedade de Separação, Perturbação Obsessivo-Compulsivo e Fobia Animal. No fator Perturbação de Ansiedade de Separação, a M revelou não gostar de estar longe da família e ter medo que aconteça

alguma coisa aos seus pais. No fator Perturbação Obsessivo-Compulsivo, revelou querer que as coisas estejam limpas e arrumadas numa certa ordem. No fator Fobia Animal, revelou não conseguir tocar num animal mesmo que não seja considerado realmente perigoso. Quanto à aplicação do questionário realizado pela mãe da M, o fator Perturbação da Ansiedade de Separação apresentou valores acima da média. A mãe referiu que a M não gosta de ir à escola, não gosta de estar distante da família e que tem medo que aconteça alguma coisa à mãe, tendo pesadelos com essa situação. Outro fator com valores acima da média diz respeito à Fobia Social, segundo a mãe a M não gosta de estar com desconhecidos, pois fica envergonhada e nervosa. O último fator que apresentou valores acima da média é relativo à Perturbação Ansiedade Generalizada, segundo a mãe a M é nervosa e preocupada, tem medo de acontecimentos do passado e revela preocupação com a possibilidade de os outros não gostarem dela.

Elementos critério

- Ambiente familiar desorganizado e violento
- Dificuldade na comunicação verbal
- Inibição
- Sintomatologia ansiosa
- Isolamento Social

Hipóteses explicativas

Para um melhor entendimento do caso e com o intuito de traçar um programa de intervenção adequado, torna-se imprescindível estabelecer as hipóteses explicativas.

A M foi encaminhada para a Psicomotricidade devido ao seu contacto inibido, discurso escasso, dificuldades ao nível relacional, manifestações de ansiedade, e dificuldade em estabelecer diálogo com indivíduos do sexo masculino, tendo o diagnóstico de MS.

A dificuldade em estabelecer comunicação com o sexo masculino poderá estar associada às constantes discussões e agressões físicas realizadas por parte do pai à mãe da M, pois a M presenciou várias vezes estes episódios, acabando uma vez por ser alvo das agressões físicas.

De acordo com Monteiro (2014), a instabilidade familiar nomeadamente o divórcio é considerado um fator de risco relevante para o MS. O mesmo autor refere que uma das características destas crianças é a existência de fatores familiares adversos, nomeadamente o conflito parental. Na entrevista a mãe da M mencionou que os conflitos surgiram antes da gravidez e que decorreram até aos 5 anos da M (altura em

que ocorreu o divórcio). Segundo Padovani e Williams (2011), crianças que assistem a situações de violência conjugal estão predispostas a desenvolver problemas cognitivos, emocionais e comportamentais, influenciando paralelamente o seu ajustamento psicossocial. Os problemas a nível cognitivo foram denotados pela professora através do ICCP, que refere que a M revela um rendimento abaixo da média, os problemas a nível comportamental foram expostos pela mãe no ICCP que indica que a M tem um comportamento demasiado infantil face à idade, por último os problemas emocionais foram notados na observação onde parecia existir um bloqueio emocional. A exposição da criança à agressão da mãe é uma forma de violência psicológica para a criança (Pesce, 2009). Por outro lado, as alterações ao nível do domínio emocional na figura materna poderão culminar em dificuldades emocionais e de comportamento na infância e adolescência (Correia & Linhares, 2008). Além disso, a exposição da mãe a situações de ansiedade/stress antes, durante e após a gravidez, é um fator de risco ao desenvolvimento do bebé (Padovani & Williams, 2011).

Considerando a falta de previsibilidade na vida familiar da M ao longo da sua infância, a adoção de comportamentos obsessivos, mencionados quer pela M na SCARED-R, como pela professora no ICCP, podem ser encarados como uma forma da M tentar controlar algo, isto é, de conseguir alguma previsibilidade na sua vida.

Conforme descrito pela mãe da M na entrevista, sempre existiu um cuidado da sua parte em querer fazer tudo pelos filhos, devido a tudo o que já tinham passado. Por tal facto, confessa ter dificuldade em colocar regras e em pedir para participarem nas tarefas domésticas. Apesar do desejo em ser uma mãe suficientemente boa, em algumas situações poderá ter transmitido alguma insegurança à M, nomeadamente nas situações de violência que ocorreram, as quais a M acabou por ser vítima. Além disso, neste ambiente familiar sempre que a figura paterna está presente é violenta, e não aparenta ter estabelecido vinculação com os filhos. A vinculação devia funcionar como um sistema motivacional onde a criança sente consolo e proteção, só assim, a figura de vinculação é encarada como "base segura" (Bowlby, 1982; Monteiro, Verríssimo, Vaughn, Santos & Fernandes, 2008). Se por um lado uma vinculação marcada pela indisponibilidade emocional, relativamente ao pai da M, é relacionada com uma vinculação insegura-evitante (Main, 1981), por outro os maus-tratos estão estreitamente associados a uma vinculação desorganizada e consequentemente menos segura (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010). É esperado que na presença de uma figura de vinculação de base segura a criança procure explorar o ambiente, pois

esta figura é reconhecida como um porto seguro (Tenero & Matos, 2017). No entanto, ao analisar a história familiar da M e a possível vinculação insegura-evitante, são compreensíveis as dificuldades da M em explorar o meio.

De acordo com Costa e Teixeira (2016) a presença de situações de abandono, ausência, medo, humilhação, tristeza e angústia nos primeiros anos de vida da criança podem despoletar comportamentos antissociais. Segundo os autores, a inibição ao nível tónico, emocional e social pode ser um mecanismo de defesa como forma de atenuar a ansiedade. Também os comportamentos de isolamento e a baixa autoestima manifestados pela M vão ao encontro do estudo de Pesce (2009), que revelou que a violência entre os progenitores é um preditor para tais condutas.

Por outro lado, a morte da avó paterna, quando a M tinha 5 anos, é explicada pela mãe como um processo de luto mal resolvido, devido à rapidez com que aconteceu. De facto, parece que a M se encontra na melancolia caracterizada por Freud (1974), caracterizada pela perda de interesse do meio envolvente, isolamento, bloqueio em todas as atividades, perda de capacidade de amar e diminuição acentuada da autoestima.

Em contrapartida, as ideias do tipo persecutório são a consequência de um processo psicológico de proteção contra perigos para *o self* (Colby, Faught & Parkinson, 1979). Possivelmente a M entende o mundo externo como ameaçador explicando assim a sensação de perseguição e controle por parte da madrasta.

Numa outra perspetiva, de acordo com o DSM-5 (APA,2013), para o diagnóstico de MS é necessário que o indivíduo cumpra com cinco critérios, todos respeitados pela M. O primeiro critério diz respeito à incapacidade persistente em comunicar em situações sociais específicas onde é esperado que exista diálogo (por exemplo, na escola), no entanto comunica noutras situações. No caso da M ela não estabelece qualquer comunicação com o sexo masculino, mesmo com o avô materno com quem esta diariamente e que diz gostar muito. O segundo critério refere que esta alteração tem de afetar o rendimento escolar e ocupacional ou a comunicação em contexto social. Na entrevista realizada à mãe da M é referido que esta apresenta um baixo rendimento escolar, pois apesar de nunca ter reprovado passa de ano no limite, tendo negativa a português, matemática e expressão musical. O terceiro critério refere a necessidade de a perturbação ocorrer à pelo menos um mês, não limitada ao primeiro mês escolar. De acordo com a mãe, a M apresenta este quadro clínico desde os primeiros anos de vida mantendo-se até à atualidade. O quarto critério expõe que a incapacidade em falar não ocorra devido a uma falta de conhecimentos ou de

familiaridade com a língua exigida na situação social. De facto, o motivo pelo qual a M não estabelece diálogo, não se deve a fragilidades com a língua. O quinto e último critério refere que esta perturbação não pode ser mais bem explicada pela presença de uma perturbação de comunicação (por exemplo, perturbação de fluência com início na infância) e não ocorre exclusivamente no decurso de uma perturbação do espetro do autismo, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), este quadro clínico caracteriza-se pela dificuldade em iniciar o discurso ou em responder ao outro na interação social, refere ainda que em regra o início ocorre antes dos 5 anos. De facto, na sessão de psicomotricidade a M apresentou grande dificuldade em responder a questões e o aparente bloqueio faz com que não dê nenhuma resposta em concreto, referindo através da comunicação não verbal que não sabe, sendo o discurso escasso e provocado. De acordo com a mesma fonte crianças com este diagnóstico muitas vezes estabelecem o diálogo em suas casas, porém, não o fazem com amigos próximos ou familiares de segundo grau (nomeadamente, avós). No caso da M não comunica com o avô (figura com quem está diariamente) e até ao início do ano letivo de 2018 não conseguia estabelecer laços de amizade, embora na atualidade tenha uma amiga, de quem diz gostar. A timidez excessiva, negativismo, medo do embaraço nas situações sociais e isolamento e retraimento social, são algumas das características presentes na M que suportam o presente diagnóstico.

Perfil Intra – Individual

Tabela 13-Perfil Intra- Individual

Áreas fortes	**Áreas a desenvolver**
Lateralidade	Regulação tónica
Cumprimento de regras	Esquema corporal
	Autoestima
	Comunicação

Objetivos terapêuticos

Tabela 14- Tabela Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	-Regular a tonicidade	-Promover a capacidade de aceder voluntariamente à passividade muscular -Aumentar a consciência dos estados tónicos corporais
	-Promover a consciencialização corporal	- Melhorar o esquema corporal
Socioemocional	-Promover a identidade	- Aumentar a consciência das suas capacidades - Melhorar a autoestima - Aumentar a capacidade de tomada de decisões
	- Melhorar a consciência emocional	- Melhorar o reconhecimento dos estados emocionais no próprio
	-Promover as competências relacionais	-Promover a capacidade de comunicação -Diminuir a inibição social - Aumentar a capacidade empática

Projeto pedagógico- terapêutico

Diretrizes e fundamentação da intervenção

Conforme referido nas hipóteses explicativas, o ambiente familiar da M foi marcado por violência doméstica entre os progenitores. Tal facto poderá ter desencadeado uma vinculação insegura, marcada por sentimentos de desconforto e desamparo, bem como baixa autoestima e comportamentos de isolamento. Além disso, o facto de a M revelar ideias do tipo persecutório poderá indicar uma compreensão do mundo externo como ameaçador. Deste modo, foi fundamental que a intervenção

tivesse por base uma perspetiva relacional, assente numa relação terapêutica securizante e empática, de modo que a criança passasse a encarar a terapeuta como agente securizador e transmissor de segurança e compreensão (Fonseca, 2012; Vidigal, 2005). Para o estabelecimento de uma aliança terapêutica existiram alguns pressupostos que estiveram presentes nas sessões, como a empatia, o conhecimento recíproco, a compreensão, a confiança e a cumplicidade (Costa, 2008; Oliveira & Cruz Benetti, 2015). Foi dado foco aos interesses e motivações da M, de forma a maximizar as suas aptidões, promovendo também a iniciativa, gesto espontâneo, criatividade e a curiosidade (Costa, 2008).

Toda a intervenção foi individual com uma periodicidade semanal, com duração de 45 minutos. Para cada sessão foram trabalhados os objetivos acima traçados e dada preferência a atividades de cariz expressivo e de relaxação, uma vez que através destas a comunicação verbal não é obrigatória.

Ao longo de toda a intervenção foi tido em consideração a visão holística inerente à psicomotricidade, que entende o ser humano como possuidor de um organismo complexo que detém um corpo e um cérebro. Este corpo é considerado um lugar fenomenológico em que o ser humano constrói e co- constrói não apenas a sua identidade, mas também o sentimento e conhecimento de si despoletando sensações, pulsões, emoções e intenções (Fonseca, 2010). Posto isto, foram desenvolvidas atividades de cariz expressivo com vista ao desenvolvimento da identidade, onde o corpo é o principal mediador da ação. Segundo Maximiano (2004) através da mediação corporal o indivíduo é capaz de percecionar sentimentos, emoções e pensamentos que serão importantes para a assimilação da presença de um "eu". De acordo com Damásio (2000), a consciência do sentir e a capacidade de percecionar o corpo é fundamental para a identidade pessoal. Assim, nas sessões de psicomotricidade a M teve oportunidade de aperfeiçoar a sua consciência e expressão emocional, bem como desenvolver a sua identidade pessoal.

Jovens que experienciaram situações de maus-tratos, neglicência, privações, humilhações e ausência de afeto, tendem a desenvolver medo, provocado pela carência, dor psíquica e ofensas, comportamento por vezes apresentado pela M, no caso medo da falha (Costa, 2011). Deste modo, a terapeuta proporcionou uma troca de afetos positiva, uma vez que esta desencadeia vitalidade, energia e fortifica uma vida saudável (Costa, 2011). Paralelamente foram trabalhadas as competências sociais que se encontravam comprometidas, recorrendo a atividades de cariz relacional e psicoafectivo, que

permitem que ocorra com maior facilidade a gestão da afirmação da identidade, para tal a expressividade espontânea foi sempre valorizada (Vidigal, 2005).

Ao longo da intervenção foi dado especial enfoque à utilização de outras formas de comunicação que não a verbal. Esta é uma das vantagens da psicomotricidade que além da linguagem falada permite outras formas de comunicação, recorrendo à expressão motora, mímica, sonora, rítmica, musical e plástica (Costa, 2008). De acordo com Llinares e Rodríguez (2003), estes são ótimos mediadores uma vez em que permitem uma expressão livre e espontânea, que deve ser livre de julgamentos e de avaliações por parte da terapeuta. Dificuldades ao nível da iniciativa e criatividade (manifestadas pela M), são associadas a sentimentos de incapacidade, como tal a terapeuta proporcionou diferentes atividades criativas tendo sempre em vista o êxito, e o desenvolvimento da criatividade, trabalhando consequentemente a autoestima e autoconfiança (Llinares e Rodríguez, 2003; Costa, 2008).

As sessões seguiram uma metodologia semiestruturada, com atividades eleitas pela terapeuta e pela M, trabalhando não apenas as áreas a desenvolver, mas também as áreas fortes. Na sessão foram considerados os interesses da criança mantendo-a motivada e consequentemente com maior desempenho nas tarefas, trabalhando assim a autoestima, a autoconfiança e as competências sociais (Costa, 2008; Fonseca, 2010).

Ao longo da intervenção foram implementados métodos de relaxação, nomeadamente a Relaxação Ativa- Passiva. Segundo Guiose (2007), este método de relaxação permite uma diminuição da contração muscular, provocando um estado de repouso e de calma reparadora. Este método de relaxação permite um reviver de cariz maternal, e é indicado para casos em que a ansiedade esta presente. No caso da M foi possível apurar a sintomatologia ansiosa através do questionário SCARED-R e ao longo das sessões. Esta técnica permite diminuir tensões intracorporais e extracorporais que surgem ao logo da sessão e decorrentes do quotidiano da M.

Estratégias específicas

Na sessão de psicomotricidade, foram adotadas um conjunto de estratégias que contribuíram para um melhor desempenho da M, favorecendo um melhor desenvolvimento ao longo da intervenção. Assim, foram colocadas em práticas as seguintes estratégias: desenvolvimento de uma atmosfera afetiva, segura e não traumatizante (Fonseca, 2012); estabelecimento da afetividade, pois esta encontra-se na base de qualquer relação e é fundamental para a construção de uma relação empática; partir das áreas fortes para as áreas a desenvolver de modo a alcançar os objetivos;

elaboração de atividades tendo em consideração as preferências da M; utilização de objetos mediadores para que o toque não seja considerado invasivo; utilização do reforço positivo (Llinares e Rodríguez, 2003); promoção da autonomia, de forma a que o outro se torne dono de suas ações, tome decisões, pense e resolva conflitos (Llinares e Rodríguez, 2003); e planeamento da sessão através do quadro de argila.

Exemplos de atividades

No início de cada sessão era realizada a atividade "como foi a semana", onde a criança através do desenho expressava como tinha sido a sua semana. No momento final da sessão era realizada a atividade "como me senti", em que através do desenho a criança referia como se sentiu e que atividades gostou mais ao longo da sessão.

Foram realizados jogos de dramatização, que permitiram que a criança personalizasse e externalizasse o seu mundo interno, possibilitando uma troca de papeis, podendo ocorrer uma identificação com o agressor ou com a vítima. Além disso, o recurso a este tipo de atividades permite a expressão através da comunicação não verbal (Costa, 2008; Vidigal, 2005). Foram realizadas atividades expressivas e criativas, com recurso à música, dança e às artes plásticas, a utilização destas atividades contribui para o aumento da autoconfiança (Costa, 2008). Uma das atividades desenvolvidas foi a elaboração de um cofre, para tal foram utilizados diversos materiais de diferentes cores e texturas (tarefa que devido ao seu perfecionismo deteve algumas sessões). Um exemplo de outra atividade com recurso à música e à dança era a deslocação pelo espaço, mediante as emoções mencionadas pela terapeuta, com o avançar da atividade era dada a liberdade de se expressar livremente, podia também utilizar acessórios que ajudassem a caracterizar a emoção. No final de cada sessão a M colocava no cofre uma frase ou um pequeno texto com pensamentos, desabafos ou preocupações.

Progressão terapêutica

A intervenção com a M decorreu entre o dia 25 de janeiro de 2019 e o dia 18 de junho de 2019. Inicialmente foram planeadas 22 sessões, porém, devido às férias escolares e aos feriados só foram realizadas 19. É importante referir que ao longo de toda a intervenção a M foi assídua e pontual.

A primeira sessão ocorreu de modo livre, com o propósito de permitir uma maior liberdade de expressão e de forma que a M não se sentisse demasiado exposta ou sob avaliação. A M permaneceu sempre no mesmo lugar de forma apática, evitou o contacto ocular e corporal e não fez uso da comunicação verbal. Ao longo da sessão não demonstrou qualquer interesse pelos materiais, assim a terapeuta sentiu necessidade de

tentar introduzir atividades, porém, a M continuou a não demonstrar interesse. Posto isto e baseada em Costa (2008), a terapeuta começou a realizar as tarefas sozinha, numa tentativa de provocar interesse e curiosidade na M.

Na sessão seguinte a terapeuta achou importante introduzir a atividade "como foi a semana", inicialmente a M desenhava apenas uma criança e uma mulher triste, com o avançar das sessões começou a abordar mais os acontecimentos da sua semana. No final de cada sessão era realizada a tarefa "como me senti", inicialmente a M desenhava apenas um rosto inexpressivo, porém com o avançar das sessões começou a esboçar os seus momentos favoritos e passou a representar uma criança alegre.

Na quinta sessão a M começou a explorar a sala de psicomotricidade com a terapeuta. Demonstrou muito interesse nos boomwhackers realizando diferentes ritmos com o material, a terapeuta começou a reproduzir juntamente com a criança os vários sons que esta realizava, passando a existir contacto ocular entre ambas. Neste momento foi notório a satisfação da M, possivelmente pelo facto de o outro se interessar por algo que ela realizava. Num outro momento da sessão a M sem intenção bateu com o boomwhacker num balão, fazendo com que este ressaltasse no chão (movimento semelhante ao driblar de uma bola de basquete), a terapeuta sobrevalorizou o momento demonstrando muito agrado na tarefa que a M tinha acabado de "criar". Novamente, o facto de o outro acreditar nas suas capacidades fez com que a M ficasse muito contente, acabando por esboçar um pequeno sorriso.

De modo a trabalhar a consciência emocional, foi realizada a atividade de deslocação pelo espaço de acordo com as emoções, a M evidenciou alguma rigidez muscular, um sorriso por ansiedade e uma dificuldade em representar as várias emoções, mantendo-se inexpressiva, situação que se foi revertendo com o avançar das sessões.

Ao longo da intervenção a utilização da música foi essencial para a participação da M, pois serviu como agente de desbloqueio. De facto, a M ficou menos alerta, aparentando estar mais descontraída, apresentou maior relaxamento muscular e ficou mais recetiva ao toque e ao estabelecimento de uma relação com o outro.

Na sessão em que foi realizada a atividade do cofre a M começou por explorar os materiais e a colocá-los sobre a mesa. No decorrer da tarefa a M começou a fazer uso da palavra e a comunicar com a terapeuta, pedindo auxílio e expondo os seus interesses e curiosidades, porém, despendeu todo o tempo da sessão para fazer dois pequenos recortes. Ao longo da tarefa referiu várias vezes que não ia conseguir ou que não sabia.

Deste modo e considerando o tempo despendido pela M para a realização da atividade foram necessárias cinco sessões para que o cofre ficasse concluído. Após estar finalizado a criança revelou muito interesse com o facto de poder escrever pequenas frases ou textos a que ninguém teria acesso, a não ser que a M permitisse, o que não aconteceu.

Na décima sexta sessão a M evidenciou uma grande progressão sugerindo que realizássemos o jogo da forca, nunca realizado. Ao longo da atividade estava muito empenhada e entusiasmada, e no decorrer da tarefa sorriu e manteve contacto ocular com a terapeuta. Através desta atividade a criança deu a conhecer o seu mundo e os seus interesses, tentando escolher palavras difíceis para que a terapeuta não conseguisse adivinhar. A pedido da M nas sessões seguintes o jogo da forca foi sempre realizado.

No final de todas as sessões foi sempre realizada a relaxação. Inicialmente o método de relaxação escolhido foi a imagética, pois esta permitia que não existisse contacto corporal entre a terapeuta e a criança. Com a realização da imagética a M manifestava reações tónico emocionais, esboçando por vezes um sorriso, nomeadamente quando a terapeuta fazia referência a um lugar seguro, agradável ou desejado, no entanto verificava-se uma grande hipertonia. Com o fortalecimento da relação terapêutica foi implementada a relaxação ativo-passiva, inicialmente eram manifestas tensões musculares e forte resistência aos movimentos, porém, com o avançar das sessões ocorreu uma menor resistência aos movimentos e uma maior regulação do tónus.

Avaliação inicial vs final

Para uma melhor compreensão da evolução da M são apresentadas de modo comparativo as avaliações iniciais e finais. Visto que no início da intervenção a M era bastante inibida existiu a necessidade de implementar vários instrumentos, porém, com o avançar da intervenção a aplicação de alguns instrumentos já não se justificaram, nomeadamente, o CDI, o MABC-II e o ICCP.

No que se refere à avaliação informal inicialmente era uma criança inibida e ansiosa, com contacto evitante e postura hipertónica. Na avaliação final a M esteve mais descontraída e menos ansiosa, passou a procurar o outro para a realização das tarefas, demonstrou menor dificuldade em estabelecer diálogo e começou a permitir o toque terapêutico. O interesse pelos materiais e atividades ocorreu de forma crescente, e por isso a M esteve mais participativa na sessão, o que permitiu melhorar a sua autoestima e autoconfiança. A qualidade do gesto foi adequada e começou a manifestar intenção no

movimento, no entanto continuaram a ocorrer dificuldades na capacidade de planeamento. As dificuldades ao nível do equilíbrio estático e dinâmico diminuíram, apesar de ainda serem notórias algumas oscilações principalmente no equilíbrio estático. Na avaliação final a M apresentou um sorriso concordante com a emoção, passou a expressar afetos e a expor algumas preocupações.

- **DAP**

No que diz respeito à avaliação do DAP (ver tabela 16), a pontuação que a M alcançou permitiu que passasse de uma classificação de deficiente para uma classificação na média (consultar anexo II), equivalente a uma criança de 9 anos e 4 meses, ainda assim inferior à idade. No quadro seguinte estão representados os valores comparativos da avaliação inicial e final, o (H) representa o homem, o (M) a mulher, e o (P) o próprio:

Tabela 15- Comparação Avaliação Inicial e Final DAP

	(H) Inicial	**(H)** Final	**(M)** Inicial	**(M)** Final	**(P)** Inicial	**(P)** Final	**Totais (H+M+P)** Inicial	Final
Valor bruto	28	39	36	44	28	40	92	123
Valor Standard	70	90	84	98	70	91	70	91
Percentil	2	25	14	45	2	27	2	27

Como podemos observar as melhorias foram significativas. Tal como na avaliação inicial o desenho do homem foi o único realizado em menos tempo. Comparativamente à avaliação inicial a M passou a desenhar nariz, orelhas, pescoço e dedos (ainda que não fossem cinco). No desenho do próprio existiram progressos, passou a desenhar um sorriso no rosto e não sobrepôs o cabelo ao tronco, algo que tinha feito na avaliação inicial.

- **BPM**

Relativamente à aplicação do fator tonicidade da BPM, a M apresentou progressos, passou de um nível de realização dispráxico para um nível eupráxico (ver figura 3).

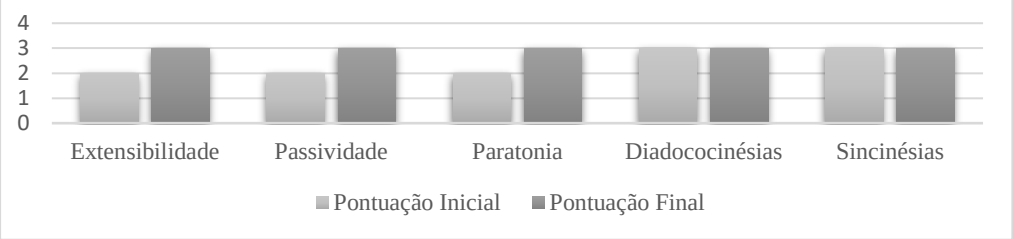


Figura 3- Comparação Avaliação Inicial e Final BPM

Ao longo da prova a M estava mais descontraída e menos preocupada com a aproximação da terapeuta. No subfator extensibilidade a M apresentou melhorias nos membros inferiores, porém, nos membros superiores manteve a mesma cotação que na avaliação inicial. No subfator passividade apresentou descontração muscular em todos os membros e conseguiu realizar movimentos passivos e pendulares (contrariamente à avaliação inicial). No subfator paratonia a M estava menos tensa e mais descontraída, não ocorrendo bloqueios como na avaliação inicial. Apesar de nos subfactores diadococinésias e sincinésias a M ter mantido a mesma cotação que na avaliação inicial, apresentou-se mais confiante em ambas as provas.

- **SCARED-R**

Quanto à aplicação do questionário, os resultados da avaliação apresentam-se na tabela abaixo (ver tabela 16).

Tabela 16- Comparação Avaliação Inicial e Final SCARED-R

Fator	**Resultados M**		**Resultados Mãe**	
	I	**F**	**I**	**F**
Perturbação de pânico	1	0	3	1
Perturbação de ansiedade separação	6	6	9	10
Perturbação de ansiedade generalizada	3	1	8	13
Fobia social	3	2	6	8
Fobia animal	3	1	0	0
Fobia de situações relativas ao meio ambiente	3	1	1	2
Fobia de sangue/ injeções/ ferimentos	2	0	2	1
Perturbação obsessivo-compulsiva	5	3	2	3
Perturbação de stress pós-traumático	1	0	0	2
SCARED – R (Total score)	26	14	31	40

No decorrer da prova a M estava mais atenta, focada e descontraída. O fator Perturbação de Ansiedade Separação continuou acima da média em ambas as aplicações (mãe e M). Nos outros fatores foram observadas melhorias em pelo menos uma das aplicações (mãe ou M). Relativamente à aplicação do questionário realizado à mãe podemos observar um aumento dos resultados. Talvez pelo facto de esta ter realizado a avaliação inicial na unidade, estando assim menos atenta (por existirem vários estímulos ao seu redor), ou com o facto de estar mais consciente e recetiva sobre as dificuldades e

necessidades da filha ao longo de toda a intervenção, algo que num momento inicial não foi sentido pela terapeuta.

Discussão

Para o sucesso de uma intervenção é fundamental o trabalho de uma equipa multidisciplinar, onde através de reuniões é possível discutir casos, analisando a sua evolução e comportamento nas diversas áreas. Além disso, é fundamental uma abordagem multidisciplinar, onde a terapeuta inclui no projeto terapêutico a família e a escola (Costa, 2008).

O estabelecimento de uma relação terapêutica foi um princípio fundamental que sustentou toda a intervenção, pois após a realização da anamnese foi possível verificar que na vida familiar da M existia alguma instabilidade emocional e uma vinculação insegura. Segundo Costa (2008), o desenvolvimento de uma aliança terapêutica permite uma maior estabilidade emocional e um sentimento de segurança que no caso da M era essencial. Ao longo da intervenção a M abandonou a postura inicialmente inibida e adotou uma postura mais alegre e proactiva, além disso, começou a explorar mais o espaço, a desabafar com a terapeuta, a permitir o toque e a expor o seu mundo. Note-se que inicialmente a M parecia querer trespassar a parede e retraía-se sempre que a terapeuta se aproximava, porém, com o avançar da intervenção a M estava mais disponível, o que tornou mais fácil o estabelecimento de uma relação terapêutica. Começou a chegar às sessões com um sorriso, procurava a terapeuta, estava mais desinibida e fazia uso da palavra. Estas melhorias podem ser o resultado da construção de uma atmosfera afetiva e segura, que é um dos principais objetivos a atender nas sessões de psicomotricidade (Jolivet, 1969). Pois o estabelecimento de um ambiente de confiança possibilita um maior envolvimento entre a criança e a terapeuta, permitindo trabalhar diversos objetivos (Doublineau, 1966).

Ao longo da intervenção a M começou a apresentar maior autoestima e autoconfiança, diminuindo as situações em que referia que “não era capaz”. Existiram melhorias ao nível da noção do esquema corporal, manifestadas ao longo da intervenção e na aplicação do DAP, nomeadamente na realização do desenho do “próprio”. Foram também sentidos progressos na capacidade de tomar decisões, pois a M passou a ser capaz de escolher atividades e a propor outras, nomeadamente o jogo da forca, possivelmente por estar mais motivada. Todas estas melhorias parecem ser o resultado de uma intervenção baseada nos interesses e prazeres da pessoa (Costa, 2008), em que a utilização de atividades livres, permite que experiencie o ser autónomo, o confiar em si

mesmo, o ser eficaz, e o ter liberdade para realizar o que pretende, trabalhando a autovalorizarão (Fernandes, Gutierres Filho, & Rezende, 2018).

O recurso a atividades em que a comunicação verbal não fosse necessária trouxe segundo a ideia Lapierre (2002) vários benefícios à intervenção. Segundo o autor na intervenção psicomotora deve prevalecer a comunicação não verbal, sendo sempre respeitado o silêncio do outro, e dada oportunidade à criança de representar vivências do seu inconsciente. De facto, no início da intervenção a M mantinha-se retraída na atividade "como foi a semana", pois apresentava bastante dificuldade em descrever no quadro a sua semana, porém, no final da intervenção já era capaz de o fazer. O mesmo aconteceu com a atividade "como me senti", em que inicialmente não realizava detalhes e com o avançar da intervenção começou a desenhar os seus momentos favoritos. Os progressos sentidos ao nível da consciência emocional vão ao encontro da literatura, que afirma que as sensações ao serem partilhadas no jogo são mais facilmente integradas e consequentemente percebidas e representadas (Fernandes, Gutierres Filho e Rezende, 2018). Segundo Alexandroff (2012), estas melhorias são também o resultado da adoção de atividades de cariz expressivo, que permitem à criança passar para a esfera da representação as emoções retraídas, sendo exemplo as atividades com recurso à música, onde era dada possibilidade à M para se expressar.

As melhorias ao nível do tónus, nomeadamente a capacidade de aceder à passividade, bem como as melhorias sentidas no subfactor extensibilidade e paratonia da BPM, vão ao encontro da literatura que afirma que através da relaxação o indivíduo tem oportunidade de: criar um lugar para o próprio corpo, diminuindo a inibição; desenvolver a capacidade de pensar, rompendo a esfera materna; e permitir-se conhecer e sonhar. Além disso, a relaxação é indicada para crianças que apresentam sintomatologia ansiosa (Bergès- Bounes, 2011).

2. Estudo Caso II

Nome: I

Idade: 6 anos

Género: Masculino

Ano de Escolaridade: 1º ano

Motivo do encaminhamento para psicomotricidade

O I foi encaminhado para a Área de Dia, pela Pedopsiquiatra por Instabilidade Psicomotora. O motivo do encaminhamento relacionou-se com os benefícios da Área de Dia, nomeadamente o facto de ser de intervenção grupal e existirem dois ateliês (expressão plástica e psicomotricidade).

História pessoal e clínica

Na realização da entrevista a mãe não cooperou com a terapeuta, sendo necessário utilizar a entrevista realizada em julho de 2016 pelo Pedopsiquiatra que acompanhava o I.

O I é um menino que nasceu às 38 semanas e foi fruto de uma gravidez planeada. A mãe sofreu 3 abortos espontâneos antes do nascimento do I, por isso ao longo da gravidez esteve muito ansiosa. No decorrer da gestação existiram diversos conflitos na relação conjugal dos progenitores do I, nomeadamente situações de violência doméstica, existindo diversas separações.

Após o nascimento a mãe contraiu uma infeção pélvica e ficou 5 dias internada no hospital. Nos primeiros meses a mãe sentia-se muito cansada e amamentou até aos 5 meses. Os cuidados básicos foram prestados pela mãe, a irmã, a avó materna e o pai, sendo este o cuidador que passou mais tempo com o I, uma vez que estava desempregado. Ao nível do sono são referidos alguns problemas, pois o I era um bebé bastante agitado parecia ter pesadelos e chorava e gritava até acordar, sendo necessário contacto físico entre este e a mãe para adormecer. Nunca conseguiu dormir sozinho, não tinha quarto próprio e por isso dormia no quarto dos pais.

No que diz respeito às questões de desenvolvimento, o I começou a andar e a dizer as primeiras palavras (mamã e papá) aos 16 meses. Aos 24 meses já dizia frases completas e tinha o controlo dos esfíncteres. Desde 2016 é acompanhado pela consulta de oftalmologia devido ao estrabismo. Ao nível educacional os pais não iam matricular o I na escola, tendo sido o pedopsiquiatra a referenciar o caso à assistente social da

unidade, para que esta pudesse avançar com o processo. Entrou para a escola e atualmente está no 1º ano.

Ao longo da entrevista a mãe referiu que o I era muito agitado, era capaz de estragar um brinquedo novo em menos de 5 minutos. Referiu também que tinha de estar muito atenta ao I, pois uma vez agarrou no gato de estimação e colocou-o dentro da máquina de lavar, e num outro episódio começou a explorar um isqueiro e acabou por pegar fogo a uma divisão da casa. O I pedia à mãe para participar nas suas brincadeiras, mas devido ao cansaço nunca tinha disponibilidade, pois segundo o pedopsiquiatra esta trabalhava muito. A mãe revelou dificuldade em impor limites, e segundo o pedopsiquiatra o I apresentava ansiedade de separação relativamente à mãe.

No que diz respeito ao contexto familiar e à história psicopatológica, a mãe é quem sustenta a família, apresenta síndrome de Behcet e é muito deprimida e ansiosa. O pai é toxicodependente. Quando o I tinha 2 anos, a mãe esteve de cama devido ao seu quadro clínico, e passados 2 anos esteve de baixa por apresentar sintomas ansiogénicos, nomeadamente ataques de pânico. É seguida em consulta de psiquiatria no HGO, por "*depressão com esgotamento*" [sic.] e devido ao historial clínico o Pedopsiquiatra que seguia o I colocou a hipótese de perturbação da personalidade.

A mãe já foi casada 2 vezes, do primeiro casamento nasceu a irmã do I dois anos mais velha, e do segundo casamento nasceu o I, ambos os casamentos terminaram devido a situações de violência doméstica. Quando o I tinha 3 anos após uma discussão com agressões mútuas entre os progenitores, que este presenciou, a separação foi definitiva. A relação entre os progenitores foi sempre instável, porém, um ano após a separação definitiva a mãe pedia ajuda do pai do I para fazer obras em casa e este acabava por passar lá a noite.

Na consulta de pedopsiquiatria o I apresentou uma postura de oposição, segurou nos objetos de forma violenta, no entanto no final da consulta não queria sair evidenciando uma ansiedade de separação. Foi solicitada uma avaliação psicológica, porém, não foi possível realizar dada a postura de oposição do I.

Plano de avaliação

Tendo em conta toda a informação disponibilizada pela psicóloga e pela pedopsiquiatra que segue atualmente o I, foram selecionados instrumentos informais e formais, no sentido de melhor compreender e pensar o caso do I. O início da avaliação foi marcado pela utilização dos instrumentos informais, sendo o caso da entrevista (realizada à mãe pela pedopsiquiatra) e da observação com preenchimento da grelha de

observação psicomotora. Os instrumentos formais utilizados foram o DAP, o fator tonicidade da BPM e o ICCP para pais.

A aplicação do ICCP à mãe decorreu da necessidade de completar alguns dados da anamnese. A aplicação do DAP teve como finalidade obter informação sobre a noção do esquema corporal e da imagem corporal. A aplicação do fator tonicidade da BPM teve como objetivo compreender o estado do tónus.

Resultados da avaliação inicial

Avaliação Informal

A observação ocorreu na sala de Psicomotricidade no dia 8 de outubro de 2018, nesta fase o grupo era constituído por 3 elementos, porém, só o I compareceu às primeiras sessões, o que facilitou a recolha dos dados para o preenchimento da grelha.

Ainda na sala de espera foi possível observar que o I tinha uma aparência cuidada e investida, vestuário limpo e adequado, com desenvolvimento estato-ponderal sem alteração.

Na sala de psicomotricidade o I revelou ser um menino com contacto evitante, com intenção no movimento e com planificação espontânea. Com o decorrer da sessão procurou, pontualmente, as terapeutas de modo a participarem nas atividades que proponha. Demonstrou aceitar e reconhecer o adulto, porém, quando a tarefa não seguia o rumo que pretendia ficava imediatamente frustrado, o que despoletou diversas passagens ao ato. Relativamente à postura evidenciou uma necessidade constante de se movimentar, e manifestou uma atenção dispersa.

Ao nível da comunicação não verbal, apresentou intenção no olhar, um sorriso discordante por ansiedade, e apresentou uma expressão facial por ansiedade/ zanga ou cólera. Por vezes na sessão gritou: *"vou ficar zangado, olhem que eu grito alto até partir todos os vidros"* [sic.]. Era uma criança notoriamente zangada, que não conseguia disfrutar de um momento prazeroso. Quando a atividade começava a ser agradável o I interrompia e dizia que nunca ninguém brincava com ele, e que a mãe, a avó e a irmã não lhe davam atenção. Ao longo da sessão nunca falou sobre o pai, dando a entender que não existia ligação entre ambos. Exibiu uma qualidade do gesto brusca e por vezes impulsiva.

Na tarefa, os interesses do I eram por vezes descontextualizados, queria fazer casas e atividades com zombeis (corridas de zombies, batalhas com zombies, etc.). Apresentou uma atitude em imposição, exigiu a realização de várias atividades às terapeutas, não demonstrou sentido de entreajuda nem de cooperação, e era uma criança

moderadamente competitiva. Quanto à relação com os materiais, o I apresentou uma postura assertiva, utilizou os materiais de acordo com o valor simbólico. Relativamente ao pensamento simbólico, por vezes demonstrou uma prova difusa da realidade. Por exemplo, num momento da sessão começou a fazer uma batalha de zombies e parecia acreditar que na sala existia mesmo um zombie, ou quando numa das sessões referiu estar a ouvir zombies e ficou assustado e preocupado.

Relativamente à interação com o grupo, o I não criou relação, despendeu muito tempo para a realização de uma casa, em que a maior preocupação era não entrar luz, e lá dentro ficou em posição fetal. Ninguém se podia aproximar ou tocar na casa, pois o I ficava extremamente chateado e frustrado.

Relativamente à expressão motora o I apresentou um equilíbrio estático e dinâmico adequado. Apresentou dificuldade no reconhecimento de esquerda- direita em si e no outro, mas o seu lado dominante a nível pedal e manual é o direito. Evidenciou uma coordenação óculo-manual adequada, no entanto a coordenação óculo- pedal era imatura.

Avaliação Formal

A avaliação formal foi realizada a 5 de novembro de 2018.

- **DAP**

A aplicação do DAP não correu como pretendido, pois, a intenção era que todas as crianças do grupo realizassem a prova ao mesmo tempo, porém, o I não colaborou. Ficou muito agitado e quando lhe foi pedido para realizar a tarefa foi para dentro de uma casa que tinha construído. Por esse motivo foi pedido que o I comparecesse a uma sessão individual. Assim, no DAP o I obteve a classificação total de deficiente (ver tabela 17), equivalente a uma criança com idade inferior a 5 anos, portanto inferior à sua, (ver anexo III).

Tabela 17- Avaliação Inicial DAP

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	**Totais (H+M+P)**
Valor bruto	16	18	18	52
Valor standard	73	76	76	71
Percentil	4	5	5	3

No que diz respeito ao desenho propriamente dito, foi realizado com a folha na horizontal. Despendeu cerca de 1 minuto para cada desenho e nenhum foi realizado a duas dimensões. O desenho do próprio foi o que o I investiu menos, representou um sorriso, no entanto foi o único que não representou cabelo e pés. O desenho da mulher

foi o único que representou uma peça de vestuário (uma saia), e no desenho do homem representou flatulência.

- **BPM**

A avaliação do fator tonicidade da BPM, não foi realizada de forma completa, pois o I começou a recusar realizar a prova à medida que iam surgindo mais exercícios (ver figura 4).

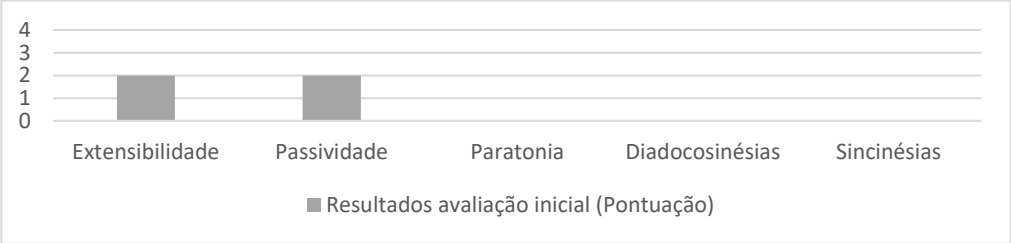


Figura 4- Avaliação Inicial BPM

Deste modo, os únicos fatores avaliados ainda que de forma incompleta, foram a Extensibilidade (não realizou a última prova deste fator), e a Passividade (não realizou as provas dos membros inferiores). Apresentou um perfil hipertónico e por tal facto, o I evidenciou um nível de realização dispráxico.

- **ICCP**

Relativamente ao ICCP realizado pela mãe os resultados apresentam-se na tabela abaixo (ver tabela 18).

Tabela 18- Avaliação Inicial ICCP

Fator	**Resultados do I.**	**Análise dos Resultados**
Oposição	19	Disfuncional
Agressividade	7	Próximo do disfuncional
Hiperatividade	8	Normal
Depressão	7	Patológico
Problemas sociais	7	Disfuncional
Queixas somáticas	9	Patológico
Isolamento	3	Abaixo da Média
Ansiedade	6	Patológico
Comportamento obsessivo	2	Abaixo da Média
Total	68	Disfuncional

Através da análise da tabela é possível identificar que 7 dos 9 fatores avaliados, encontram-se acima da média.

No fator Comportamento Obsessivo e no fator Isolamento, ambos a baixo da média, destacaram-se duas respostas, a frequente prisão de ventre e o facto de este amuar facilmente. No fator Hiperatividade a mãe relatou que o I é muito impulsivo e hiperativo, tem dificuldade na concentração e que o seu trabalho escolar é fraco. No fator Agressividade a mãe referiu que o I é um menino que destrói as coisas, que se magoa muito e que é muito desobediente na escola e em casa. No fator Oposição descreveu o I como uma criança que exige muita atenção, que discute por tudo e por nada, e que apresenta alterações bruscas de humor. Referiu também que o I arrelia bastante os outros, grita muito, é teimoso e barulhento, e que se exalta facilmente e choraminga. No fator Problemas Sociais a mãe mencionou que as outras crianças não gostam do I, que este gosta de brincar com crianças mais novas, que o I sente que tem de ser perfeito e que apresenta grande preocupação com a limpeza e asseio. No fator Depressão contou que o I se queixa de solidão e de ninguém gostar dele. No fator Queixas Somáticas mencionou que o I tem muitas vezes dores no corpo, tonturas e náuseas. Por último, no fator Ansiedade a mãe relatou que o I é uma criança muito nervosa, que tem muitos pesadelos e que tem muita dificuldade em dormir.

Na segunda parte do questionário a mãe mencionou que o I não tem nenhum amigo íntimo, e que o seu comportamento com os progenitores é pior quando comparado com outras famílias.

Elementos critério

- Ambiente familiar desorganizado e violento
- Alterações bruscas do humor
- Intolerância à frustração
- Agressividade com os materiais
- Dificuldade no cumprimento de regras
- Agitação psicomotora
- Entusiasmo e interesse pelas sessões

Hipóteses explicativas

No sentido de melhor compreender o caso do I e com o propósito de estabelecer um projeto terapêutico adaptado torna-se fundamental o estabelecimento das hipóteses explicativas.

De acordo com Carlesso e Souza (2011) a depressão materna no período pós-parto pode acarretar consequências relevantes ao desenvolvimento infantil e na díade mãe-bebé. As consequências da depressão materna podem manifestar-se nas crianças ao

nível do desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico, e mais tarde na puberdade ao nível do desenvolvimento socio-emocional e comportamental (Murray, Halligan, Adams, Patterson & Goodyer, 2006; Singer et al., 1999). Mães deprimidas e pouco responsivas geram em seus filhos respostas deprimidas, e quanto maior for a sintomatologia depressiva mais provável é o desenvolvimento de uma vinculação insegura (Bowlby, 1993; Schmuckeret al., 2005). Indivíduos que passam por carências extremas ao longo da primeira infância, nomeadamente por situações de negligência, podem apresentar carência nas habilidades sociais (Azevedo e Arrais, 2006).

O stress materno durante a gravidez pode apresentar implicações no parto, na gestação, e ao nível emocional e comportamental da criança. Assim, segundo um estudo realizado por Weinstock (1997), bebés crias em que as mães foram expostas a situações de stress durante a gestação, apresentavam maiores dificuldades em lidar com situações geradoras de stress, comparativamente a bebés crias em que as mães não sofreram esta exposição. De acordo com O'connor, Heron, Golding, Beveridge e Glover (2002), elevados níveis de ansiedade em períodos tardios da gravidez, estão associados a hiperatividade/ desatenção e a problemas emocionais e comportamentais na criança. Tais comportamentos foram percetíveis na observação informal e da aplicação do ICCP à mãe. Segundo Davids, Holden e Gray (1963), crianças que foram criadas durante a gravidez por mães mais ansiosas apresentam piores resultados nos testes de ajustamento emocional.

A manifestação de queixas somáticas pode ocorrer quando existe exposição a situações de trauma, surgindo dor de cabeça, dor de barriga, tensão muscular, entre outras (Kugler, Bloom, Kaercher, Truax, & Storch, 2012). Outro estudo refere que quanto maior é a presença de acontecimentos negativos na vida de uma criança, maior é a expressão das queixas somáticas. De acordo com o estudo a manifestação dos sintomas esta associado a diversos acontecimentos, nomeadamente o facto de habitar com uma família disfuncional (Vanaelst, et al., 2012). No ICCP aplicado à mãe o fator queixas somáticas apresenta valores acima da média.

Segundo Pereira, Costa, Tojal e Tendais (2017), a qualidade da vinculação entre pais e filhos e a interação parental que possuem, influencia o modo como as crianças reagem ao stress, às ameaças e aos desafios ambientais. Em algumas situações a qualidade da vinculação é afetada pela dependência de um dos progenitores a substâncias elícitas, comprometendo o desempenho das funções parentais. Pais

toxicodependentes geralmente são menos focados no filho e consequentemente menos afetivos, existindo alguma dificuldade em impor regras (Muchata, 2011).

A separação parental é dos maiores fatores a afetar o desenvolvimento infantil, tal não se deve a separação em si, mas aos conflitos que ocorrem entre o casal (Eymann, Busaniche, Llera, De Cunto & Wahren, 2009). Desta forma o desenvolvimento da criança dependerá também da atitude dos pais perante a separação, e do apoio oferecido ao filho. Conforme relatado pela equipa do HGO os pais do I separaram-se e depois juntaram-se diversas vezes, demonstrando uma dificuldade na capacidade de resolução do conflito e de oferecer apoio ao filho. Conforme Pesce (2009), existe uma associação entre o ambiente familiar desorganizado, nomeadamente situações de violência doméstica, e a manifestação de comportamentos externalizantes (agressividade, condutas desafiadoras e comportamento transgressor). A autora verificou que vários estudos em saúde mental relacionados com a violência doméstica, revelam que a exposição à violência doméstica por si só é uma forma de violência psicológica à criança.

As dificuldades que o I apresentou ao nível do sono advêm de situações de conflito conjugal, stress familiar e psicopatologia materna, nomeadamente depressão (Tereno & Matos, 2017). De acordo com um estudo os terrores noturnos são frequentes em crianças cujo sistema nervoso é ainda imaturo. Na amostra estudada as crianças apresentaram danos nos relacionamentos sociais, devido a comportamentos agressivos e/ou agitação (Potasz et al., 2008).

Este foi um caso alvo de muita discussão por parte da equipa e mediante os vários comportamentos adotados pelo I a equipa pensou em diversos diagnósticos. Considerando toda a história clínica do I a equipa propôs um diagnóstico de Patologia Limite da Personalidade. Esta perturbação é caracterizada por uma ansiedade que apenas é exteriorizada quando o indivíduo passa ao ato de agir. Estas passagens ao ato, que são praticamente inconscientes, funcionam como uma forma de prevenirem danos narcísicos (André, Benavidès & Giromini, 2004). Efetivamente através da aplicação do ICCP, os subfactores agressividade e ansiedade ultrapassam a média e o desvio padrão, além disso, a observação foi marcada por diversas passagens ao ato. Segundo André, Benavidès e Giromini (2004), é inerente a esta perturbação a angústia da separação, caracterizada pelo medo do abandono ou da perda de objeto. De facto, através da realização da anamnese, a mãe referiu que durante a noite o I tinha de dormir consigo, de modo a manter contacto físico, pois só assim o I conseguia adormecer. Além disso,

quando a sessão estava quase a terminar o I evidenciava um desespero súbito. Para estes indivíduos a ausência é sinónimo de inexistência. A relação com o outro é marcada por uma forte dependência, em que o relacionamento é exigente, do tipo anaclítico (forte dependência emocional) e de controle sobre o outro, apesar de existir uma dificuldade em manter a relação na continuidade (André, Benavidès & Giromini, 2004). Através da observação foi evidente a procura pela atenção das terapeutas, ficando frustrado sempre que não era correspondido. Ao longo da intervenção acabou por escolher uma terapeuta, com quem se identificou mais. Outra característica desta perturbação é a intolerância à solidão, pois em momentos de isolamento estes indivíduos são dominados por sentimentos de vazio e de não existência, por tal facto, são considerados indivíduos omnipotentes, regressivos e imaturos (André, Benavidès & Giromini, 2004). De facto, o I, referia que todos o abandonavam, queixava-se de solidão e apresentava atitudes imaturas, por exemplo, fazia muitas birras. Outra característica é a hipersensibilidade afetiva que se traduz num sentimento doloroso, resultante de um ataque de autoestima negativa, sobretudo quando existem outras pessoas a observarem o seu fracasso na atividade, provocando raiva e passagens ao ato (André, Benavidès & Giromini, 2004). O I não gostava de ser observado na realização das tarefas, sobretudo na construção da casa, ficando extremamente frustrado e chateado quando os materiais derrubavam. Segundo André, Benavidès e Giromini (2004) é principalmente a raiva e a hostilidade que caracterizam a Patologia Limite Personalidade. A raiva é desajustada e a hostilidade exagerada, de facto através do ICCP o fator agressividade apresenta valores acima da média. Por último, outra característica presente no I é o funcionamento depressivo, caracterizado por desespero e desamparo, manifestado através da raiva, resultante do facto de estes indivíduos não se sentirem bem no próprio corpo (André, Benavidès & Giromini, 2004).

De acordo com a equipa multidisciplinar o I cumpre com os critérios para o diagnóstico estabelecido pelo DSM-5 (APA, 2013), de Perturbação Estado- Limite (Borderline) da Personalidade, que num quadro conceptual ao nível da pediatria seria denominado de Patologia Limite da Personalidade. Segundo o DSM-5 esta patologia é caracterizada por uma instabilidade na autoimagem, nos objetos pessoais, nas relações interpessoais e nos afetos, seguida de impulsividade, hostilidade e/ou comportamentos de risco. Os indivíduos têm de possuir um défice moderado ou superior da personalidade, e apresentar dificuldade em duas ou mais das 4 áreas (identidade, autodireção, empatia e intimidade). O I apresenta dificuldade em 3 áreas. Na identidade,

marcadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, sentimentos de vazio e estados dissociativos sob stress. Na empatia, em que há uma incapacidade no reconhecimento dos sentimentos e necessidades do outro, associada à hipersensibilidade (tendência a sentir-se menosprezado ou insultado). E na intimidade, em que as relações são próximas, intensas e conflituosas caracterizadas por desconfiança, dependência e preocupação ansiosa, em que por momentos há um sobre envolvimento e em outros um afastamento. A mesma fonte refere que os indivíduos têm de cumprir 4 ou mais dos seguintes 7 traços de personalidade, todos evidentes no I (labilidade emocional, ansiedade, insegurança de separação, depressividade, impulsividade, envolvimento em comportamentos de risco e hostilidade). Relativamente à labilidade emocional o I apresentou mudanças de humor frequentes, e instabilidade emocional. No que diz respeito à ansiedade, o I apresentou nervosismo, pânico e tensão. Quanto à insegurança de separação, apresentou medo de rejeição dos pares e no final da sessão demonstrou desespero súbito. Em relação à depressividade o I sentiu-se muitas vezes em baixo e, por vezes, tinha dificuldade em sair desse estado de humor. No que toca à impulsividade o I agia sem medir as consequências. Relativamente ao envolvimento em comportamentos de risco, o I já esteve envolvido em atividades perigosas, nomeadamente a situação em que pegou fogo a uma divisão da casa. Quanto à hostilidade, o I evidenciou frequentemente sentimentos de raiva em resposta a pequenos aspetos.

Perfil Intra-Individual

Tabela 19- Perfil Intra- Individual

Áreas fortes	Áreas a desenvolver
Coordenação óculo- manual	Regulação Tónica
Equilíbrio	Regulação Emocional
	Relação Interpessoal
	Esquema corporal

Objetivos terapêuticos

Tabela 20- Objetivos Terapêuticos

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	-Regular a tonicidade	- Promover a capacidade de aceder voluntariamente à passividade muscular
	-Promover a consciencialização corporal	-Promover a noção do esquema corporal - Melhorar a noção de realidade interna/externa
Socioemocional	-Desenvolver a consciência emocional	-Melhorar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si e no outro
	-Melhorar a regulação emocional	-Melhorar o controlo aos impulsos -Aumentar a resistência à frustração - Desenvolver mecanismos de autocontrolo
	-Desenvolver competências sociais	- Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro - Aumentar a capacidade empática - Diminuir a tendência para o isolamento

Projeto pedagógico- terapêutico

Diretrizes e fundamentação da intervenção

O I beneficiou de sessões de psicomotricidade realizadas em grupo, com uma periodicidade semanal e com uma duração de 60 minutos. Ao longo da intervenção foram trabalhados os objetivos acima mencionados.

Ao longo da intervenção foi dado especial enfâse ao "*setting*" terapêutico por este ser um elemento organizador para a criança. Em todas as sessões existiam os mesmos materiais, pois estes funcionam como mediadores e o facto de estarem na continuidade da relação faz com que sejam imprescindíveis para a intervenção (Costa, 2017).

A intervenção grupal trouxe diversos benefícios para a progressão terapêutica do I. De acordo a anamnese realizada à mãe, o I era uma criança que se isolava no quarto, queixava-se de solidão e referia várias vezes que ninguém brincava com ele. Em grupo as crianças têm a possibilidade de estar com outras crianças, e isso desencadeia um sentimento de pertença a um grupo. O grupo passa a ser encarado como um lugar de consolo, satisfação e prazer (Vidigal, 2005). Numa intervenção grupal os pares promovem a aprendizagem, fortalecem o crescimento pessoal e social, estimulam a motivação e a competência para a resolução de problemas, lidam com diferentes sugestões de atividades, têm acesso a uma maior variedade de situações- problema e ainda possibilitam a apreciação, reflexão e sentido crítico (Costa, 2017).

Tendo em conta algumas características da Patologia Limite da Personalidade, nomeadamente a dificuldade na regulação emocional, no controlo dos impulsos e no funcionamento interpessoal, foi essencial que a intervenção beneficiasse de uma perspetiva relacional, de modo a promover e a potencializar a relação entre as terapeutas e o I. Segundo Costa (2017), para o sucesso da intervenção é essencial o estabelecimento de uma aliança terapêutica. O terapeuta deve manter uma equidistância de forma a conseguir desempenhar o papel de terapeuta e de reparador, de modo a ocorrer uma diminuição dos sentimentos de medo da perda e abandono, desproteção e angústia, desconfiança e vergonha característicos da patologia (Veríssimo, 2012). Tendo em conta os sentimentos de tristeza característicos da patologia, as terapeutas devem estimular vivências que provoquem sentimentos de bem-estar, otimismo e satisfação (Bach, & Farrell, 2018).

Ao longo da intervenção foi necessário recorrer ao jogo espontâneo, uma vez que nem sempre os interesses do grupo coincidiam. Este é um recurso muito utilizado

na psicomotricidade em saúde mental, por possibilitar a manifestação de vivências arcaicas e de angústias primitivas (Revière, 2010). A utilização do jogo espontâneo ao longo da intervenção permite à criança agir mediante o seu ritmo e interesse, trabalhando paralelamente a motivação, a corresponsabilização e a consciencialização (Costa, 2008). Ao concedermos à criança a possibilidade de se expressar livremente estamos a disponibilizar ferramentas para que esta se perceba corporalmente, e seja assim, capaz de se diferenciar do outro. Nesta sequência a criança é preparada para o diálogo corporal, onde o movimento e o gesto exibem um efeito essencialmente relacional e afetivo (Vidigal, 2005). Dadas as dificuldades do I ao nível da regulação emocional e das competências sociais, ao longo da intervenção as terapeutas devem intervir na sessão de modo a consciencializarem as vivências (Losivaro, 2012).

No final de cada sessão existia sempre um momento de retorno à calma. As terapeutas tentaram introduzir o método de relaxação designado Treino Autógeno de Schultz, por este permitir um estado de repouso, diminuir as tensões e trabalhar paralelamente a regulação emocional (Costa, 2008), porém, este método nunca foi aceite pelo grupo.

Estratégias específicas

De modo a potencializar o desempenho do I ao longo da intervenção foram adotadas um conjunto de estratégias, nomeadamente: estabelecimento de uma atmosfera segura e afetiva; desenvolvimento de uma relação empática de modo a promover a afetividade; partir das áreas fortes para as áreas a desenvolver de forma a trabalhar os objetivos; utilização de materiais mediadores do toque; os materiais encontravam-se organizados sempre do mesmo modo no início da sessão; promoção da autonomia, de forma a que a criança se torne responsável pelas suas ações, reflita, tome decisões e resolva conflitos; e fornecimento de estratégias que ajudam a acalmar nos momentos de maior raiva e hostilidade (Costa, 2008; Fonseca, 2012; Llinares e Rodríguez, 2003).

Exemplos de atividades

Ao longo da intervenção surgiram algumas atividades que foram desenvolvidas de modo a potencializar a participação do I e a promover as áreas a desenvolver.

Foram desenvolvidos jogos de imitação, em que através da mímica um elemento do grupo reproduzia um tema previamente escolhido, para os elementos do grupo adivinharem. Esta atividade permitia trabalhar o estar em grupo, a capacidade de escuta e de controle de impulsos. Foram também realizadas atividades de dramatização que permitiam às terapeutas ter acesso ao mundo interno da criança sem ser necessário o uso

obrigatório da palavra (Vidigal, 2005; Costa, 2008). Foram também introduzidas atividades em que era dada oportunidade ao I de exteriorizar a sua impulsividade e agressividade. No espaço eram colocados colchões e objetos de esponja para que o I pudesse, por exemplo, pular sem se magoar, atirar a bola ao ar com diferentes forças, e bater com um martelo de esponja nos colchões. Dada a recusa de alguns elementos do grupo em realizarem o Treino Autógeno de Schultz, muitas vezes esse momento era substituído pela leitura de uma história (através das imagens), realizada semanalmente por um elemento do grupo diferente.

Progressão terapêutica

A intervenção com o I ocorreu entre o dia 8 de outubro de 2018 e o dia 17 de junho de 2019. Estavam previstas serem realizadas 37sessões, porém, devido as férias escolares apenas foram realizadas 31 sessões. É de salientar que o I foi uma criança assídua e pontual.

Na primeira sessão apenas esteve presente o I, por isso conseguiu explorar a sala e os materiais de acordo com os seus interesses. No início da sessão o I estava muito calado e em constante observação, mas logo começou a explorar os materiais de esponja, numa tentativa de construir uma casa. Nesse momento demonstrou alguma frustração, pois os materiais não ficavam da forma que pretendia e isso fazia com que começasse a gritar e a dizer *"vou gritar até partir todos os vidros"* [sic]. Dentro da casa existiam vários materiais que representavam alimentos e "bombas", que serviam para atacar zombies. Num certo momento da sessão o I parecia acreditar mesmo que existia um zombie na sessão, ainda que as terapeutas explicassem que os zombies não existem na realidade.

Nas sessões seguintes, já na presença das crianças que faziam parte do grupo o I adotou outro comportamento, que manteve por cerca de três meses. Quando chegava a sessão dirigia-se de imediato para os materiais de esponja, recolhia sempre os mesmos quatro quadrados e contruía uma casa bastante pequena. Fazia um grande investimento na construção da casa, e a sua maior preocupação era que não entrasse qualquer raio de luz. Por tal facto, quando alguém tocava num dos colchões, o I ficava muito frustrado e começava a gritar. Passava a sessão dentro da casa em posição fetal, e não saia de lá nem mesmo quando ocorriam atividades bastante cativantes. Com o avançar das sessões, apesar de o I manter a tendência para o isolamento e de ser notória alguma impulsividade na ação, começou a realizar casas maiores, em que já era possível estarem duas pessoas. Nesta fase convidou uma das terapeutas a entrar dentro da casa,

no caso a terapeuta do presente relatório. Pediu para ficarem deitados e que a terapeuta lhe contasse uma história que previamente tinha selecionado. Ao longo da leitura da história o I agarrou num dos braços da terapeuta e colocou sobre o seu ombro, depois referiu em forma de desabafo que em casa ninguém lhe contava histórias nem brincava com ele. Nesse momento o I já parecia ter selecionado a terapeuta que seria "mãe" e que, portanto, procuraria para receber atenção e afeto.

Em meados de fevereiro, continuou a construir a casa no início da sessão, porém, pontualmente começou a sair e a explorar a sala. Ainda assim, continuava a demonstrar dificuldade em estabelecer contacto com o outro e por isso as atividades que realizava eram sempre individuais. Nesta altura da intervenção, selecionou outro material que utilizou até ao final da intervenção, um túnel. Colocava-se dentro do túnel e deslocava-se pela sessão, procurava afeto e atenção das terapeutas e queria a atenção de uma só para si. Quando tal não ocorria demonstrava frustração, impulsividade e, por vezes ocorriam passagens ao ato. Dentro do túnel começou por referir que era um zombie, mas se num momento inicial parecia ser jogo simbólico, com o avançar da atividade o I parecia acreditar que de facto era um zombie. Enquanto interpretava esta personagem deslocava-se pela sala, apanhava diversos materiais que colocava dentro do túnel e referia que eram o seu alimento. Dizia diversas vezes aos seus colegas que ia comê-los e chegou a referir que ia comer o peito da terapeuta que tinha estabelecido menos relação. Com o avançar das sessões, começou a referir que em vez de zombie era uma lagarta, e que essa lagarta estava em transformação, que depois se ia transformar em casulo e logo numa borboleta livre. Contrariamente ao zombie a lagarta era uma personagem mais dócil, continuava a procurar a relação dual com a terapeuta "mãe", e começou a estabelecer contacto com os colegas para realizar atividades.

Numa sessão realizada no início de abril, o I caminhava dentro do túnel e dirigiu-se em direção a terapeuta "mãe", e disse: *"olha a lagarta vai transformar-se em borboleta"* [sic]. A terapeuta mostrou algum entusiamo e respondeu: *"e assim a borboleta vai poder brincar e ser livre para sempre, não é?"* [sic] ao que o I disse: *"sim, agora nunca mais volto a ser lagarta"* [sic]. Após esse momento começou a procurar o outro e a deslocar-se pela sala sem qualquer material à sua volta. Esta sessão marcou o momento em que o I começou a procurar o outro sem utilizar qualquer material em seu redor. Nesta fase da intervenção o I era uma criança mais empática, menos impulsiva, mais resistente à frustração, com maior capacidade de autocontrolo e que já não se isolava. As outras crianças do grupo passaram a poder selecionar o túnel

para as suas atividades sem que isso causasse alguma revolta no I. Passou a procurar os outros meninos do grupo e a desenvolver várias atividades, principalmente atividades de jogo simbólico. Em todas as atividades o I procurava a terapeuta "mãe" de modo que esta fizesse parte da ação.

Inicialmente o I não realizava qualquer tipo de retorno à calma. Parecia que o facto de receber orientações por parte das terapeutas fazia com que se sentisse em avaliação, e por isso não cooperava. No entanto, quando surgiu a leitura da história como forma de retorno à calma, o I demonstrou bastante entusiamo, passando a ser o próprio a lembrar a aproximação desse momento.

Avaliação inicial vs final

No sentido de melhor compreender o caso do I será realizada uma apresentação dos resultados, de modo comparativo entre a avaliação inicial e final.

Quanto à avaliação informal, o I tal como na avaliação inicial manteve uma aparência cuidada e investida, nas sessões estava vestido e limpo adequadamente. Apresentou um desenvolvimento estato-ponderal sem alteração e uma adequada perceção auditiva e visual. Com o avançar da intervenção o I deixou de apresentar um contacto evitante e passou a apresentar um contacto adequado e interativo. Inicialmente era uma criança que frustrava com bastante facilidade, ocorrendo por vezes passagens ao ato, porém, na fase final da intervenção o I era mais resistente à frustração e tinha maior controlo dos impulsos. Passou a apresentar um sorriso concordante em vez de discordante por ansiedade, e uma expressão fácil de animação/ alegria em vez de raiva/ cólera. Na atividade ultrapassou o isolamento que se fazia sentir na avaliação inicial e passou a procurar o outro. Os interesses deixaram de ser descontextualizados e passaram a ser adequados face aos contextos e à idade. Começou a demonstrar entreajuda e cooperação e passou a apresenta um pensamento simbólico consistente, em vez de uma prova difusa da realidade.

- **DAP**

Na aplicação do DAP, o I na avaliação inicial teve de comparecer a uma sessão individual por se ter recusado a realizar a prova. Porém, na avaliação final o facto de estar em grupo já não foi um obstáculo. Na avaliação final o I manteve a classificação borderline, porém, correspondente a uma criança com 5 anos e 3 meses, ainda assim inferior à sua (consultar anexo III). No quadro seguinte (ver tabela 21), estão representados os valores comparativos da avaliação inicial e final, o (H) representa o homem, o (M) a mulher, e o (P) o próprio.

Tabela 21- Comparação Avaliação Inicial e Final do DAP

	(H) Inicial	**(H)** Final	**(M)** Inicial	**(M)** Final	**(P)** Inicial	**(P)** Final	**Totais (H+M+P)** Inicial	Final
Valor bruto	16	22	18	24	18	20	52	66
Valor standart	73	77	76	81	76	74	71	73
Percentil	4	6	5	10	5	4	3	4

De acordo com a tabela acima o I apresentou algumas melhorias. Começou a desenhar calças, sobrancelhas e dedos. Passou a depositar mais pormenores, como chapéu e uma capa no desenho do próprio. Realizou os desenhos numa propulsão maior, sendo assim possível observar todos os pormenores do rosto, nomeadamente o facto de todos serem terem um sorriso.

- **BPM**

Relativamente ao fator Tonicidade da BPM o I não apresentou grandes progressos. Pois nesta avaliação estava, tal como na avaliação inicial, desconfortável com a avaliação. Realizou apenas os subfactores extensibilidade e passividade, porém, contrariamente à avaliação inicial, realizou todas as provas destes subfatores. Ao longo das provas o I estava mais recetivo aos pedidos da terapeuta e apresentou maior descontração muscular nos membros superiores. Contudo, o facto de querer fazer tudo o mais rápido possível fez com que se mantivesse no perfil dispráxico.

- **ICCP**

Tabela 22-Comparação Avaliação Inicial e Final do ICCP

Fator	**Resultados do I.**		**Análise dos Resultados**
	I.	**F.**	**I. / F.**
Oposição	19	12	Disfuncional /Normal
Agressividade	7	4	Próximo disfuncional / Normal
Hiperatividade	8	6	Normal / Normal
Depressão	7	4	Patológico / Próximo disfuncional
Problemas sociais	7	5	Disfuncional / Normal
Queixas somáticas	9	6	Patológico / Patológico
Isolamento	3	2	Abaixo da Média / Abaixo da média
Ansiedade	6	5	Patológico / Disfuncional
Comportamento obsessivo	2	2	Abaixo da Média / Abaixo da média
Total	68	46	Disfuncional / Normal

Quanto à aplicação do ICCP à mãe foi possível observar algumas melhorias.

É importante referir que as queixas realizadas pela mãe reduziram em todos os subfactores.

No fator oposição, a mãe refere que o I já não discute, faz menos birras, zanga-se menos com os outros, é menos barulhento e o seu humor já não muda tão bruscamente. No fator agressividade, a mãe refere que o I é mais obediente em casa e na escola e que já não se magoa tanto. No fator hiperatividade, o I está menos hiperativo e impulsivo. No fator depressão, as queixas de solidão por parte do I diminuíram, bem como sentimentos de preocupação, no entanto, o I continua a referir que ninguém gosta dele e que é gozado. No fator problemas sociais, as outras crianças passaram a demonstrar afeto pelo I e este demonstrou melhorias ao nível da alimentação. No fator queixas somáticas, o I deixou de apresentar dores de estômago, e as náuseas e vómitos diminuíram. No fator ansiedade, os pesadelos diminuíram. No fator isolamento, a mãe referiu que o I não amua tão facilmente. Por último, o fator comportamento obsessivo manteve-se sem alteração.

Discussão

Os resultados obtidos foram a consequência de um trabalho em equipa multidisciplinar, onde os profissionais tentam envolver o paciente, a família e a escola (Costa, 2008).

O estabelecimento de uma aliança terapêutica foi fundamental ao longo de toda a intervenção. Segundo Bach e Farrel (2018), esta permite ao outro criar uma maior estabilidade emocional e aumentar os sentimentos de segurança, consequentemente, existe uma maior procura pelo outro e o isolamento diminui. Inicialmente o I estava isolado do grupo, construía uma casa no início da sessão e permanecia dentro desta até ao final. Com o avançar da intervenção o I começou a estar mais seguro, e passou a procurar o outro para participar nas atividades. Os progressos sentidos podem ser o resultado do estabelecimento de uma atmosfera afetiva, segura e não traumatizante (Jolivet, 1969). De facto, o I começou a comparecer às sessões com maior entusiasmo e iniciativa, além disso, passou a procurar o toque do outro na relação terapêutica, o que significa que estava corporalmente mais disponível (Jolivet, 1969).

Ao nível do tónus existiram melhorias ao longo da intervenção, apesar das mesmas não terem sido verificadas através da aplicação da BPM. Provavelmente o facto de o I se ter sentido em avaliação fez com que tivesse um pior desempenho. Ainda

assim, ao longo da intervenção o I apresentou uma postura mais adequada e menos tensões musculares.

A necessidade de trabalhar a regulação emocional, como aumentar a resistência à frustração, melhorar o controlo dos impulsos e desenvolver mecanismos de autocontrole, resultam das queixas apresentadas pela mãe na realização da anamnese e do comportamento apresentado pelo I ao longo das sessões. De facto, numa fase inicial da intervenção o I apresentou um conjunto de comportamentos como suores, amuos e agressividade, que são reações decorrentes de uma dificuldade em aumentar a resistência à frustração (Costa, 2011). Na sessão se a tarefa não corria como pretendia ficava frustrado, era muitas vezes agressivo e derrubava e interrompia violentamente as atividades dos colegas. De acordo com Lièvre e Staes (2012), a agressividade é uma resposta natural às frustrações, porém, ela só desaparece após ser consciencializada, para tal deve ser dada oportunidade à criança de se exprimir de diferentes formas. A realização de atividades que permitiam ao I exteriorizar a impulsividade e a agressividade foram fundamentais para aumentar a resistência à frustração, melhorar o controlo dos impulsos e desenvolver mecanismos de autocontrole, conforme apresentado pela mãe no ICCP.

O trabalho ao nível da consciência emocional foi outra necessidade sentida pelas terapeutas, pois o I inicialmente apresentava dificuldade em ler os vários estados emocionais em si e no outro. Como não reconhecia os vários estados emocionais não era capaz, por exemplo, de colocar em prática estratégias fornecidas pelas terapeutas para se acalmar, porém, com o avançar da intervenção já era capaz de o fazer. Estes progressos vão ao encontro da literatura, que afirma que as sensações ao serem partilhadas no jogo são mais facilmente integradas, percebidas e representadas (Fernandes, Gutierres Filho e Rezende, 2018).

As dificuldades ao nível das competências sociais eram diversas. Segundo o ICCP preenchido na avaliação inicial pela mãe o I queixava-se de solidão, e que as crianças não gostavam dele. Na sessão o I demostrou muita dificuldade em estabelecer contacto com o outro, porém com o avançar da intervenção o I começou a procurar o outro e a participar nas atividades de grupo. Estas melhorias podem estar relacionadas com o facto de a intervenção ser baseada nos interesses e prazeres da criança, e com a participação e escuta do psicomotricista nas atividades que a criança desenvolve (Costa, 2008; Fernandes, Gutierres Filho e Rezende, 2018). Além disso, a adoção do jogo espontâneo pode ter influenciado, pois, de acordo com a literatura é através do jogo

espontâneo que a criança se expressa por meio de metáforas corporais (Fernandes, Gutierres Filho e Rezende, 2018).

A consciencialização corporal foi também trabalhada. No início da intervenção o I construía casas muito pequenas que tocavam no seu corpo, depois passou a deslocar-se dentro do túnel. Segundo a equipa do HGO esses comportamentos ajudavam a que existisse algum contacto físico e que assim sentisse os vários segmentos corporais. No final da intervenção o I era capaz de se deslocar sem qualquer material em seu redor, e existiram melhorias na aplicação do DAP. Estes resultados vão ao encontro da literatura ao afirmar que a adoção de atividades de relaxação permitem o conhecimento do próprio corpo, bem como demarcar o "envelope corporal", e assim distinguir o dentro e o fora (Bergès & Bounes, 1985).

De um modo geral a Patologia Limite da Personalidade, na população infantil, caracteriza-se por apresentar uma sintomatologia que se relaciona com: instabilidade emocional e comportamental; dificuldade na ansiedade de separação; dificuldade no controlo da frustração; pobreza de competências simbólicas; depreciação da própria imagem e alteração na identidade (Coimbra de Matos, 2002; Vidigal, 2005). Posto isto, ao longo dos 9 meses de intervenção foi possível verificar uma melhoria em grande parte da sintomatologia característica desta perturbação.

CAPÍTULO IV. Conclusão

A realização do estágio curricular em Saúde Mental Infantojuvenil na unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, surge do grande desejo de realizar um estágio na respetiva área de intervenção.

O presente relatório teve como objetivo relatar o trabalho realizado ao longo do estágio e a consequente aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo de 9 meses de intervenção. Durante esse período foram acompanhados 4 grupos, num total de 21 crianças/ jovens, todos em regime de co- terapia e 5 casos individuais, dois dos quais apresentados de forma detalhada nos estudos de caso.

A terapeuta começou por ser um agente securizante, observado e escutando cada caso, adotou uma postura menos diretiva de modo que a criança pudesse expressar o seu mundo interno. Ao longo da intervenção foram aplicadas técnicas de mediação corporal, com recurso à expressão plástica, motora, sonora, verbal e escrita. Através da sua aplicação existiram progressos em todos os casos acompanhados.

O trabalho em equipa multidisciplinar foi algo fundamental à intervenção. Estar junto de profissionais de várias áreas ajudou-me enquanto psicomotricista a compreender melhor vários aspetos fundamentais para consolidar o meu pensamento clínico. A equipa deu a ambas as psicomotricistas bastante autonomia para a realização das intervenções, o que de certa forma exigiu mais estudo, mas ao mesmo tempo maior entreajuda e maior espírito crítico. De facto, trabalhar em equipa trouxe vários benefícios, a meu ver as vantagens foram ainda mais evidentes no segundo estudo caso, pois foi o caso clinicamente mais difícil. A equipa debatia muito este caso e isso foi para mim uma grande, e talvez a maior, aprendizagem. Apesar de serem profissionais com bastante experiência continuavam a levantar questões e a procurar a opinião dos seus colegas, existia sempre muita partilha e a procura pelo conhecimento.

Por último, o balanço é bastante positivo, ultrapassou todas as espectativas, todos os casos apresentaram melhorias significativas e de facto a intervenção psicomotora foi uma mais-valia. A meu ver o sucesso da intervenção está muito relacionado com a postura que um psicomotricista deve adotar na intervenção. Sobretudo o ser empático, ter carisma, ser autêntico, estar disponível e não se importar de se colocar ao nível da criança, de modo que esta não se sinta observada ou avaliada. Sai triste por não poder continuar a ver os progressos, mas com a certeza que dei tudo de mim a estas crianças/ jovens.

CAPÍTULO V. Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Ajuriaguerra,J. (1962) Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, XXI, 2, 1137-1157.

Alexandroff, M. C. (2012). O Papel das emoções na constituição do sujeito. *Construção psicopedagógica*, *20*(20), 35-56.

Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade* , 6, 56-64.

André, P., Bernavidès, T.& Giromini, F. (2004). *Corps & Psychiatrie*. 2º edition révisée et augmentée. Paris: Heures de france.

Antunes, N.,L. (2019). *Sentidos*. Alfragide: Lua de Papel. ISBN 9789892343747.

Aragão, C. (2005). Arteterapia na valorização da auto-estima.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2013). Documentação de apoio à audiência com o grupo de trabalho de educação especial da comissão de educação ciência e cultura.

Auriol,B.(1985). Introdução aos métodos de relaxamento: Técnicas e orientações para facilitar o relaxamento e a boa disposição. São Paulo, Manole.

Azevedo, K. R., & Arrais, A. D. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: reflexão e crítica*, *19*(2), 269-276.

Bach, B., & Farrell, J. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatric Research*, 323-329.

Barreto, S. J. (2000). *Psicomotricidade: Educação e reeducação* (2ª Ed.). Blumenau: Acadêmica.

Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste,(nº 28/29)*, 17 -26 Doi: 10.3917/cont.028.0017.

Bergès, J. & Bounes, M. (1985). La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Paris: Masson.

Bergès-Bounes, M. (2011). Apprendimenti, corpo e rilassamento. *Ricerche e Studi in Psichomotricità*, 19 (2), 11-14.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Attachment (2ª ed.). London: Basic Books.

Bowlby, J. (1990). Apego e perda: Apego, Vol. 1 (2ªed.) São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969/1990).

Bowlby, J.(1993).*Apego e perda: Separação, angústia e raiva.* Vol.2 (2ª ed.).São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1973).

Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação* (2.ª Edição). Lisboa: Coisas de Ler.

Bréscia, V. (2003). *Educação Musical: bases psicológicas e ação preventiva.* São Paulo: Átomo.

Carlesso, J. P. P., & de Souza, A. P. R. (2011). Dialogia Mãe-Filho em Contextos de Depressão Materna: Revisão de Literatura. *Revista Cefac*, *13*(6).

Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero: Aquém da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2016). *A Nova relação*. Lisboa: Climepsi Editores.

Correia, L. L & Linhares, M. B. M. (2008). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*(4), 677-683.

Colby, K. M., Faught, W. S., Parkinson, R. C. (1979). Cognitive therapy of conditions: Heuristic suggestions based on a computer stimulation model. Cognitive Therapy and Research, 3 (1), 55-60.

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.

Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade Relacional em jovens com alterações do comportamento*.Lisboa: Trilhos Editora.

Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora.

Costa, S. F., & Teixeira, S. (2016). "A história não tem de ser o destino": o risco psicossocial em crianças com famílias disfuncionais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, *7*(1-2), 193-203.

Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. Development and Psychopathology, 22, 87-108.

Damásio, A. (2000). *Sentimento de Si*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Davids, A., Holden, R. H., & Gray, G. B. (1963). Maternal anxiety during pregnancy and adequacy of mother and child adjustment eight months following childbirth. *Child Development*.

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: formas e contextos*, *6*, 553-564.

Dias, F. V., Campos, J. A. D. B., Mendes, R., Leal, I., & Marôco, J. (2017). The Factorial Structure of the SCARED-R in a Portuguese Community Sample. *Psychology, Community & Health*, *6*(1), 3-15.

Doublineau, M. A. (1966). La rééducation psychomotrice à base de conditionnement , in *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, Paris.

Esquina, R., Figueiredo, I., Alves, M., Silva, P., Comparada, S., Mota, F., Amaro, M., & Pires, P. (2012). Conversas entre famílias. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 3,* pp. 53-62.

Eymann, A., Busaniche, J., Llera, J., De Cunto, C., & Wahren, C. (2009). Impacto da separação sobre a qualidade de vida de crianças em idade escolar. *Jornal de Pediatria*, *85*(6).

Fernandes, J. M. G. D. A., Gutierres Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. D. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. Cadernos brasileiros de terapia ocupacional, 26 (3), pp 702-709.

Fonseca, V. (2005). Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. D. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, *18*(17), 42-52.

Fonseca, V. (2012). *Terapia psicomotora–Estudo de casos da caracterização à intervenção*. *Lisboa: Âncora*.

Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes. *Psychologia*, *12*, 55-78.

Freud, S. (1974). Luto e melancolia. v. 14.

Gabely, G. e Vimenet, C. (1976). A criança criadora. Lisboa: Assírio & Alvim.

Golse, B. (2006). O desenvolvimento afetivo e cognitivo da criança. Lisboa: Climepsi.

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques.* Heures de France: 2º édition.

Gosselin, C. (2000). Função dos comportamentos parentais: revisão do conceito de sensibilidade materna. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *16*(2), 103-111.

Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement assessment battery for children. Second editon.* UK: The Psychological.

HGO. (s.d). Obtido em 2019, de http://www.hgo.pt/Servicos/AreaClinica/Pedopsiquiatria.aspx.

Jaricot, B. (2006). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, Paris, 33(4), 80-91.

Jolivet,B. (1969). "La thérapie psychomotrice", em Revue de Rééducation Orthophonique, nº41.

Joly, F. (2007). Les sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55(2), 73-86.

Krysanski, L.V. (2003). A Brief Review of Selective Mutism Literature. *The Journal Of Psychology, (1),* 29-40

Kugler, B.B., Bloom. M., Kaercher, L.B., Truax. T.V., & Storch, E.A. (2012). Somatic Symptoms in Traumatized Children. *Child Psychiatry & Human Development, 4,* 661-673. doi: 10.1007/s10578-012-0289-y

Lapierre, A. (2002). *Da psicomotricidade relacional à análise corporal da relação*. Curitiba: Editora da UFPR.

Lièvre, B., & Staes, L. (2012). *La Psychomotricité au service de l'enfant, de l' adolescent et de l'adulte*. Bruxelles: de boeck.

Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidad y Necessidades Educativas Especiales.* Málaga: Ediciones Aljibe.

Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2008). *Recursos Y Estrategias en Psicomotricidad*. Ediciones Aljibe.

Lobo, Y. B., & Winsler, A. (2006). The effects of a creative dance and movement program on the social competence of head start preschoolers. *Social Development,* 15(3), 501-519. doi: 10.1111/j.1467-9507.2006.00353.x

Losivaro M. (2012). Psicomotricidade e estresse. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). Psicomotricidade: Abordagens emergentes. São Paulo: Editora Manole.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behavior, and disorganized infant attachment strategies. Monogr Soc Res Child Dev,67-96.

Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: A working paper. In Immelman k., Barlow G., Petrinovich L., & Main M. (Eds.), Behavioral development: The Bielefeld interdisciplinary program (pp. 651-693). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Martins, R. (1990). Aspetos Teóricos e Práticos da Relaxação. Uma Introdução à Relaxação para crianças, Relatório da aula de prova A.P.C.C., FMH,UTL.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade- As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

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

Misès, R. (2012). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent–R-2012. *Correspondance et transcodage: CIM*, *10*.

Monteiro, P. (Ed.). (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lidel-edições técnicas, lda.

Muchata, T. D. A. F. (2011). *Representação da vinculação e problemas de internalização e externalização em crianças de idade escolar em contexto de toxicodependência parental*.

Murray, L., Halligan, S. L., Adams, G., Patterson, P., & Goodyer, I. M. (2006). Socioemotional development in adolescents at risk for depression: The role of maternal depression and attachment style. *Development and Psychopathology*, *18*(2), 489-516.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Vaughn, B. E., Santos, A. J., & Fernandes, M. (2008). Análise do fenómeno de base segura em contexto familiar: as relações criança/mãe e criança/pai. *Psicologia*, *22*(1), 105-125.

Naglieri, J. A., McNeish, T. J., & Bardos, A. N. (1988). *Draw a Person [DAP]: A Quantitative Scoring System*. Psychological Corporation.

Neto, C. (2004). Jogo na criança & Desenvolvimento Psicomotor. *A psicomotricidade*, 3, pp. 138- 155.

O'connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon

Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(6), 502-508.

Oliveira, N. H., & Cruz Benetti, S. P. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *67*(3), 125-138.

Padovan, M. (2010). *Dançar na Escola. Perspetivas e aproveitamento didático em contexto de sala de aula*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian.

Padovani, R. C., & Williams, A. L. C. (2011). Estilo parental de origem e ansiedade em homens com histórico de agressão à parceira. *Estudos de Psicologia*, *16*(3), 263-269.

Pereira, S., Costa, R., Tojal, C., & Tendais, I. (2017). Aspetos psicofisiológicos da interação mãe/pai-bebé. *Análise Psicológica*, *35*(4), 453-467.

Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*, 507-518.

Piaget, J. (1998). A psicologia da criança. Ed Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, pp. 47-52.

Potasz, C., Carvalho, L. B., Natale, V. B., Russo, C. R., Ferreira, V. R., Varela, M. J. V., ... & Prado, G. F. (2008). Influência dos distúrbios do sono no comportamento da criança. *Revista Neurociências*, *16*(2), 124-129. doi:10.4181/RNC.2008.16.124.

Ribeiro, C. S. G. (2013). A Expressão Plástica no desenvolvimento das Crianças com Trissomia 21 na perspetiva dos Professores (Doctoral dissertation).

Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice base sur les preuves versus la psychomotricité relationelle. Annales Médico Psychologiques, 168, 114-119.

Rodrigues, C. M. (2013). *Indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de escolares estratificada pelo peso ao nascer* (Dissertação de dotoramente, Universidade de São Paulo).

Schmucker, G., Brisch, K. H., Kohntop, B., Betzler, S., Osterle, M., Pohlandt, F., et al. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infant's neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, *26*, 423-441.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1986). The childhood autism rating scale (CARS) for diagnostic screening and classification of autism. New York: Irvington.

Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Bayley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 799-805.

Soares, I. (2002). Construção da vinculação: da relação ao self e do self às relações. In Aquém e além do cérebro: Relações interpessoais excepcionais. Actas do IV Simpósio da Fundação Bial (pp. 181-204). Porto: Fundação Bial.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: Aprospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attachment e Human Development, 7, 349-367.

Silva, A. A. A. D. (2010). *Adaptação à maternidade precoce e qualidade de vinculação: estudo de caso*.

Silva, S. (2008). Papel parental em perturbações do comportamento infantil. *Portal dos Psicólogos.*

Tereno, S., & Matos, I. (2017). Contributos da teoria da vinculação para a prática clínica desenvolvimental. *Análise Psicológica*, *35*(4), 409-423. doi: 10.14417/ap.1115

Vanaelst, B., Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., Henauw, S. (2012). Prevalence of psychosomatic and emocional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *European Child & Adolescence Psychiatry, 21,* 253-265. doi: 10.1007/s00787-012-0258-9

Veríssimo, A. R. S. (2012). *Na terra do nunca, no lugar de ninguém: Dinâmica familiar, representações parentais e parentalidade–Estudo exploratório com crianças com organização borderline de personalidade* , ISPA-Instituto Universitário).

Vidigal, M. J. (2005). Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. *Lisboa: Trilhos*

Weinstock, M. (1997). Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *21*(1), 1-10.

World Health Organization. (2015). The European mental health action plan 2013–2020.

ANEXOS

Anexo I- Grelha de Observação Psicomotora (Adaptada)

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Grelha de Observação

Nome:_____ **Idade:** _____
Data da Observação: _____

Obs: As palavras que se encontram a cinzento são meramente exemplos daquilo que pode ser observado em casa segmento da grelha, tendo o psicomotricista total liberdade para preencher cada espaço de acordo com o que considera necessário e pertinente.

Observação Geral da Criança	
Contacto/olhar	(interativo, excessivo, indiferente, evitante, ...)
Expressão Facial	(apático, pouco expressivo, expressava ansiedade/medo/alegria/...; tem tiques?)
Desenvolvimento Estato-ponderal	(sem alteração, superior/inferior ao escalão etário, ...)

Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Aparência Física	(limpo e vestido adequadamente, excessivamente exigente, negligente quanto ao aspeto, vestuário desadequado para a idade, …)
Postura	(fica curvado e cabisbaixo, permanece sempre na mesma posição/necessidade de se movimentar constantemente, parece cansado, …)
Interesses da Criança	(adequados face à idade e aos contextos, descontextualizados, …)
Interação com o Adulto	(reconhece a hierarquia e aceita/reconhece, mas não aceita, não reconhece, …)
Voz/Tom	(adequado, monocórdico, infantilizado, aguda, demasiado baixo/alto, …)
Perceção Auditiva e Visual	(adequadas, imaturas ou insuficientes, …)

Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Compreensão Verbal	(adequada, compreensão linear do discurso – não entende ironias -, compreensão duvidosa, não compreende, …)
Expressão Verbal	(adequada, verborreica, demasiado elaborada face à idade, imatura, insuficiente – falta do uso da palavra na comunicação/por recursos culturais -, não comunica, …)
Comunicação Não-Verbal	(coerente, retraída, excessiva, …)
Na tarefa	
Atitude Perante a Atividade	(ativa, em imposição, falta de motivação, sentimento de incapacidade, por oposição, …)
Atitude Relativamente ao Outro	(coopera, existe entreajuda, é indiferente, é excessivamente (ou não) competitivo, indisponível, …)

Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Relação com os Materiais	(assertivo, disruptivo – pega e larga sem exploração -, indiferente, …)
Utilização dos Materiais	(de acordo com valor simbólico, utilização disruptiva – atira/estraga -, descuidada, não compreende, …)
Pensamento Simbólico	(consistente, evasivo (com fugas), equação simbólica (prova difusa da realidade))
Qualidade do Gesto	(adequado, brusco, impulsivo, precipitado, retraído, imaturo, sincinésias…)

Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Intenção do Movimento/Planificação	(intenção: adequada, imatura, sem planeamento, …; planificação: espontânea, demasiado elaborada face à idade, não atinge objetivo, inexistente, …)
Atenção	(concordante, dispersa (mas consegue voltar à tarefa/com dificuldade em voltar à tarefa/dá mais ênfase ao que se passa à volta, …)
Interação com o Grupo	
Relação com os Pares	(boa interação, jogo partilhado, partilha espaço, partilha material, contacto corporal adequado/excessivo, imitação dos outros, agressividade, evitante na relação, …)
Expressão Motora	
Tonicidade	(eutónica, hipertónica, hipotónica)

Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Equilíbrio Estático	(adequado, não adquirido, com oscilações, …)
Equilíbrio Dinâmico	(adequado, não regulado, …)
Lateralidade	(utilização de um lado dominante (podal e manual - referir), reconhece e-d em si, reconhece e-d no outro, não reconhece, …)
Noção do Corpo	(imagem corporal: adequada à idade, superior/inferior face à idade, …; esquema corporal: reconhece todas as partes do corpo, reconhece algumas, hesitante, dificuldade no reconhecimento, …)
Estruturação espácio-temporal	(orientação no espaço e estrutura rítmica: adequada, imatura, não adquirida, …)
Praxias	(coordenação óculo-manual e óculo-podal: adequada, imatura, não adquirida, …)

Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

(Costa, 2017; Llorca, s.d.; Llinares, M. & Rodríguez, J. (sd))

Outras Observações	

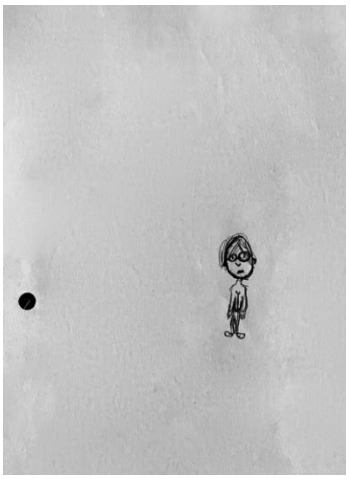
Elaborado por: Joana Elias e Sofia Silva

Anexo II-Estudo Caso I – Avaliação DAP

Desenho do Homem

Avaliação Inicial

Avaliação Final



Desenho da Mulher

Avaliação Inicial

Avaliação Final

Desenho do Próprio

Avaliação Inicial

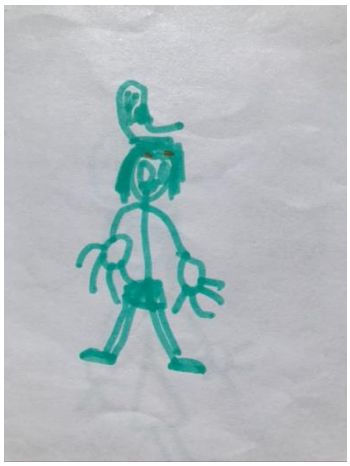
Avaliação Final

Anexo III-Estudo Caso II – Avaliação DAP

Desenho do Homem

Avaliação Inicial

Avaliação Final



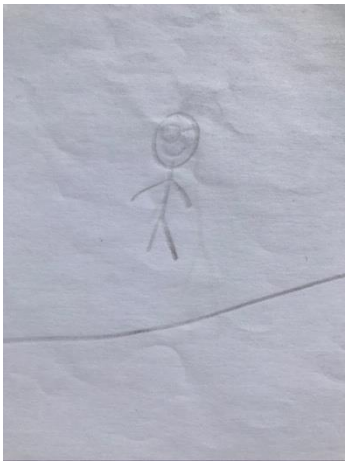
Desenho da Mulher

Avaliação Inicial

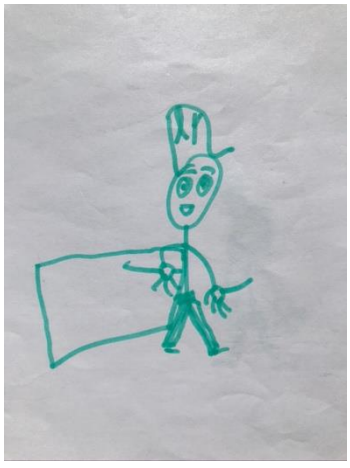
Avaliação Final

Desenho do Próprio

Avaliação Inicial



Avaliação Final



Anexo IV- Exemplo plano e relatório de sessão da M

Segunda sessão do mês de março

	Atividades	Objetivos	Materiais	Tempo
Fase Inicial	Ao entrar na sessão são retirados os sapatos. Sentada na almofada é realizada a atividade "como foi a semana", com recurso ao desenho, em que a M deve relatar os acontecimentos da sua semana e o que aconteceu na semana anterior.	-Aumentar a capacidade empática; - Diminuir a inibição social -Melhorar a capacidade de comunicação.	-Almofadas -Folha de papel -Canetas	- 10min
Fase Fundamental	Ao ritmo de várias músicas que a M nas sessões anteriores a M já tinha mostrado agrado, ambas dispersam pela sala a dançar. Realização da atividade do cofre, com recurso a diversos materiais.	- Diminuir a inibição social; -Aumentar a consciência das suas capacidades; -Aumentar a capacidade de tomada de decisões.	- Caixa de cartão - Papel crepe - Revistas -Lápis -Aguarela -Tesoura -Cola -Algodão -Música	- 25 min
Retorno à Calma	No momento final da sessão era realizada a atividade "como me senti", em que através do desenho a criança referia como se sentiu e que atividades mais gostou ao longo da sessão.	- Melhorar o reconhecimento dos estados emocionais no próprio; -Promover a capacidade de comunicação.	- Folha de papel -Lápis -Almofadas	- 10 min

Nesta sessão ocorreram alguns progressos, ainda que muito escassos.

A M chegou a sessão visivelmente triste, pois tinha sido repreendida pela mãe na sala de espera. À chegada retirou os sapatos e dirigiu-se para as almofadas. Na atividade "como me senti" a M escolheu apenas uma caneta de cor preta e começou por desenhar três crianças com um sorriso no rosto e um bolo de aniversário (momentos antes da sessão a mãe da M referiu que nessa semana a M tinha ido a um aniversário de uma vizinha, porém, esta foi praticamente obrigada pela mãe, pois esta não queria ir). No verso da folha realizou os acontecimentos da sessão anterior, representou-se a si e à terapeuta ambas com boomwhackers nas mãos. Enquanto realizava o desenho tinha várias paragens, despendendo bastante tempo para a realização do desenho. Foi necessário dar muito feedback positivo para que a M conseguisse terminar a tarefa.

De seguida foi realizada a atividade de deslocação pelo espaço a dançar, a disposição da M mudou quase momentaneamente, era como se a música preenchesse o espaço e isso fizesse com que a atenção da terapeuta não fosse tão centrada na M o que deixava a criança mais à-vontade. Ao longo da atividade a terapeuta demonstrou muito interesse nos passos que a M realizava e pedia para que esta lhe ensinasse, a M ficava sempre entusiasmada.

Ainda ao som da música foi realizada a tarefa do cofre. A M ficou muito animada com a diversidade de materiais, queria observar e tocar em cada um, principalmente a textura do papel crepe e o algodão. Nas revistas procurou sempre elementos com menos cor apesar de existirem várias imagens bastante coloridas. A M demorou bastante tempo a dar início à atividade, demonstrou uma pinça imatura, pois estava constantemente a tentar ajustar a tesoura, demorando 5 minutos para recortar 5 cm de uma folha. A M dizia frequentemente que não ia ser capaz de concluir a tarefa apesar de demonstrar interesse. A M demorou tanto tempo para realizar a tarefa que muito provavelmente serão necessárias muitas mais sessões para a conclusão do cofre.

Como retorno à calma foi pedido à M que realizasse a atividade "como me senti", estava bastante pensativa, contudo, começou por desenhar uma criança apática, representou vários materiais e uma caixa de cartão.

Anexo V- Exemplo de plano e relatório de sessão do I

Última sessão do mês de fevereiro

	Atividades	Objetivos	Materiais	Tempo
Fase Inicial	No início da sessão todos os elementos retiram os sapatos. Em círculo, recordam a sua semana, e as atividades realizadas na sessão anterior. Dirigem-se ao quadro branco escrevem a data e cada elemento escreve o seu nome. Depois, ainda no quadro, estruturam em conjunto as atividades que querem realizar.	-Aumentar a capacidade empática; -Melhorar a capacidade de comunicação; -Melhorar a capacidade de escuta; - Melhorar o planeamento da ação;	-Quadro Branco -Canetas -Almofadas	- 15 min
Fase Fundamental	Todos os elementos andam pela sala com um balão na mão ao ritmo de uma música, tendo de expressar as emoções que as terapeutas referem. Realização das atividades sugeridas pelos elementos do grupo. Realização da atividade da mímica- um elemento representa e os restantes tentam adivinhar (opcional) Realização de um sofá grande.	- Melhorar capacidade de envolver o corpo na relação	- Balões - Cilindro de esponja - Colchões de esponja - Cones - Bastões - Pinos - Túnel -Música	- 20 min
Retorno à Calma	Todos sentados no sofá, um elemento do grupo faz a leitura de uma página da história do livro dos animais Reflexão em círculo do momento preferido da sessão, associando o momento em que se sentiram mais felizes e mais tristes.	- Melhorar a capacidade de escuta; -Melhorar o controlo dos impulsos; -Aumentar a expressão das emoções	- Cilindro de esponja - Colchões de esponja	- 10 min

Na última sessão do mês de fevereiro ocorreram progressos com os vários elementos do grupo. Nota-se que o grupo começa a procurar e a aceitar o outro, porém a realização das atividades ainda ocorre de forma muito individualizada.

Pela primeira vez foi possível realizar o retorno à calma. Tal momento surge a partir da proposta do I., para que a terapeuta Sofia desse continuidade à leitura de um livro que tinha iniciado na sessão anterior. Todos os elementos do grupo construíram um grande sofá, e a sessão terminou com estes sentados a ouvirem a terapeuta a ler a história, o grupo manteve-se calmo e atento.

A B. foi talvez o elemento onde se verificaram maiores progressos, pois se até então só proferia palavras ao ouvido agora já o faz também em voz alta. Evidenciou maiores progressos ao conversar com a terapeuta Sofia dentro do túnel. Tudo começou com um jogo de animais, onde a terapeuta Sofia dizia o nome de um animal e em seguida a B. dizia outro (esta estava bastante entusiasmada, dando gargalhada ao longo da atividade). No decorrer dessa tarefa a terapeuta Sofia disse propositadamente alface, ao qual a B. respondeu de imediato “isso é um ser vivo, mas não é um animal, é uma planta”. De seguida, contou

que as atividades que mais gostava de brincar com os amigos era o jogo do “camaleão de que cor”, “apanhada”, “mamã da licença” e “escondida”. Referiu ainda que tinha dois irmãos, um menino e uma menina. No final dessa mesma sessão disse ao colega G. que tinha de tirar os sapatos de cima do tapete. Com os colegas não permite o contacto físico, dizendo por exemplo que só dá abraços a meninas.

O I. continuo a construir a “casa”, pontualmente começou a sair e a explorar a sala, porém, continuava a demonstrar dificuldade em estabelecer contacto com o outro, por isso as atividades que realizava eram sempre individuais. Passou a utilizar outro material, um túnel. Dentro do túnel deslocava-se pela sessão, procurando afeto e atenção das terapeutas, queria a atenção de pelo menos uma das terapeutas e quando tal não ocorria ficava frustrado, impulsividade e algumas vezes passagens ao ato. Parecia ter prazer em estragar as atividades dos outros colegas. Dentro do túnel referia que era um zombie, e parecia acreditar que de facto, ele era um zombie, apanhava diversos materiais que colocava dentro do túnel referindo que eram o seu alimento. Dizia aos colegas que os ia comer e chegou a referir que ia comer o peito da terapeuta que não tinha tanta afinidade.

O G. continuou a apresentar bastante agitação psicomotora, oposição face as terapeutas e dificuldade face ao comprimento de regras, porém, começa a surgir uma partilha de interesses com os colegas, nomeadamente com o D. com quem realiza muitas atividades, entre elas futebol.

O D. por ser o elemento do grupo mais velho muitas vezes parece não se identificar com as atividades realizadas pelos elementos do grupo, este é o elemento organizador do grupo. Quer realizar jogos de futebol, ficando frustrado quando ninguém demonstra interesse na sua atividade. Apresenta bastante resistência à realização de outras atividades.

O T. estava muito inibido, ainda assim começou a realizar as atividades dos colegas. Parece começar a identificar-se com a B., Começa a verbalizar de forma constante ao longo das sessões, ainda que em tom baixo.

A Y. não compareceu à sessão.